



*“La parola”
a Noi*

online



SOMMARIO

Editoriale	Pag. 3
L'infermiere ieri, oggi, domani	Pag. 5
Il delicato equilibrio costituzionale tra...	Pag. 10
Due anni di COVID...	Pag. 13
Dall'ospedale alla prossimità....	Pag. 26
RCP in persone in limine vitae...	Pag. 28
L'OSS: quale profilo di competenze...	Pag. 39
Violenza sugli operatori sanitari	Pag. 41
Sindrome da burnout in RSA	Pag. 44
Analisi lean nella diagnosi DSA	Pag. 56
Giornata internazionale della donna	Pag. 67
L'infermiere di comunità...	Pag. 70
Dalle competenze avanzate...	Pag. 92
Lettera al Direttore	Pag. 100

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

Telefono 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.opitaranto.it - info@opitaranto.it

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO
lunedì - mercoledì - venerdì 9.00-12.00
martedì 15.00-17.30 - 17.00-19.00 venerdì

Comitato di redazione
A. Gualano C. Della Pietà
G. Mecca E. Desantis

Direttore Responsabile
dott. Pierpaolo Volpe

Hanno collaborato
P. Volpe, M. Cardellicchio, M. Del Vecchio,
G. Infesta, P. Lattarulo, C. Guarino,
G. Ferrarese, R. Colizzi, C. Della Pietà,
A. Buongallino, V. Gariuolo, F. Piergianni,
B. Matera

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.

Grafica: G. Ferrarese

Questo periodico è associato
all'Unione Stampa Periodica
Italiana



Dott. Pierpaolo Volpe
Presidente OPI Taranto

Cari colleghi,

la Pandemia ha messo in evidenza il fallimento delle politiche sanitarie degli ultimi 30-40 anni dove con tagli lineari ai fondi destinati al finanziamento del SSN, si è operato un depauperamento degli organici dei Professionisti sanitari non consentendo l'applicazione di nuovi ed evoluti modelli organizzativi già in uso nei paesi dell'OCSE. È necessario che la politica sanitaria post pandemia sia orientata alla sanità di iniziativa in un sistema multidisciplinare e multidimensionale della presa in carico della persona assistita.

Il Consiglio dei Ministri con la delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" del 21 aprile 2022 pubblicata sulla gazzetta ufficiale Serie Generale n.102 del 03/05/2022 ha inteso rivisitare e riadattare al nuovo "sistema salute" la definizione dell'infermiere definendolo quale "referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura", che "contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale" e che "si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.

L'infermieristica rappresenta oggi un corpus complesso e sistematico di conoscenze e strumenti teorico-metodologici

E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

volti all'esercizio delle funzioni di tutela e promozione della salute individuale e collettiva.

Il processo di professionalizzazione dell'infermieristica è frutto di un lungo percorso di trasformazione, la cui analisi richiede la ricostruzione delle tappe fondamentali che hanno segnato la storia degli infermieri.

Il combinato disposto della missione 1, della missione 5 e della missione 6 del PNRR impone oggi al Sistema salute un vero cambio di passo e un abbandono di vecchi modelli organizzativi improntati al sistema tayloristico per compiti non più in uso neanche nel sistema industriale in cui ha avuto origine. Gli anni che ci attendono sono una sfida che non possiamo perdere e che il sistema europeo di libera circolazione dei professionisti ci impone.

Il cambio di paradigma inizia con la messa in opera del PNRR e il riconoscimento delle competenze avanzate volti all'esercizio delle funzioni di tutela e promozione della salute individuale e collettiva. Il processo di professionalizzazione dell'infermieristica è frutto di un lungo percorso di trasformazione, la cui analisi richiede la ricostruzione delle tappe fondamentali che hanno segnato la storia degli infermieri.

Il combinato disposto della missione 1, della missione 5 e della missione 6 del PNRR impone oggi al Sistema salute un vero cambio di passo e un abbandono di vecchi modelli organizzativi improntati al sistema tayloristico per compiti non più in uso neanche nel sistema industriale in cui ha avuto origine. Gli anni che ci attendono sono una sfida che non possiamo perdere e che il sistema europeo di libera circolazione dei professionisti ci impone.

Il cambio di paradigma inizia con la messa in opera del PNRR e il riconoscimento delle competenze avanzate.



Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

L'infermieristica ieri, oggi, domani...

Dott.ssa Monica Cardellicchio – Segretaria Comm. d'Albo Infermieri OPI Taranto
Dott. Pierpaolo Volpe – Presidente OPI Taranto

La figura dell'infermiere ha subito una grande evoluzione nel corso della storia. Dal punto di vista formativo è diventato sempre più esperto acquisendo sempre più competenze grazie al percorso universitario, attraverso l'aggiornamento costante attraverso il sistema ECM (educazione continua in medicina), le conoscenze basate sulle EBN (Evidence Based Nursing), nonché sulle evidenze scientifiche. L'Assistenza infermieristica negli anni si è arricchita di competenze scientifiche relazionali e tecniche evolute, tanto che oggi l'infermiere è uno dei professionisti centrali per sviluppare la nuova organizzazione e i rinnovati modelli assistenziali previsti dal nuovo piano sociosanitario.

Il processo di assistenza infermieristica si basa, infatti, su fasi pianificate di RESPONSABILITA' che puntano alla realizzazione del prodotto "SALUTE", attraverso un processo dinamico e ciclico dove il piano di assistenza viene rimodulato in base alle risposte della persona assistita.

L'Infermiere per missione e prerogative di legge, è il professionista sanitario che costantemente agisce al fianco della persona assistita, guidato nel suo agire professionale dal Codice di deontologia professionale che ne delinea condotta e responsabilità.

L'Infermiere, dunque, agisce secondo i principi di:



Dott. Pierpaolo Volpe
Presidente OPI Taranto



Dott.ssa Monica Cardellicchio
Segretaria Comm. d'Albo
Infermieri OPI Taranto

• **beneficenza e non maleficenza:** l'infermiere, da un lato, si adopera per garantire la promozione degli interessi dell'utente, dei vantaggi e dei risultati migliori possibili per l'assistito (beneficenza) e, dall'altro, per prevenire, rimuovere ed educare ad evitare le situazioni pericolose per sé e per gli altri (non maleficenza);

• **autonomia:** l'infermiere crea i presupposti affinché l'assistito (o il tutore, in caso di minori, disabili psichici o soggetti incapaci di intendere e di volere) possa prendere le sue decisioni sanitarie in maniera autonoma nel rispetto delle diversità culturali e di pensiero;

• **giustizia:** l'infermiere tratta ogni singolo assistito nel rispetto della propria dignità e organizza la distribuzione di tempo e risorse disponibili in base ai bisogni di ciascun utente secondo il concetto di equità (fornire a ciascuno ciò di cui ha bisogno per raggiungere un determinato obiettivo), piuttosto che di uguaglianza (fornire a tutti, indistintamente, le stesse prestazioni).

A questi tre principi basilari se ne aggiungono altri tre, ad essi strettamente connessi:

• **veridicità:** l'infermiere dice il vero all'assistito, poiché se così non fosse non sarebbe garantito il diritto all'autodeterminazione del paziente. Acquisisce specifiche tecniche di comunicazione attraverso le quali risponde e aiuta assistito e famiglia a comprendere la situazione clinica in oggetto;

• **fedeltà:** l'infermiere garantisce fedeltà ai propri impegni professionali che si riassumono nell'offrire un'assistenza competente ai pazienti, indipendentemente dalla loro età, religione, etnia, sesso o dai valori personali dell'infermiere stesso;

• **riservatezza:** l'infermiere, per proprio principio professionale e per obbligo di legge, tutela la riservatezza di tutti i dati che riguardano il paziente nei confronti di chi non appartiene all'équipe sanitaria che si occupa dell'assistenza alla persona. Il principio di riservatezza si applica anche nei confronti dei familiari dell'utente, fatto salvo il caso in cui il paziente stesso abbia dato il proprio consenso al rilascio di informazioni. La professione infermieristica, pertanto, per poter esprimere tutto il suo potenziale richiede serenità psichica, vigilanza, attenzione nei processi di assistenza, capacità di accogliere l'altro e, spesso, sacrificio.

Recentemente accade, però, che la serenità mentale dell'infermiere è costantemente messa a dura prova dal momento che in contesti lavorativi quali ospedali, cliniche, RSA ecc, vi sono ritmi frenetici, turni massacranti senza tempi di recupero sufficienti.

In tali contesti viene meno il rapporto Infermiere/Persona assistita e viene minato un aspetto centrale del processo assistenziale quale "la relazione è tempo di cura"

Le tante responsabilità, le difficoltà di corsia, la carenza di personale, tra cui quella del personale di supporto, l'assenza di modelli organizzativi efficienti e le scelte molto spesso incongrue dei vertici aziendali, sono un continuo sopraffarsi contribuendo sensibilmente ad un'azione sinergica di fattori stressogeni.

La professione infermieristica facendo parte delle "professioni di aiuto" è una professione che prevede un rapporto diretto con l'utente che si pone in una posizione di richiesta di aiuto, aspettandosi dall'infermiere specifiche risposte, dalle quali dipendono il benessere del richiedente. Oltre a questi fattori, si aggiungono una serie di determinanti esterni che ne aumentano in percentuale il rischio.

Tra i fattori stressogeni che interessano la professione infermieristica rientrano sia i fattori intrinseci tipici della professione come continue situazioni di emergenza tra la vita e la morte, pressioni, frenesia, sia fattori estrinseci correlati all'organizzazione aziendale, che non si cura di valorizzare le potenzialità del personale, non intervenendo sul fabbisogno di personale, impedendo di erogare un'assistenza di qualità.

Gli scenari che si sono aperti da qualche anno, non sono dei migliori. Il peggioramento del panorama economico, i tagli delle risorse finanziarie ed umane, si sommano al cambiamento della società che invecchia e si cronicizza, mutando il bisogno di assistenza.

A causa di queste problematiche continuano a verificarsi situazioni drammatiche. Recentemente, infatti, ha perso la vita in un incidente stradale avvenuto sulla strada provinciale che collega San Vito dei Normanni a San Michele Salentino, nel Brindisino, un'infermiera di 27 anni, Sara Viva Sorge, di San Vito dei Normanni (Brindisi). La collega ha perso la vita per un incidente in itinere mentre lasciava il lavoro e aveva svolto due notti consecutive dopo un turno settimanale piuttosto

impegnativo, dato il carico di lavoro a cui veniva sottoposta unitamente a tutti i dipendenti della struttura.

Siamo di fronte, purtroppo all'ennesimo caso in cui ad uccidere non è il contagio da SARS-CoV-2, ma lo stress lavoro-correlato dovuto a turni massacranti dovuto alla carenza di personale.

Gli infermieri italiani pur essendo indispensabili per il funzionamento del SSN sono troppo pochi, pur lavorando di più e guadagnando molto meno dei colleghi europei. I decessi sui luoghi di lavoro continuano a rappresentare un drammatico bollettino di guerra sul dobbiamo fermarci e riflettere.

Vi è sgomento e profonda tristezza da parte di tutta la Comunità professionale infermieristica a causa della morte della nostra giovane collega, che è volata via dopo aver assistito in maniera olistica gli ospiti della sua struttura.

Mentre nel giuramento di Florence Nightingale gli infermieri promettevano davanti a Dio e in presenza dell'assemblea, di vivere degnamente e di esercitare fedelmente la propria professione, nel giuramento attuale gli infermieri promettono di mettere la propria vita al servizio della persona umana ed è proprio questo ciò che è accaduto alla nostra giovane collega.

In questa situazione sarà difficile attuare la missione 6 - Salute del PNRR e tutti i principi ispiratori della riforma del SSN. Principi che rischiano di rimanere solo principi o buone intenzioni.

L'OPI di Taranto si unisce al dolore della famiglia della collega



OFFERTA FORMATIVA OPI TARANTO

FABBISOGNO FORMATIVO ECM TRIENNIO 2020/2022

Gent.mi Colleghi,
entro il 31 dicembre 2022 i Professionisti Infermieri (come gli altri professionisti sanitari) devono rispettare gli obblighi di acquisizione dei crediti formativi ECM per il triennio 2020-2022 (150 crediti nel triennio al netto di eventuali esenzioni come ad esempio quelle subentrate durante la pandemia con la legge 41/2020 in cui si prevede che per i sanitari impegnati nell'emergenza COVID i 50 crediti da acquisire nell'anno 2020 come quota annuale del fabbisogno dei 150 crediti relativi al triennio 2020-2022 si intendano in ogni caso maturati).

Chi non ha ancora acquisito i crediti formativi ECM del triennio, potrà regolarizzare la propria posizione grazie a una serie di opportunità gratuite che vengono offerte agli infermieri sia parte della Federazione nazionale, sia da parte dell'OPI Taranto che fornisce ai propri iscritti un ventaglio di opportunità formative FAD e residenziali.

Il Consiglio Direttivo OPI Taranto per favorire la regolarizzazione della posizione dei propri iscritti in vista della scadenza del triennio 2020/2022, ha stipulato una convenzione con il provider SATAGROUP per la formazione a distanza.

I corsi FAD saranno a costo zero per gli iscritti all'OPI TARANTO, requisito di adesione è scrivere da propria PEC a satagroup@pec.it indicando la propria situazione crediti 2020/2022 (fare visura su Co.Ge.A.P.S. (cogeaps.it)) inserendo il proprio Nome cognome, numero di iscrizione all'albo della provincia di Taranto, un proprio recapito cellulare ed una mail personale (NON PEC).

N.B. Nel caso in cui un Professionista non abbia assolto all'obbligo formativo ECM, alle sanzioni tradizionali, si aggiunge poi la previsione della legge 233/2021 (art. 38 bis) in cui si indica che dal triennio 2023-2025 l'efficacia delle polizze assicurative stipulate in base alla legge 24/2017 (responsabilità professionale) sarà condizionata dall'assolvimento di almeno il 70% dell'obbligo formativo individuale del triennio.

IL DELICATO EQUILIBRIO COSTITUZIONALE TRA IL CONCORSO PUBBLICO E LE PROCEDURE DI STABILIZZAZIONE

Dott. Pierpaolo Volpe – Esperto in materia di pubblico impiego e contratti a termine

In questi anni la problematica del precariato pubblico è stata oggetto di numeri arresti giurisprudenziali da parte della Corte di giustizia, della Cassazione, della Corte costituzionale e del Consiglio di Stato che ne hanno delineato il profilo e il giusto inquadramento nel sistema di tutela eurounitario.

A condire con elementi di riflessione giuridica il delicato tema del precariato, ci ha pensato la Commissione europea che dopo le mie denunce e audizioni in Commissioni per le petizioni del Parlamento europeo nel 2017, ha indotto lo Stato italiano dopo l'avvio della procedura di infrazione, ad approvare la riforma "Madia" da tutti conosciuta come il provvedimento di sanatoria del più grande abuso di Stato perpetrato dall'Italia dal 2007, quello del precariato pubblico. Nella Regione Puglia in queste settimane, vi è da gestire il delicato equilibrio costituzionale tra il concorso pubblico e le procedure di stabilizzazione, con intuibili riflessi anche di natura politica.

Preliminarmente va osservato che secondo costante giurisprudenza della Corte costituzionale, la modalità ordinaria di reclutamento del personale nella PA è la procedura concorsuale (art. 97 comma 4 prima parte).

A molti è sfuggita per anni la seconda parte dell'art. 97 comma 4) che attribuisce rilievo costituzionale alle stabilizzazioni, salvo i casi stabiliti dalla legge.

Solo la legge può derogare alla forma ordinaria di accesso al lavoro pubblico.

A ribadirlo è il più alto consesso della giustizia amministrativa con la sentenza n.1052 del 14/02/2022 del Consiglio di Stato.

La straordinaria sentenza del Consiglio di Stato, riprendendo tutta la giurisprudenza amministrativa degli ultimi anni, stabilisce i seguenti principi di diritto:

- 1. le procedure di stabilizzazioni essendo previste per legge sono "protette" dalla Costituzione;*
- 2. l'art. 20, comma 1, del d.lgs. n. 75 del 2017 è una modalità preminente di superamento del precariato e riduzione del ricorso ai contratti a termine nonché valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato;*
- 3. l'indizione di un concorso pubblico va sempre motivata dando conto delle ragioni per le quali la PA non intende accedere alla modalità di reclutamento che la legge preveda come alternativa (stabilizzazione) e considerare le ragioni dei soggetti interessati a quest'ultima e del sacrificio loro imposto;*
- 4. i soggetti aventi i requisiti per la stabilizzazione sono titolari di un diritto soggettivo all'assunzione quando ricorrono alcune particolari condizioni.*

Alla luce del quadro delineato dal Consiglio di Stato con numerosi interventi giurisprudenziali, possiamo pacificamente stabilire che i vincitori di concorso sono titolari di un diritto soggettivo all'assunzione così come i soggetti in possesso dei requisiti per la stabilizzazione.

Resta di delicata delibazione la questione relativa agli idonei.

Se alla luce delle statuizioni del Consiglio di Stato la pubblica amministrazione, prima di indire un nuovo concorso pubblico, deve verificare se vi sono modalità alternative previste dalla legge per l'assunzione di personale (anche nel rispetto dei principi di contenimento della finanza pubblica) e motivare il provvedimento (esponendosi ad impugnativa al TAR), tale principio va applicato mutatis mutandis anche nel caso della assunzione degli idonei al concorso pubblico in presenza di personale avente i requisiti di legge per la stabilizzazione. La situazione pugliese è oggi esplosiva e rischia di sfuggire di mano se non si procede ad una immediata approvazione del piano del fabbisogno triennale del personale aggiornato al 2022 e ai requisiti richiesti dalla missione 6 del PNRR.

La vertenza "precari" rischia di alimentare nuovamente un mega contenzioso e di esporre non la Regione Puglia, ma lo Stato italiano al deferimento alla Corte di giustizia per inadempimento.

La procedura di infrazione è attualmente nella fase di costituzione in mora, fase preliminare per il deferimento alla Corte di Lussemburgo.



È compito della Politica e dei tecnici gestire il delicato contemperamento degli interessi tra vincitori, precari e soprattutto idonei.

Una cosa è certa, non potrà certamente essere bandito un nuovo concorso pubblico prima di aver assunto tutti i precari e gli idonei inseriti nella graduatoria del concorso per infermieri.



DUE ANNI DI COVID: CRONOLOGIA DELLA PANDEMIA E MALATTIA PROFESSIONALE.

Avv. Massimiliano Del Vecchio – Esperto in diritto del lavoro

Il decreto n. 18 del 2020, c.d. Cura Italia, tra le misure che, espressamente in epigrafe, definisce di “potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, ne ha previsto, all'art. 42, una specifica che concerne la tutela assicurativa dell'Inail.

Il legislatore ha invero avvertito, in costanza di pandemia, la necessità di definire meglio le modalità dell'intervento di protezione dei lavoratori di cui si fa carico l'Istituto in presenza dell'elemento di novità costituito dalla potenziale esposizione all'agente virale da parte di una numerosa platea di soggetti possibili beneficiari della prestazioni.

Il secondo comma della norma in esame testualmente dispone che : “Nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS- CoV-2) in occasione di lavoro, il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'INAIL che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela dell'infortunato. Le prestazioni INAIL nei casi accertati di infezioni da coronavirus in occasione di lavoro sono erogate anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato con la conseguente astensione dal lavoro. I predetti eventi infortunistici gravano sulla gestione assicurativa e non sono computati ai fini della determinazione dell'oscillazione del tasso medio per andamento infortunistico di cui agli articoli 19 e seguenti dell'allegato 2 al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 27 febbraio 2019, recante “Modalità per l'applicazione delle tariffe 2019”. La presente disposizione si applica ai datori di lavoro pubblici e privati.”

Dunque, la novella risolve alla radice il primo problema di natura esegetica che avrebbe potuto porsi, qualificando espressamente l'infezione covid in occasione di lavoro quale infortunio e non come malattia professionale.



L'ordinamento appresta, difatti, tutele in parte diverse alle due ipotesi di lesione e, da un punto di vista della configurabilità della fattispecie, riserva criteri di accertamento meno complicati per gli infortuni.

Il discrimine è dato innanzitutto dalla individuabilità della causa violenta dell'evento assicurato, intendendosi come tale "...la causa che con un'azione rapida e concentrata nel tempo è in grado di vincere la resistenza dell'organismo umano provocando una lesione¹"

Il secondo elemento qualificante è l'occasione di lavoro, ossia, che il lavoro sia causa del rischio.

Nota argutamente Alibrandi, che il lavoro può essere anche solo "causa occasionale" dell'infortunio, il cui determinismo è costituito "...nel suo complesso dalle varie componenti causali dell'evento, che l'azione della causa occasionale attualizza e professionalizza²".

Ciò vale a dire che sarebbero esclusi dalla tutela solo i rischi volontariamente assunti dal lavoratore ed in quanto non attinenti allo schema negoziale del rapporto di lavoro, quindi quelli che la dottrina definisce "rischi elettivi", tanto che l'art. 2 del T.U. 1124 del 1965 considera assicurabili anche gli infortuni avvenuti in occasione delle attività prodromiche e strumentali alla prestazione di lavoro.

La malattia professionale è invece la patologia contratta "nell'esercizio e a causa delle lavorazioni" (art. 3 T.U. cit.). Non è richiesto, pertanto, che la malattia sia determinata da causa violenta, ma non è sufficiente la mera occasione di lavoro, bensì una connotazione eziologica più specifica, ossia un rapporto di causalità ed efficienza lesiva dell'agente patogeno, fisico o chimico, diluita nel tempo (c.d. causa lenta), di guisa che l'evento dannoso agisce in modo lento e progressivo sull'organismo del lavoratore. Non è esclusa, naturalmente, la tutelabilità delle tecnopatie multifattoriali, purchè sia verificabile la sussistenza del fattore di rischio professionale ed il nesso anche di "concausalità" nella patologia, secondo criteri definiti dalla medicina legale.

Essi sono:

- 1) adeguatezza lesiva del fattore di rischio, tenuto conto delle proprietà chimiche (struttura chimica) e del metabolismo;
- 2) criterio cronologico: la comparsa della patologia deve essere coerente con i tempi di latenza;

3) criterio modale: le vie di penetrazione, di eliminazione, di metabolismo dell'agente devono essere compatibili con il tipo di patologia;

4) criterio topografico: il tipo di patologia per sede e localizzazione deve essere compatibile con l'agente patogeno;

5) criterio quantitativo, per le patologie dose-correlate

6) criterio anamnestico: il tipo di mansione realmente espletata deve essere coerente con la patologia;

8) criterio epidemiologico, con identificazione del rischio relativo;

9) criterio di esclusione di altre cause: fattori costituzionali, abitudini dietetiche, fumo di sigaretta.

Dunque, il legislatore, approdando alla qualificazione della patologia da covid come infortunio ha in realtà agevolato l'esercizio delle tutele previdenziali ed assicurative dei lavoratori, e, nell'equiparare la causa virulenta alla causa violenta, che abbiamo detto essere presupposto di qualificazione dell'infortunio, parrebbe avere recepito alcuni indirizzi giurisprudenziali che già si erano espressi in ipotesi di infezioni di epatite HCV o AIDS contratte da personale sanitario.

Del resto lo stesso art. 2 del T.U. 1124 del 1965 iscrive tra gli infortuni tutelabili quello da infezione carbonchiosa e quello derivante da infezione malarica.

Come nota ancora Alibrandi, in questi casi "la violenza si identifica con la virulenza"³. Nei confronti dei lavoratori che abbiano contratto per occasione di lavoro una infezione da covid potranno essere dunque apprestate le tutele Inail.

Le prestazioni consistono, innanzitutto nella indennità per la inabilità temporanea assoluta al lavoro che viene corrisposta dall'Inail a decorrere dal quarto giorno successivo alla data di infortunio, compresi i giorni festivi, fino alla guarigione.

Ove siano patiti postumi permanenti, qualora all'infortunato sia derivato un danno biologico compreso tra il 6% ed il 15% della validità psicofisica, l'Inail eroga un indennizzo in capitale ai sensi del d.lgs. 38/2000. Per postumi inferiori al 6% non vi è indennizzo, mentre per i danni compresi tra il 16% ed il 100%, l'Inail eroga al lavoratore un indennizzo in rendita, che comprende una quota per danno biologico ed altra calcolata sulla menomazione della capacità lavorativa.



In caso di morte, l'Inail eroga una rendita ai superstiti: coniuge e figli minori o studenti sino al 26° anno di età, per la durata normale del corso di studi, anche universitari, e in mancanza di questi, genitori, fratelli e sorelle che erano a carico della vittima. L'Inail eroga infine un assegno funerario una tantum.

L'art. 42 del D.L. 18/2020 in riferimento agli infortuni per infezione covid estende espressamente la tutela per inabilità temporanea "...anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato con la conseguente astensione dal lavoro". Verosimilmente, anche in mancanza di tale disposizione, sarebbe stato possibile sostenere la indennizzabilità anche di tali periodi di astensione dal lavoro, se non altro sulla scorta dei principi costituzionali ex art. 32 e 38, considerata la funzione collettiva della tutela della salute ed il diritto di non essere privati dei mezzi di sostentamento.

Ha osservato in proposito Ghinoy, che "tale previsione, seppure dettata in relazione alla situazione emergenziale, in realtà ha dato seguito a un principio già affermato dalla giurisprudenza, secondo cui l'erogazione dell'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta di cui all'art. 68 del T.U. 30 giugno 1965 n.1124 spetta non solo nel caso della fisica impossibilità della prestazione lavorativa, ma anche in quello della sua incompatibilità con le esigenze terapeutiche e di profilassi del lavoratore"⁴.

Il vero problema della indennizzabilità dell'infortunio covid è, tuttavia, quello della identificazione del momento del contagio, considerata la nota trasmissibilità del virus da parte di soggetti asintomatici o paucisintomatici e, soprattutto il tempo di latenza tra la penetrazione del virus nell'organismo e la comparsa della malattia.

Processualmente, l'allegazione della sussistenza della occasione di lavoro è un fatto costitutivo della pretesa il cui onere probatorio è addossato al richiedente la prestazione.

Dovrà essere dunque il lavoratore a dimostrare di avere contratto il virus in occasione di lavoro, nelle attività prodromiche o in itinere.

Sarà possibile avvalersi delle presunzioni ai sensi degli artt. 2727 e 2729 c.c., ma naturalmente il lavoratore non potrà sottrarsi alla dimostrazione della sussistenza di indizi gravi, precisi e concordanti, quali potrebbero essere l'aver lavorato in ambienti chiusi, affollati e poco aerati, le distanze tra le postazioni di lavoro, l'assenza di barriere protettive, la vicinanza nel consumare i pasti presso le mense aziendali, il numero di lavoratori contagiati, il contatto con altri lavoratori contagiati e, in buona sostanza, la realizzazione di uno schema probabilistico.

Le linee guida Inail per la trattazione dei casi di malattie infettive e parassitarie di cui alla circolare Inail 23 novembre 1995, n.74, già stabilivano la utilizzabilità della prova per presunzioni senza che fosse necessaria la dimostrazione che "...i fatti su cui essa si fonda siano tali da far apparire l'esistenza del fatto ignoto come l'unica conseguenza possibile del fatto noto", essendo sufficiente "...che il primo possa essere desunto dal secondo come conseguenza ragionevole, probabile e verosimile secondo un criterio di normalità".

In particolare, poi, con la circolare 13 del 3 aprile 2020, l'Inail giunge ad individuare fattispecie tipiche di presunzione, prima tra le quali la tutela per gli operatori sanitari in quanto "... esposti a un elevato rischio di contagio, aggravato fino a diventare specifico". Afferma, quindi, l'Istituto che per tali "...operatori vige, quindi, la presunzione semplice di origine professionale, considerata appunto la elevatissima probabilità che gli operatori sanitari vengano a contatto con il nuovo coronavirus" ed individua tra le altre figure professionali le quali potrebbero avvalersi del regime probatorio agevolato quelle "...che comportano il costante contatto con il pubblico/l'utenza" quali "... lavoratori che operano in front-office, alla cassa, addetti alle vendite/banconisti, personale non sanitario operante all'interno degli ospedali con mansioni tecniche, di supporto, di pulizie, operatori del trasporto infermi, etc"⁵.

Vi è da dire però che la presunzione semplice ammette sempre la prova del contrario da parte dell'Istituto e che non è certamente configurabile nessuna ipotesi di riconoscimento "automatico" della prestazione, tanto che l'Inail, con la successiva circolare n. 22 del 20 maggio 2020 ha precisato quanto segue: "...la presunzione semplice che – si ribadisce- ammette sempre la prova contraria, presuppone comunque l'accertamento rigoroso dei fatti e delle



circostanze che facciano fondatamente desumere che il contagio sia avvenuto in occasione di lavoro (le modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, le indagini circa i tempi di comparsa delle infezioni, ecc.). In tale contesto, l'Istituto valuta tutti gli elementi acquisiti d'ufficio, quelli forniti dal lavoratore nonché quelli prodotti dal datore di lavoro, in sede di invio della denuncia d'infortunio contenente tutti gli elementi utili sulle cause e circostanze dell'evento denunciato. Il riconoscimento dell'origine professionale del contagio, si fonda in conclusione, su un giudizio di ragionevole probabilità ed è totalmente avulso da ogni valutazione in ordine alla imputabilità di eventuali comportamenti omissivi in capo al datore di lavoro che possano essere stati causa del contagio”⁶.

Alcuni autori, come riferisce Ghinoy, op. cit., giungono ad affermare una interpretazione più estensiva rafforzando il regime presuntivo per determinate categorie di lavoratori, e soprattutto per gli operatori sanitari, di talchè il rischio per questi soggetti sia quasi presunto ex se, sulla scorta di due considerazioni: la prima, è quella della “socializzazione” del rischio, giacchè l'art. 42 del d.l. 18/2020 esclude il computo di tali eventi ai fini della determinazione del tasso di premio Inail; l'altra è che la tipologia della prestazione sanitaria impone il contatto con persone ammalate – anche di covid -, e lo stesso obbligo di lavorare in presenza “...determinerebbe un fattore di aggravamento del rischio di contagio” anche per i casi che potrebbero verificarsi nel tragitto da casa a lavoro.

E' indubitabile, invero, che, da un punto di vista statistico, negli ambienti ospedalieri l'agente virale sia presente in misura significativamente superiore rispetto agli altri ambienti sociali, e ciò non può essere indifferente per la qualificazione del rischio cui sono esposti gli operatori sanitari.

In particolare, Giubboni sostiene che “per gli operatori sanitari – e in genere per chi opera a diretto e costante contatto con la fonte dell'infezione, essendo esposto al rischio biologico specifico da Covid 19 - possiamo peraltro ben dire che quella presunzione semplice di origine professionale sia, in realtà, assoluta, perché non vincibile dalla prova contraria.

Il medico, l'infermiere, l'operatore di laboratorio o il farmacista che contraggano il virus vanno, in altre parole, sempre ammessi alle prestazioni dell'INAIL come infortunati sul lavoro, senza che possa attribuirsi rilevanza a circostanze esterne all'occasione lavorativa”⁷. Inoltre, in effetti, nulla esclude, ricorrendo i presupposti previsti dall'art. 12 del d lgs 38/2000, la indennizzabilità dell'infortunio per covid contratto in itinere.

E' necessaria quindi la sussistenza di un nesso eziologico tra il percorso seguito e l'evento, ossia, in buona sostanza, il percorso deve costituire il normale tragitto per recarsi al lavoro; è necessario, poi, che l'itinerario sia percorso per recarsi al lavoro e non per ragioni personali; infine, preferibilmente, che sia percorso con l'uso di mezzi pubblici, ove esistenti e compatibili con l'orario di lavoro, giacchè l'uso del mezzo privato potrebbe considerarsi “rischio elettivo”.

Valgono, tuttavia, due deroghe per l'ultimo presupposto: la prima, già espressa in termini generali dall'art. 2 del T.U. 1124 del 1965, è la considerazione sempre consentita dell'uso della bicicletta, prima per ragioni di green economy, ed oggi, sino alla cessazione dello stato emergenziale, pur dovendosi valutare l'idoneità del mezzo, come segnala la citata circolare Inail n. 13 del 3/4/20, per l'uso di mezzo privato – anche naturalmente a motore, macchina o motociclo - per evitare il pericolo di contagio.

Dovrebbe essere esclusa, in conclusione sul punto, l'indennizzabilità dell'infortunio covid in itinere occorso per contatti voluttuari, recte elettivi, con persone contagiate lungo il tragitto.

Destò qualche perplessità tra i primi commentatori la circolare Inail del 1°/3/2021 la quale, a fronte di parere richiesto dall'Ospedale Policlinico San Martino di Genova sulla indennizzabilità degli infortuni covid al personale infermieristico che all'epoca poteva legittimamente sottrarsi agli oneri di vaccino.

L'Istituto richiama la disposizione di cui all'art 65 del T.U. 1124/65 “.. secondo cui non è indennizzabile l'assicurato il quale abbia simulato un infortunio o abbia dolosamente (con coscienza e volontà) aggravato le conseguenze di esso”.



Non ascrive, però alla ipotizzabilità di assunzione di rischio elettivo la scelta dell'infermiere di non vaccinarsi contro il covid, giacché la elezione del rischio che determina la non indennizzabilità dell'infortunio sarebbe configurabile solo nelle seguenti tre ipotesi:

a) vi deve essere non solo un atto volontario (in contrapposizione agli atti automatici del lavoro, spesso fonte di infortuni), ma altresì arbitrario, nel senso di illogico ed estraneo alle finalità produttive;

b) diretto a soddisfare impulsi meramente personali (il che esclude le iniziative, pur incongrue, ed anche contrarie alle direttive datoriali, ma motivate da finalità produttive);

c) che affronti un rischio diverso da quello lavorativo al quale l'atto stesso sarebbe assoggettato, per cui l'evento non ha alcun nesso di derivazione con lo svolgimento dell'attività lavorativa.”

In definitiva, pertanto, in coerenza con la legislazione vigente al tempo, l'Inail conclude definendo il rifiuto di vaccinarsi “... come esercizio della libertà di scelta del singolo individuo rispetto ad un trattamento sanitario, ancorché fortemente raccomandato dalle autorità, non può costituire una ulteriore condizione a cui subordinare la tutela assicurativa dell'infortunato”⁸.

Tale orientamento fu subito criticato da De Matteis⁹, il quale ritenne iscrivibile alla categoria del rischio elettivo la scelta dell'infermiere di non vaccinarsi, ma decisamente sostenuto, con diverse argomentazioni, più condivisibilmente da Rivero. L'autore, non utilizza la leva della “libertà di non vaccinarsi”, quanto, piuttosto lo schema causale dell'evento tutelato, giungendo ad includere tra le condotte considerabili nel percorso eziologico anche la violazione della regola precauzionale, volontaria o involontaria da parte dell'assicurato: “Non si tratta di rischio elettivo, né di dolo inteso come volontà dell'evento; e tale protezione va accordata non perché il rifiuto del vaccino anti Covid sia un atto di libertà, come afferma la circolare dell'Inail, ponendosi qui in contraddizione con gli artt. 2, 32 e 41 della Cost. e con la giurisprudenza della Corte Cost. cit. che invece in caso di pandemia reclamano l'adempimento del dovere di solidarietà e postulano il contemperamento tra i diritti individuali, con prevalenza del diritto alla protezione della salute rispetto alla libertà di non curarsi.

Quella protezione indennitaria va accordata, invece, perché - come ricorda la citata sentenza della Cassazione n. 17917 del 2017, in una ipotesi di violazione del divieto di lavorare, che l'Inail richiama nella circolare - il lavoratore deve essere tutelato anche quando violi volontariamente una regola precauzionale e si ponga in una situazione di pericolo volontario (salvo il dolo dell'evento). Il rifiuto del vaccino e l'inottemperanza all'obbligo di allontanarsi o di astenersi dal lavoro in mancanza di vaccino, configurano perciò violazione di una regola precauzionale (al pari di quella del lavoratore che infili volontariamente la mano dentro una macchina pericolosa per recuperare un attrezzo da lavoro); ma di per sé non possono valere ad interrompere il nesso finalistico con l'attività di lavoro. Perché, se si escludesse la tutela per ogni infortunio derivante da un rischio che il lavoratore avrebbe dovuto e potuto evitare, o che assume volontariamente, la tutela INAIL non opererebbe mai o quasi mai.”¹⁰.

Paradossalmente, la categoria di lavoratori forse più esposta di altri, ossia quella dei medici convenzionati, a prescindere dall'assolvimento degli obblighi di vaccinazione, non beneficia delle prestazioni Inail. Non vale, difatti, ad includere tale categoria nel sistema previdenziale di tutela degli infortuni la disposizione di cui all'art. 5 del d.l. 38/2000, la quale norma estende i presupposti ai lavoratori “parasubordinati”, giacché detta norma opera un richiamo espresso all'art. 49 co. 1, lett a), oggi art. 50 co. 1 lett c-bis del T.U. 917/86, che non qualifica a tali fini “parasubordinati” i professionisti intellettuali, e quindi anche i medici che non siano lavoratori subordinati¹¹.

Passando, infine, all'analisi delle concrete modalità di esercizio della tutela per coloro i quali ricorrano i presupposti soggettivi ed oggettivi della prestazione, deve notarsi che l'obbligo di denuncia dell'infortunio all'Inail incombe sempre sul datore di lavoro, ma il lavoratore è onerato di dargliene immediata notizia, giacché, riceverà l'indennità per inabilità temporanea solo dal giorno in cui abbia assolto a tale onere.

Precisa, infatti, l'art. 52 del T.U. 1124/1965 che “ Quando l'assicurato abbia trascurato di ottemperare all'obbligo predetto ed il datore di lavoro, non essendo venuto altrimenti a conoscenza dell'infortunio, non abbia fatto la denuncia ai termini dell'articolo successivo, non è corrisposta l'indennità per i



giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio".

L'art. 53, T.U. cit. impone invece al datore di lavoro di comunicare all'Inail l'infortunio entro due giorni da quando ne ha avuto notizia.

L'infortunio deve essere in ogni caso denunciato entro tre anni dalla sua verifica a pena di prescrizione del diritto, anche dell'indennizzo per gli eventuali postumi permanenti.

L'art. 112, 1° co. del D.P.R. 1124 del 1965 dispone, invero, che l'azione per conseguire le prestazioni previdenziali di cui sopra si prescriva nel termine di tre anni dal giorno dell'infortunio o da quello della manifestazione della malattia professionale.

L'art. 111 del decreto citato, peraltro, stabilisce che la prescrizione prevista dall'art. 112 rimanga sospesa durante la liquidazione in via amministrativa della indennità, di guisa che, una volta attivato il procedimento amministrativo, il termine finale di prescrizione dell'azione è di tre anni e 150 giorni per la ipotesi di costituzione della rendita e di tre anni e 210 per la ipotesi di revisione.

La Corte Costituzionale, tuttavia, è intervenuta in più di una occasione sull'istituto in esame.

Con sentenza 8/7/1969 n. 116, la Corte ha dichiarato la illegittimità dell'art. 112 1° co nella parte in cui dispone che l'azione si prescrive con decorso del termine previsto anche nel caso in cui entro lo stesso termine la inabilità denunciata non abbia ridotto l'attitudine al lavoro in misura superiore al minimo indennizzabile.

Con sentenza 23/5/1986 n. 129, la Corte costituzionale ha dichiarato la illegittimità dell'art. 112 1° co. nella parte in cui non prevede che il termine triennale sia interrotto a far tempo dalla data del deposito del ricorso introduttivo della controversia.

Con sentenza 19/12/1990 n.544, è stata enunciata la illegittimità della norma citata nella parte in cui, in caso di morte dell'assicurato, consente che la prescrizione decorra da un momento anteriore alla morte anche quando la malattia professionale non sia accertabile se non mediante autopsia.

Infine, il Giudice delle Leggi, con la sentenza 24/1/1991 n. 31, confermando i principi già espressi nel 1969, è tornata ad accertare la legittimità della norma in questione, ove interpretata nel senso che il dies a quo per la decorrenza della prescrizione dell'azione sia individuato nel momento in cui la inabilità si è consolidata nel minimo indennizzabile. La giurisprudenza di legittimità è assolutamente conforme alle decisioni della Consulta (vedi Cass. 2/10/1997 n. 9619, Cass. 2/11/1995 n. 11364, Cass. 12/1/1993 n. 243).

Ad ogni buon conto, la imputazione dell'onere della prova in relazione al raggiungimento del minimo indennizzabile, dal cui momento, come si è detto, decorre il termine prescrizionale, incombe sull'Inail: la Corte di Cassazione ha infatti stabilito con sentenze n. 6348 del 25/11/1988 e 5192 del 9/10/1982, che l'onere della prova del raggiungimento dei postumi indennizzabili incombe sull'Istituto che eccepisce la prescrizione del diritto.

In relazione, inoltre, alla fattispecie contemplata dall'art. 122 del T.U. 1124 del 1965, è da segnalare che il termine decadenza di novanta giorni previsto dalla norma per la proposizione da parte dei superstiti della domanda di rendita, in ipotesi di morte sopraggiunta in conseguenza dell'infortunio dopo la liquidazione della rendita per inabilità permanente, decorre, a seguito dell'intervento della sentenza della Corte Costituzionale n. 14 del 1994, dalla comunicazione con la quale l'Inail avverte i superstiti della facoltà di proporre domanda ai sensi dell'art. 85 e non dal decesso dell'assicurato.

Nel caso in cui l'Inail abbia riconosciuto il diritto alla rendita, l'orientamento più rigoroso si esprime nel senso che, dal raggiungimento dei postumi indennizzabili, l'assicurato che non condivide la valutazione dell'Istituto ha tre anni di tempo, oltre i periodi di sospensione, per proporre azione giudiziaria.

Un recente intervento delle Sezioni Unite della Cassazione, con la Sentenza n. 11928/2019, ha risolto un contrasto giurisprudenziale sorto in materia di infortuni e malattie professionali, concernente il *modus operandi* del termine prescrizionale, ex artt. 111 e 112 del D.P.R. 1124/1965, entro il quale l'interessato può far valere le prestazioni assicurative, dovute per legge, per il danno patito.



La Suprema Corte ha affermato che la prescrizione del diritto alla rendita rimane sospesa anche oltre il termine di durata del procedimento amministrativo, sino alla sua definizione con un provvedimento da parte dell'Inail, giacchè prima del decorso di tale termine l'assicurato ha solo la facoltà di proporre l'azione giudiziaria e non onere di proporla, essendogli consentito attendere la pronuncia sulla sua richiesta dal parte dell'Istituto: "ai sensi dell'art. 111, comma secondo del d.PR. 30 giugno 1965 n. 1124 la prescrizione dell'azione per conseguire le prestazioni previste dal titolo primo capo quinto del citato decreto resta sospesa per tutta la durata della liquidazione amministrativa della prestazione e fino all'adozione di un provvedimento di accoglimento o di diniego da parte dell'Istituto. Con il decorso del termine di centocinquanta giorni previsto dall'art. 104, o di duecentodieci giorni, di cui all'art. 83 dello stesso decreto, è rimossa la condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria ed all'assicurato è data facoltà di agire in giudizio a tutela della posizione giuridica soggettiva rivendicata".

In tal senso, la sospensione prevista dall'art. 111, comma 2, del d.p.r. 1124/1965, quindi, si protrae per tutta la durata del procedimento e fino alla sua definizione in senso positivo o negativo. Il decorso dei termini indicati dal terzo comma dell'art. 111 è utile al sol fine di rimuovere una condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria che, da tale momento, l'interessato ha facoltà di proporre.

Nella particolare materia degli infortuni covid le norme esaminate trovano ulteriori ipotesi di deroga.

L'articolo 42, comma 1, del d.l. 18/2020 sancisce, infatti, che, "...in considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, a decorrere dal 23 febbraio 2020 e sino al 1° giugno 2020, il decorso dei termini di decadenza relativi alle richieste di prestazioni erogate dall'Inail è sospeso di diritto e riprende a decorrere dalla fine del periodo di sospensione. Sono altresì sospesi, per il medesimo periodo e per le stesse prestazioni di cui al comma 1, i termini di prescrizione. Sono, infine, sospesi i termini di revisione della rendita su domanda del titolare, nonché su disposizione dell'Inail, previsti dall'articolo 83 del d.p.r. n. 1124 del 1965 che scadano nel periodo indicato al comma 1.

Detti termini riprendono a decorrere dalla fine del periodo di sospensione"

Ciò vale a dire che per gli infortuni per covid verificatisi antecedentemente, stante la ulteriore sospensione dei termini di decadenza e prescrizione nel periodo dal 23 febbraio 2020 al 1° giugno 2020 ex art. 42 co 1 d,l 18/2020, la proposizione della domanda di indennizzo è consentita entro tre anni + 150 giorni (termini del procedimento amministrativo) + 98 giorni (periodo di sospensione emergenziale).

Altra questione è l'esatta individuazione da un punto di vista medico-legale della sintomatologia e del tipo di lesione e di postumi invalidanti che conseguono in caso di infortunio covid, ma questa sarà materia su cui confrontarsi nella aule di tribunale.

BIBLIOGRAFIA

1. "Seghieri, Infortuni e malattie professionali, Editrice Lavoro e Previdenza
2. Alibrandi, Infortuni sul lavoro e malattie professionali, nona edizione, Giuffrè
3. Alibrandi, op. cit.
4. Paola Ghinoy, L'infezione da covid 19 e la tutela Inail, Lavoro e Diritti Europa, 2020/2
5. Circolare Inail n. 13 del 3/4/2020
6. Circolare Inail n. 22 del 20/5/2020
7. Giubboni, Covid – 19: obblighi di sicurezza, tutele previdenziali, profili riparatori, Lavoro e Previdenza Oggi, 5/6/20
- 8, Circolare Inail 1/3/2021
9. De Matteis, Infermieri che rifiutano il vaccino e tutela Inail, Conversazioni sul lavoro dedicate a Giuseppe Pera da parte dei suoi allievi
10. Rivero, Vaccini e rapporto di lavoro: obblighi, responsabilità e tutele, Conversazioni sul lavoro dedicate a Giuseppe Pera da parte dei suoi allievi
11. Giubboni, op. cit.



DALL'OSPEDALE ALLA PROSSIMITÀ: COME CAMBIA LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA CON IL PNRR

*Dott. Gianfranco Infesta – Consigliere OPI Taranto
Infermiere Anestesia e Rianimazione PO S.G. Moscati - Taranto*



L'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 ha messo in evidenza la totale inadeguatezza dell'attuale organizzazione del SSN in quanto sbilanciato verso una assistenza prettamente ospedaliera, dimenticando quella di prossimità.

La sanità post covid non può prescindere da un vero cambio di paradigma dell'assistenza, che deve essere votata ad una presa in carico in primis domiciliare della persona assistita e solo durante la fase acuta deve interessare le strutture deputate alla gestione delle acuzie. In questi due anni di emergenza covid vissuta in prima linea in una struttura di emergenza/urgenza, ho rilevato ancor di più la necessità di rivedere l'attuale assetto organizzativo delle aziende sanitarie che deve vedere al centro del processo di cambiamento l'Infermiere di famiglia e di comunità. Il processo di cambiamento inizia da qui. L'Infermiere di famiglia e di comunità si occuperà della presa in carico della persona assistita in tutto il percorso di cura in un continuum che va dalla condizione di pieno benessere fisico, psico e sociale a quella di malattia. L'Italia ha inteso attuare il programma "Next Generation EU" implementato dall'Unione Europea per contrastare le conseguenze economiche e sociali indotte dalla pandemia in atto da Covid-19, attraverso il PNRR noto a tutti come Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza del Recovery Plan.

La missione 6 del PNRR è la misura di sostegno e di revisione della sanità post pandemica attraverso l'approvazione di progettualità innovative come gli Ospedali di Comunità, le Case di comunità e le Centrali Operative Territoriali, tutte volte al superamento di una visione ospedalocentrica della sanità.

Secondo le indiscrezioni con i 650 milioni di euro del Pnrr destinati alla sanità in Puglia potrebbero essere realizzate 121 Case della salute, 36 ospedali di comunità.

Ma la domanda nasce spontanea, con quale personale?

La grave carenza di personale infermieristico rischia di far fallire il PNRR e nello specifico la misura 6, dove oltre ai "contenitori" è necessario aggiungere i contenuti e quindi le professionalità possedute dagli Infermieri.

Non si può più aspettare, il futuro inizia oggi e la programmazione del fabbisogno deve contemplare sin da subito il fabbisogno di personale anche alla luce delle innovazioni volute dal PNRR in cui non va dimenticata la telemedicina.

Non va dispersa neanche una professionalità, gli Infermieri non devono fuggire verso mete più ambite e meglio valorizzate come l'Inghilterra, la Svizzera e la Germania; ma per far questo è necessario dare loro il giusto riconoscimento economico e in termini di competenze avanzate. Il vero cambiamento inizia da qui.



RCP IN PERSONE ASSISTITE IN LIMINE VITAE: RUOLO DELL'INFERMIERE OPERATORE DI C.O.118 E IMPLICAZIONI ETICHE E GIURIDICHE

Gianluca FERRARESE, Infermiere Operatore di CO 118 Taranto.

Chiara GUARINO, Infermiere Operatore di CO 118 Taranto.

Pio LATTARULO, Professore a contratto di Discipline Infermieristiche in Alma Mater Studiorum, Bologna e Università degli Studi di Bari.

ABSTRACT

In Centrale Operativa 118, l'operatività quotidiana rappresenta una delle realtà sanitarie in cui gli infermieri agiscono con definita autonomia, nella gestione di processi e percorsi assistenziali. È acclarato che, trascorsi ormai trent'anni, dall'emanazione della norma istitutiva il Sistema 118 (DPR 27/3/1992), l'indicazione per via contatto telefonico, sul come praticare le manovre basilari di RCP ovvero di disostruzione delle vie aeree, fornite da un infermiere operatore di CO in possesso di competenze avanzate, abbia consentito l'ottenere di un maggior numero di ROSC (return of spontaneous circulation). Tutto ciò anche grazie all'utilizzo di un protocollo condiviso dagli operatori di gran parte delle CO d'Italia.

Le manovre di RCP sono accomunate da un obiettivo primigenio: determinare l'inversione dell'esito patologico di morte clinica, circostanza che però accade soltanto per una minoranza esigua tra le persone colpite. Il ROSC potrebbe, in ogni caso, essere in conflitto con i desideri e/o con quanto precedentemente disposto dalla persona assistita o può non rientrare nel suo miglior interesse. L'invito rivolto ai testimoni dell'ACC è spesso dettato dal rispondere, nel modo più celere possibile, a un evento che si manifesta ex abrupto nei confronti di una persona di cui non conosciamo la storia clinica (a meno che non si verifichi in caso o in presenza di soggetti che conoscono la situazione) o sia presente l'esistenza di direttive anticipate di trattamento.

Pertanto, in taluni casi, l'impiego di manovre di RCP potrebbe non rappresentare la soluzione più idonea per il trattamento di queste persone; tuttavia, la preoccupazione per gli aumentati costi legati all'eventuale ROSC e ricovero in terapia intensiva, non dovrebbe escludere i tentativi di RCP verso la singola persona. Nella revisione narrativa della letteratura che viene di seguito presentata, si tenderà di mirare l'obiettivo verso la presa di decisioni etiche e la correlazione tra RCP e situazioni di fine vita.

Parole chiave: operatore di CO118 – fine vita – disposizioni anticipate di trattamento – dnar

INTRODUZIONE

L'Infermiere operatore di centrale, è chiamato a sollecitare il testimone di un arresto cardiaco, nell'avviare le manovre di RCP. Sono descritte tuttavia in letteratura certune eccezioni:

- Quando la persona presenta evidenti segni di morte cardiaca irreversibile;
- Quando la mancata sicurezza della scena potrebbe essere fonte di pericolo per i soccorritori;
- Quando è disponibile, una disposizione anticipata di trattamento, sottoscritta a suo tempo dalla persona assistita, con le indicazioni di non voler ricevere le manovre rianimatorie e tanto viene anche palesato dal proxy;

Né cittadini e neppure soccorritori, professionisti o meno, dovrebbero emettere un presunto giudizio sulla qualità attuale o futura di vita, nei confronti di una vittima di arresto cardio-circolatorio, fondando il parere sull'esito di uno score neurologico attuale o previsto. Questo perché, tali considerazioni definite "snap" spesso si rivelano imprecise e anche in ragione del fatto che la qualità della vita non dovrebbe mai essere utilizzata come criterio per escludere la possibilità di avviare le manovre di RCP, a meno di non disporre di precise indicazioni espresse dalla persona interessata. Difatti, condizioni quali il danno cerebrale irreversibile o la morte cerebrale, non possono essere valutate o previste attendibilmente. Nel caso in cui l'equipaggio fosse composto esclusivamente dalle figure di autisti – soccorritori, questi dovrebbero continuare le manovre di RCP sino a che si verifichi una delle seguenti condizioni:

LE DIRETTIVE/ DISPOSIZIONI ANTICIPATE E IL DNAR

- Ripristino di una circolazione efficace e ventilazione spontanea;
- Gestione dell'emergenza trasferita all'equipaggio di soccorso avanzato, in grado di determinare sia dal punto di vista clinico che medico – legale, l'insuccesso delle manovre di RCP;
- Riconoscimento di criteri affidabili che fanno presumere l'irreversibilità del quadro;
- Impossibilità per i soccorritori di continuare le manovre di RCP perché l'esaurimento fisico, l'esistenza di pericoli ambientali o la prosecuzione delle manovre possa essere di potenziale nocimento per altre vite umane;
- Presentazione da parte del proxy o di altri famigliari ovvero persone significative, di una disposizione anticipata di trattamento o di un dnar (do not attempt resuscitation);

La presenza del defibrillatore, quale mezzo standard in dotazione a ciascun mezzo di soccorso, è resa obbligatoria nel nostro Paese, dalla legislazione vigente. L'assenza di un ritmo defibrillabile, dopo l'adeguata esecuzione delle manovre di RCP, può essere il criterio fondamentale per cui l'operatore di centrale disponga l'interruzione dell'attività descritta, nei confronti di un equipaggio composto esclusivamente da soccorritori, nel caso in cui non possa giungere sul posto un mezzo di soccorso avanzato, in tempi compatibili con le eccezioni cui si è fatto cenno in precedenza.

In alcuni Stati del mondo, in particolar modo negli USA, il personale di soccorso – in questo caso tecnico, e non sanitario – opera sulla scorta di protocolli che di fatto, impediscono la certificazione di morte “on the scene”. In Italia, e in gran parte d'Europa, avviene esattamente il contrario, poiché giungerà in ogni caso un medico sul posto, per constatare il decesso della persona colpita da ACC. Ove l'organizzazione del Sistema di Emergenza non consenta la constatazione del decesso, il personale intervenuto deve compiere un necessario atto, dalla valenza etica e giuridica: il trasporto della persona deceduta verso una struttura ospedaliera che consenta la formalizzazione dell'evento.

Per garantire una maggior comprensione delle differenti tipologie di direttive/disposizioni anticipate di trattamento e in particolar modo del DNR order, bisogna evidenziare il fatto che, i principi morali alla base del ragionamento, sono gli stessi del consenso informato. Le fondamentali etiche e morali del principio di autonomia/autodeterminazione insito nel consenso informato, consistono nel rispetto della volontà della persona assistita, analogo presupposto essenziale per la formulazione delle direttive/disposizioni anticipate e in particolare per il DNAR order, con riferimento ai quattro principi di bioetica mostrati in tabella 1

Non maleficenza	Non arrecare danno o ulteriore sofferenza
Giustizia	Equa distribuzione delle risorse all'interno della società
Autonomia	Diritto per la persona nell'accettare o rifiutare un trattamento
Beneficità	Agire per il miglior interesse della persona individuando rischi e benefici

Tabella 1: Principi di bioetica

Il DNAR, e l'applicazione delle direttive/disposizioni anticipate di trattamento (DAT) rappresentano la comunicazione preventiva effettuata da parte della persona assistita circa il proprio diniego, espresso in maniera proattiva e informata, di ricevere azioni terapeutiche nel caso di un futuro stato di incapacità comunicativa, che impedisca una partecipazione attiva nella decisione. Il DNR order costituisce una delle più importanti forme di DAT, per le sue potenziali, drammatiche e irreversibili conseguenze. Tramite il DNR order, la persona assistita esprime la sua volontà, generalmente scritta, di non essere sottoposta a manovre rianimatorie ed eventualmente a cure intensive, in determinate circostanze “futili” e causa di over treatment, condizione mal espressa con il termine di “accanimento terapeutico” desueto e contraddittorio. Acciò, è bene precisare che le manovre di RCP hanno la finalità di essere poste in campo in maniera adeguata, ovvero nei casi in cui la patologia cardiaca, cerebrovascolare o di altra natura, compaia con un quadro di morte improvvisa. Altresì, va considerata la possibilità che, verificandosi l'arresto in situazioni di malattia in limine vitae, il trattamento con esito di ROSC potrebbe accrescere la sofferenza dell'individuo e dei suoi familiari, determinando in conseguenza, un ingente consumo di risorse umane ed economiche.

ETICA IN EMERGENZA, RCP E MULTICULTURALISMO

L'avvio ovvero la sospensione delle manovre di RCP è frutto degli esiti di una visione differente quanto a preferenze etiche e morali, standard professionali e di condotta. La decisione sul non rianimare i cosiddetti "a no code patient", è in discussione sin dalla metà degli anni '60 negli USA, con particolare riferimento al cosiddetto "codice blu" termine con il quale negli ospedali USA e dei paesi anglosassoni viene attivato, in caso di arresto cardiaco, il team rianimatorio. E' possibile anche che si applichi la metodica AND (Allow Natural Death), che consiste nel consentire il decesso naturale. L'American Medical Association raccomandò che la decisione di non intraprendere manovre di RCP (withholding) o sospendere le stesse (withdrawing) dovesse essere un atto formalmente documentato. Altresì, venne sottolineato come la RCP dovesse essere un insieme di azioni esclusivamente indirizzato al tentativo di correzione di un quadro clinico di morte improvvisa, e non al trattamento dell'evoluzione di una patologia al termine del suo percorso, in condizioni di non reversibilità. Il DNAR rappresenta pertanto uno strumento utile per evitare trattamenti medici "futili", che rischiano di non apportare reali benefici alla persona assistita. In passato, un trattamento veniva definito "futile" quando il suo impiego non apportava alcun beneficio, ovvero risultava essere sostanzialmente inefficace o inappropriato. Recentemente questa definizione è stata modificata: viene considerato "futile" un atto che non sia capace di ripristinare, mantenere e possibilmente migliorare la vita, e di cui la persona assistita può avere percezione.

In ragione di ciò, se un intervento è considerato inefficace, il professionista sanitario non ha obbligo etico nel proporlo o continuarlo. Tale assunto viene però a scontrarsi con la visione di medicina difensiva adottata da certuni professionisti, con l'inevitabile generarsi di conflitti e dilemmi etici molto complessi da affrontare e dipanare.

In Europa, al contrario, emerge una visione più orientata al privilegio dei principi di autonomia e autodeterminazione, in cui prevale il dovere di prendere decisioni assieme alla persona assistita, anche allo scopo di ottenere benefici per la società in senso più ampio.

I sanitari, di conseguenza, hanno un ruolo attivo nel processo decisionale, in tema di RCP e cure intensive. La questione delle DAT e del DNR è particolarmente spinosa giacché, soltanto di rado, un cittadino in apparente stato di benessere, pianifica le sue volontà in merito all'esistenza/evoluzione di una patologia. Appaiono tante, difatti, le persone che non intendono redigere disposizioni anticipate o discutere di RCP e dei correlati esiti, né con i sanitari e neppure con gli stessi famigliari, anche in ragione della com-presenza di differenti visioni circa la percezione di qualità della vita. Un percorso decisionale del genere diventa complesso in quanto vi sono diverse variabili che entrano in gioco (tempo, situazione clinica, valori etici personali e professionali). In questo momento di vita è necessario tenere in debito conto la visione antropologica di sé e dell'altro, l'utilizzo del dialogo come momento non necessariamente dialettico, bensì di ascolto reciproco e la possibilità di fare ricorso, nella relazione di cura, allo strumento deontologico della libertà di coscienza, da invocare nel caso in cui le posizioni morali divergano, così come previsto dal Codice di Deontologia delle Professioni Infermieristiche 2019.

IL PRINCIPIO DELLA FUTILITA'

Le due principali determinanti per evitare la futilità nelle azioni in medicina sono: la durata e la qualità della vita. Tendenzialmente, si può asseverare il fatto che un intervento che non può determinare aumento della durata o della qualità della vita è da ritenersi inutile. Nell'ampio concetto di rianimazione, una definizione qualitativa di futilità deve contemperare il fatto che, in caso di ROSC, in determinate condizioni patologiche, sia da considerare un relativamente basso livello di qualità della vita. I fattori chiave per un più ampio inquadramento sono: considerazioni sulla patologia di base ed eventuali co-morbilità, su quello che è lo stato di salute previsto dopo l'esecuzione delle manovre di RCP. Il termine futilità qualitativa implica la possibilità che vengano formulati giudizi di valore non dichiarati, così come può essere anche difforme la valutazione di qualità della vita così come considerata dal personale sanitario, rispetto a quella dei superstiti da ACC o dei loro famigliari. Un attento bilanciamento in senso prognostico, quanto a durata e qualità della vita influenzerà le considerazioni finali sull'appropriatezza delle manovre di RCP per quella persona.

La questione è molto articolata, proprio perché la valutazione finale è influenzata da considerazioni di carattere legale, culturale o personale. Valga a solo titolo di esempio il fatto che l'esito in sopravvivenza, di stato vegetativo persistente, sia valutato diversamente a seconda del contesto culturale di riferimento. Il principale dilemma nel prendere decisioni sulla futilità di un trattamento, si basa sulle possibilità di sopravvivenza della persona assistita. Quando il tasso di sopravvivenza è in previsione molto basso, la RCP non dovrebbe neppure essere proposta.

Il punto è dirimente: chi decide quali sono o meno gli obiettivi appropriati? Il responsabile dell'assistenza della persona (caregiver o proxy, spesso figura combaciante)? Egli stesso? La presentazione di una DAT? I famigliari? Un consenso di esperti sul campo? I valori espressi dalla persona assistita, dalle figure responsabili dell'assistenza e dal contesto societario, sono tutte variabili da considerare nella risposta a tali quesiti. Idealmente, la decisione su queste tematiche hard, patognomiche della cosiddetta "bioetica di frontiera", non dovrebbe mai essere presa "on the scene". La capacità predittiva di cui i medici dispongono, non è tale da ipotizzare l'esito dell'ACC e il pre-giudizio individuale può costituire motivo di preoccupazione. Il quadro decisionale sulla futilità può essere completato con l'ausilio di una metodologia di consenso sociale. Le persone assistite, o in particolar modo i loro famigliari, sovente chiedono ai sanitari, di praticare manovre, in quel caso inappropriate. Su questo terreno, si affrontano due schieramenti contrapposti, le truppe della Vita e della Morte, con l'ideazione ed il rapporto con queste che ciascuno ha stabilito.

In questi ultimi anni, i media hanno giustamente dato risalto a diversi casi emblematici. Tra i tanti, ricordiamo Englaro, Welby, Nuvoli, DJ Fabo, tutte situazioni clinicamente e giuridicamente differenti, ma sempre in traballante equilibrio sul confine tra la vita e la morte. Autorevole la visione del compianto filosofo Giovanni Reale: "Io capisco e rispetto ciò che dice Welby. Il suo è un caso particolare reso possibile dalla prepotenza scientifica e tecnologica, dal rapporto uomo-tecnica messo in luce da Heidegger e Severino. Qui il problema è: posso vivere io ostaggio di una macchina? Ha senso? Dio mi chiede questo? No, non ho dubbi: Dio non chiede questo".

Al di là delle specifiche circostanze cliniche deducibili, le manovre di RCP e le cure intensive, dovrebbero essere destinate a tutte le persone che le desiderano a meno che non vi siano segni di futilità qualitativa. La futilità qualitativa implica che la sopravvivenza non è prevista a seguito di RCP in circostanze specifiche. Una serie di studi significativi ha evidenziato diversi fattori che possono contribuire a formulare la prognosi della persona assistita dopo RCP: la patologia principale, la presenza di co-morbilità e l'impiego di farmaci. Le variabili sull'ACC includono l'evento arresto, il ritmo cardiaco all'esordio e i fattori contestuali quali il tempo per la RCP, la defibrillazione e la pratica di manovre di ACLS. Nessun fattore singolo, o la combinazione tra loro, come i punteggi di morbilità o l'arresto cardiaco improvviso soddisfano i criteri di futilità quantitativa. Difatti, una persona affetta da cancro e sue eventuali ripetizioni, potrebbe essere in fase di stabilità ed essere vittima di ACC.

Per le ragioni sin qui addotte, vi è la necessità di poter disporre di una metodologia di consenso che sia adiuvante nella presa di decisioni. Una serie di studi di ricerca ha dimostrato l'evidenza di un tasso di sopravvivenza del 10 per cento in dimissioni ospedaliere, per persone con tumore metastatico in ROSC dopo ACC. Tra costoro, il 4 per cento, è sopravvissuto per un anno. Non è però disponibile, in letteratura, una scala di valutazione o altro strumento di misurabilità, che disponga di una sensibilità tale da qualificarsi come strumento previsionale applicabile universalmente.

LA QUESTIONE GIURIDICA E DEONTOLOGICA

Allo scadere della XVII legislatura, il Parlamento della Repubblica Italiana, ha approvato la Legge 219/2017, detta Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Trascorsi oltre quarant'anni di accesi confronti, serrati dibattiti nella società civile e segnatamente, per ovvia ma innaturale surroga, nelle Aule di Tribunale, si è giunti a ottenere un buon testo che ha permesso di fare chiarezza su questioni di estrema delicatezza e complessità, pur lasciando dei punti in sospeso, certamente meritevoli di approfondimento.

Tra questi: l'identificazione del medico pressoché unico interlocutore con la persona assistita, il fiduciario (proxy) e i familiari.

La norma in questione ha certamente risolto un'annosa questione, seppur vi siano a quasi tre anni dall'emanazione della stessa ancora grandi carenze in termini di informazione. Parimenti, nel tentativo di risolvere il “nodo comunicazione” ha creato ulteriore empassa. Citando in più punti il medico, quale unico interlocutore della persona assistita, ha ingiustamente estromesso le altre figure professionali coinvolte quando invece, sarebbe stato opportuno, per avvalorare la logica della multidisciplinarietà, enfatizzare il ruolo degli altri professionisti sanitari, tra cui l'infermiere è figura di spicco, in special modo quando la percorrenza riguarda le ultime miglia della vita. E' di facile intuizione il ponte concettuale tra la discussione affrontata in questa sede, il dettato della L. 219/2017 e il Codice di Deontologia delle Professioni Infermieristiche 2019. L'art. 1 del predetto Codice, identificando l'infermiere quale “agente attivo” gli conferisce una forte connotazione di proattività, illuminando il percorso che deve/intende compiere. Anche l'art. 4 appare emblematico in questo senso e non necessita di ulteriore commento: “ Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono. Il tempo di relazione è tempo di cura”. E' nello scorrere delle lunghissime ore, tra le luci basse e i passi lievi delle corsie d'ospedale, nelle più tenui stanze di un'hospice, o nelle medicalizzate case che si alternano urlanti silenzi e dialoghi stentorei, con l'alternanza didascalica delle immagini della vita vissuta. E' particolarmente con i successivi art. 24 e 25 che la FNOPI ha voluto sostenere il proprio posizionamento etico sulle questioni di fine vita.

Art. 24 – Cura nel fine vita: L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Art. 25 – Limite di volontà agli interventi:

L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa.

Sostanzialmente, il percorso che conduce dalla riflessione etica alla sua concretizzazione diretta, può essere inteso come il gesto, parte del nostro cammino di vita, probabilmente la modalità più diretta per leggere introspektivamente il senso più profondo del vivere stesso. Il gesto assistenziale, per esemplificare, può coincidere con l'apposizione dell'ago di più profondo calibro, fatto che potrebbe a occhio nudo, apparire come esclusivamente tecnico. La persona assistita, invece, sprofondata nel terrore di non essere più, ha bisogno di rassicurazioni, dell'infusione anche di speranza, di ricevere i migliori sensi dell'etica dell'accompagnamento. Questo vuol dire essere capaci di edificare un ponte tra la riflessione teorica e la prassi procedurale e assistenziale.

IN CONCLUSIONE

Nel nostro Paese, fatte salve poche e lodevoli eccezioni, stenta a decollare completamente un percorso educativo e formativo compiuto sulle cure di fine vita. Il problema non è legato esclusivamente alla volontà/parere di medici, infermieri, altri professionisti sanitari o figure di supporto all'assistenza. In realtà, questa tematica, sempre fervente in alcuni momenti di pubblico dibattito, è spesso ridotta al rango di tabù. Il condizionamento, è non di rado figlio di una visione distorta offerta dai media e dalle modalità di comunicazione (sovente in forma di fake news) rinvenibili in rete, con il solo obiettivo di ottenere punti di share, like o condivisioni. Causa la complessità e delicatezza dell'argomento, non è semplice raggiungere un consenso unanime riguardo l'attivazione del DNAR. Appare pertanto evidente la necessità di prestare maggiore attenzione alle problematiche trattate. Per ottenere tutto ciò occorre:

- Adeguare livelli e stile di comunicazione tra equipe multidisciplinare, persona assistita e famiglia, per chiarire la volontà espressa dalla persona mentalmente competente. Il comma 8 dell'art. 1 della legge 219/2017 tratta - come già detto in precedenza - della comunicazione tra medico e paziente come tempo di cura. Certamente, sarebbe stato più utile estendere il concetto a tutta l'equipe assistenziale;

- Arricchire la formazione di medici, infermieri e altri operatori su queste tematiche, con moduli specifici, tanto nei percorsi di base che successivi;

- Raggiungere un consenso legale. La diversità di pratica nel culto, di valori, principi e credenze religiose, ha reso molto accidentato il percorso verso l'emanazione della norma. Al tempo, si reputa non più procrastinabile la diffusione maggiore e la corretta applicazione;

- Aumentare la fiducia tra equipe assistenziale e utenti del Sistema Sanitario Nazionale. I vari componenti l'equipe, nel loro specifico professionale, dovrebbero "educare" le persone, soprattutto nel tempo di fine vita, a conoscere ed esprimere i loro desideri in relazione a trattamenti rianimatori e cure intensive. A tal fine, bisogna garantire loro un supporto psicosociale che agevoli le varie discussioni e interventi;

- Incentivare la formazione etica: la conoscenza e confronto dei valori etici nella pratica clinica dovrebbe essere oggetto di discussione in aula, sin dalle prime fasi degli studi di medicina e delle professioni sanitarie. L'educazione, l'insegnamento e l'etica sono parte integrante dell'identità professionale, con l'ausilio di altri tasselli quali: comportamento corretto, onestà, trasparenza, chiarezza, integrità, collaborazione, responsabilità, servizio e cura verso gli altri, rispetto del codice deontologico, senso di giustizia, com-passione, altruismo, rispetto verso gli altri e autodisciplina;

Questi strumenti altro non sono che la bussola, il sestante, le mappe di navigazione, per affrontare il viaggio verso l'ora incerta.

L'Operatore Socio Sanitario: quale profilo di competenza e quali prospettive future

Dott. Pierpaolo Volpe - Presidente OPI Taranto

Dopo una lunga attesa è stata finalmente resa nota la bozza del DM71 che intende rivisitare gli attuali standard per l'assistenza di prossimità. Con il DM71 prende finalmente forma la missione 6 Salute del PNRR e nello specifico quella relativa alle reti di prossimità, alle strutture e alla telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Un significativo cambio di passo e la posa della prima pietra della sanità post covid.

In questo definitivo cambio di passo e di paradigma della sanità, ad essere investiti dal cambiamento saranno soprattutto le Professioni sanitarie e nello specifico le due figure che di più tutte si occupano, ognuno nell'ambito delle proprie competenze e prerogative di legge, della "presa in carico" della persona assistita e che sono rappresentate dall'Infermiere e dall'Operatore Socio Sanitario.

Nell'ottica di un sistema di rivisitazione della sanità deve essere inquadrata la nuova figura dell'OSS, che deve essere specificatamente regolata secondo le intese che verranno raggiunte a livello ministeriale tra il Ministero della Salute, la FNOPI e tutti gli stakeholders privati (associazioni e sindacati).

In questi mesi abbiamo osservato vari tentativi maldestri da parte di alcune regioni di trasferire competenze proprie della Professione infermieristica agli Operatori Socio Sanitari, senza apportare le doverose modifiche al quadro normativo nazionale e senza tener conto del percorso formativo.

L'OSS è oggi e lo sarà ancor di più domani, una figura cardine del percorso di cura in collaborazione con l'Infermiere e con tutte le Professioni sanitarie nell'ottica di una visione multidisciplinare del governo assistenziale.

Solo riconoscendo le giuste attribuzione all'Infermiere, che già il quadro normativo nazionale consente, può essere rivisitato il percorso formativo dell'OSS e quindi si decreterà l'effettiva "nascita" dell'OSS con formazione complementare anche nei vari sistemi organizzativi e nei vari CCNL.

L'accordo del 16 gennaio 2003 in Conferenza Stato Regioni deve essere oggetto di revisione, così come quello del 2001, nell'ottica di una revisione di sistema della sanità che deve tendere sempre di più ad una assistenza di qualità oltre che efficiente ed efficace.

Il DM71 è la sfida del momento e non possiamo permetterci di perdere tempo e soprattutto non possiamo permetterci di commettere errori: la maggior parte delle somme previste dal PNRR per la sanità sono prestati che con gli anni dovranno essere obbligatoriamente restituiti, mentre solo una piccola parte non è soggetta a restituzione.

L'attuale Profilo di competenza dell'OSS è proporzionato al percorso formativo e al titolo di studio previsto per l'accesso, ma questo non vuol dire che non è possibile rivedere sin da subito il percorso formativo "mettendo mani" all'accordo del 2011 e del 2013.

Il riconoscimento delle competenze specialistiche ed avanzate alla Professione infermieristica, parimenti riconosciute ai colleghi dagli altri paesi europei, è il naturale meccanismo che consentirà all'OSS con formazione complementare di avere specifiche competenze che oggi sono proprie dell'Infermiere, tutto nell'ottica della rivisitazione globale della sanità.

Non è più tollerabile avere ventuno modelli organizzativi del SSN dove in alcune regioni all'OSS è consentito svolgere alcune mansioni, mentre in altre tali mansioni sono ritenute proprie della Professione infermieristica. Una sanità a diverse velocità dove regna il caos.

Sarà compito del tavolo permanente tra Ministero della Salute, la FNOPI e tutti gli stakeholders privati dirimere la matassa nell'ottica di ottimizzazione delle risorse ove la figura dell'OSS con formazione complementare sembrerebbe già essere stata superata dalla nascente figura del nurse assistant.



VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI

Dott.ssa Monica Cardellicchio - Segretaria Commissione D'Albo OPI Taranto

La vera svolta per la figura infermieristica è legata all'intervento di Florence Nightingale (1820-1910), nobildonna inglese dalla forte vocazione religiosa, la prima alla quale sia possibile attribuire propriamente il titolo di "infermiera". Florence Nightingale offrì il suo principale contributo alla professionalizzazione dell'assistenza infermieristica nell'ambito della formazione. Con l'obiettivo di innalzare lo status sociale delle infermiere, intuì fondamentale la capacità di dirigere e insegnare ad altre.

Prendersi cura delle persone, delle loro debolezze e delle loro fragilità, non è più un mestiere, un impiego, un lavoro retribuito, bensì un compito, che richiede una devozione disinteressata e viscerale ed un grande rispetto della vita. Fondamentali in questo percorso di formazione sono la forza dell'ascolto attivo e i modelli comportamentali. Accade però che molto spesso, si ascoltano in tv notizie di infermieri che vengono aggrediti nel loro posto di lavoro durante le ore di servizio. Gli stessi infermieri che fino a poco tempo fa venivano considerati "eroi o angeli della SARS COV- 2. Recentemente all'accettazione del pronto soccorso dell'ospedale SS. Annunziata di Taranto si è verificata una forma di aggressione nei confronti di un infermiere. Il familiare di una paziente, infatti, ha rivolto grida, parolacce, offese personali e pesanti minacce ad un infermiere di turno al Pronto Soccorso.

L'intervento di una guardia giurata ha fermato la violenta aggressione verbale, ma l'operatore sanitario ha dovuto ricorrere alle cure dello stesso Pronto Soccorso. Ha avuto una prognosi di tre giorni per crisi ipertensiva reattiva e tachicardia. Gli operatori sanitari subiscono aggressioni, minacce e molestie sul luogo di lavoro in misura sempre maggiore. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), definisce la violenza sul posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro".

Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo . Il fenomeno è molto diffuso e non riconosce significative differenze di genere o di ruolo, anche se, tra tutti gli operatori sanitari, gli infermieri sembrano quelli maggiormente esposti perché a diretto contatto con il paziente e perché devono gestire rapporti caratterizzati da una forte emotività con soggetti che si trovano in uno stato di frustrazione, vulnerabilità e perdita di controllo. Pur rappresentando un fenomeno in forte crescita, le aggressioni sono raramente segnalate; questo atteggiamento, molto probabilmente, è influenzato dal ruolo sociale e da fattori culturali. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono degli eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di prevenzione e di protezione. Il fenomeno desta tanta più attenzione se si considerano le conseguenze che da esso derivano; shock, incredulità, senso di colpa, aumento dei livelli di stress; sono solo alcuni degli effetti che ciascun episodio può avere su ogni operatore coinvolto. Questo, oltre ad avere un impatto negativo sui costi della sanità pubblica e sull'efficienza organizzativa, interferisce con l'erogazione di cure di qualità. Gli atti di violenza non sono degli eventi inevitabili, anzi è possibile, oltre che doveroso, prevederli e prevenirli.

La formazione del personale, accompagnata a misure di sicurezza organizzative ed ambientali, contribuisce alla prevenzione e riduzione degli eventi aggressivi in maniera significativa, oltre che alla creazione di una cultura del lavoro in cui le persone sono trattate con rispetto da colleghi e superiori e dove il lavoro è riconosciuto come un bene supremo. La corretta azione gestionale da parte delle direzioni sanitarie, la formazione del personale, lo studio del fenomeno e la modifica dell'ambiente sono gli elementi principali su cui intervenire per far sì che i comportamenti e gli ambienti dove vengono erogate le prestazioni di cura e di assistenza siano il più possibile idonei sia per gli utenti che per gli operatori a garanzia della loro sicurezza. Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari diviene quindi uno degli obiettivi principali al fine di favorire l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e consentire l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare

e gestire tali eventi quando accadono. Nel novembre 2007, il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione n.8, al fine di prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, attraverso l'implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli stessi . Secondo l' articolo 28 del D.Lgs 81/08, ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza, le cui finalità sono di diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, fisica o verbale, nei servizi sanitari e assicurarsi che operatori, pazienti e visitatori siano a conoscenza di tale politica, incoraggiando, così , il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire misure per ridurre o eliminare i rischi, facilitando il coordinamento con le forze di polizia o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le migliori strategie. Purtroppo negli ultimi dieci anni i comportamenti aggressivi verso infermieri e personale sanitario sono notevolmente aumentati e i servizi socio-sanitari che devono rispondere per contenerli e trattarli, si trovano impreparati ad affrontarli in maniera appropriata, soprattutto per l'inadeguatezza delle strutture e dei mezzi a disposizione. Secondo la letteratura internazionale, gli atteggiamenti aggressivi avrebbero un effetto indiretto sulla qualità delle cure prestate, in quanto gli operatori tendono a dedicare meno tempo ai pazienti aggressivi o lo fanno comunque meno volentieri. La formazione professionale è considerata dagli operatori sanitari la strategia più utile per aumentare le proprie competenze, infatti, può migliorare le reazioni degli infermieri agli episodi aggressivi, fornendo tecniche di prevenzione, di autodifesa e strumenti per evitare le provocazioni dei pazienti evitando l'innescarsi del ciclo dell'escalation dell'aggressività . Come cita Florence Nightingale "L'infermieristica , non è semplicemente tecnica, ma un sapere che coinvolge anima, mente e immaginazione", è un sapere che ha bisogno di un metodo, di una forma mentis che permetta al professionista di porre in relazione l'insieme di conoscenze astratte con la finalità pratica (la soddisfazione dei bisogni dell'utente) e quindi con la risoluzione dei problemi. Affinchè tutto ciò possa essere realizzato occorre, però, mettere in sicurezza l' infermiere sul proprio posto di lavoro. Solo così, l' infermiere potrà promuovere il benessere, prevenire la malattia e ripristinare la salute nell' individuo, nella famiglia e nella comunità.

SINDROME DA BURNOUT IN R.S.A.: STUDIO E PIANIFICAZIONE DI INTERVENTI PREVENTIVI E RISOLUTIVI

Dott.ssa Monica Cardellicchio

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Esperta Wound Care
Professoressa a contratto di Discipline Infermieristiche - Università degli Studi di Bari

Dott. Riccardo Colizzi

Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

ABSTRACT

La sindrome da burnout (BOS) è una problematica sempre più comune tra gli operatori sanitari a causa della modernizzazione delle organizzazioni e degli strumenti lavorativi.

L'obiettivo di questo studio è rilevare la presenza della sindrome da burnout tra gli operatori sanitari dell'R.S.A. del territorio tarantino presa in esame. Le domande di ricerca sono: Tra gli operatori sanitari dell'R.S.A. in esame è presente il burnout? Se sì, come sono ripartiti gli operatori sanitari tra i gradi di burnout?

Per rispondere al quesito di ricerca è stato somministrato agli operatori sanitari il Maslach Burnout Inventory. Si è scoperto che quasi la metà degli operatori sanitari coinvolti nello studio soffre di un grado alto di burnout e la restante parte è ripartita tra i gradi medio/alto, medio e basso.

È stato formulato un progetto di applicazione di interventi preventivi e risolutivi per il burnout da applicare nell'R.S.A. presa in esame.

INTRODUZIONE

Il termine burnout, che in italiano possiamo tradurre come "bruciato", "esaurito", comparve per la prima volta negli anni '30 in ambito sportivo. Indicava l'incapacità dell'atleta dopo i primi successi ad ottenerne altri, quest'ultimo pareva infatti come "svuotato", incapace di rispondere adeguatamente alle competizioni.

Successivamente nel 1974, con la pubblicazione "Staff burnout" dello psichiatra Herbert Freudenberger, il termine venne riproposto.

Egli lo definì come il fallire, il logorarsi, l'esaurirsi a causa di un'eccessiva richiesta di energia e risorse. Questo concetto venne ripreso dalla sociopsicologa americana Christina Maslach, con la quale si iniziò a parlare di "Sindrome del burnout". La Maslach, in particolare, osservò che gli operatori che svolgevano professioni ad elevata implicazione relazionale dopo mesi o anni di generoso impegno iniziavano a manifestare una sorta di apatia, indifferenza, risultando spesso nervosi, irrequieti e cinici nei confronti del lavoro. Da qui il termine iniziò a essere rivolto prevalentemente ad una specifica tipologia di lavoratori: i professionisti dell'aiuto (helping professions).

Nel 2019 il Burnout viene riconosciuto come sindrome dall'Organizzazione mondiale della Sanità ed inserito nell'undicesima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11), definendolo come "una sindrome concettualizzata come risultante dallo stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo". La Sindrome da Burnout (BOS) comprende tre aspetti:

- esaurimento emotivo: il soggetto non ha le energie necessarie per affrontare la realtà quotidiana; e apatico, si sente svuotato e sfinito; non ha più nulla da dare e diventa irritabile;
- la depersonalizzazione: la persona manifesta un comportamento distaccato dal lavoro con atteggiamento di fastidio, freddezza, cinismo e rabbia; risponde evasivamente alle richieste di aiuto e tende a sottrarsi al coinvolgimento, minimizzando anche i problemi del paziente;
- ridotta realizzazione personale: ci si riferisce al fallimento personale che il soggetto vive perché percepisce la propria inadeguatezza al lavoro per la consapevolezza del disinteresse e dell'intolleranza verso la sofferenza altrui, vive un senso di colpa per il modo impersonale, distaccato e poco umano con cui si relaziona con le persone.

Quando si investono le proprie fatiche in una determinata attività, si desidera una ricompensa in termini economici o di riconoscimento per il lavoro svolto o di possibilità di sviluppo professionale.

Se ciò non avviene la persona si sente frustrata e insoddisfatta e rischia di scivolare verso il burnout.

FASI DELLA BOS - Edelwich e Brodsky (1980) hanno diviso il percorso verso il burnout in 4 fasi:

- **Entusiasmo:** il proprio lavoro è affascinante e si vede solo il lato positivo della professione trascurandone le difficoltà. Gli obiettivi oltrepassano le risorse e il lavoro è vissuto come una missione.

- **Stagnazione:** ci si accorge che i risultati del proprio lavoro sono incerti e difficili da cogliere; all'entusiasmo iniziale subentrano noia e preoccupazione per la propria carriera. Il lavoro non è più stimolante. Si limitano i contatti con i colleghi e ci si chiude sempre di più.

- **Frustrazione:** è il momento della perdita totale della motivazione e della creatività. Compaiono disturbi fisici. Il professionista sperimenta degli insuccessi e un senso di impotenza, di inutilità e di vuoto; egli manifesta aggressività e cinismo. I propri ideali hanno poco a che vedere con i bisogni di coloro a cui è rivolto il servizio.

- **Apatia e disperazione:** si realizza il distacco emotivo e affettivo dalla propria professione. Non c'è più il desiderio di aiutare gli altri, il lavoratore è frustrato e infelice e la delusione è totale anche nella vita privata. La disperazione per mancanza di alternative professionali e il senso di inutilità della vita inducono ad intenti suicidi.

In questo periodo storico la Sindrome da Burnout è stata caratterizzata da un contesto che ha influito negativamente nel proprio sviluppo. Infatti, la pandemia e l'emergenza sanitaria che stanno caratterizzando questo periodo storico hanno messo ancor di più in luce i disagi organizzativi presenti nelle varie realtà lavorative, la scarsità di risorse umane e strumentali, ed anche il tempo ha influito negativamente, perché il problema non si è concretizzato per breve tempo ma continua a perdurare. Tutto ciò non ha fatto altro che aumentare la stanchezza fisica e psicologica degli operatori sanitari, aumentando il rischio di sviluppo della sindrome da burnout.

STUDIO IN R.S.A.

La maggior parte degli studi sul burnout utilizza la scala di Maslach, il Maslach Burnout Inventory (Maslach e Jackson, 1981), che riprende i tre costrutti principali: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione professionale. Il Maslach Burnout Inventory (MBI) è un questionario self-report, sviluppato per misurare il burnout come una specifica tipologia di reazione allo stress per le professioni d'aiuto. MBI è composto da 22 items che misurano le tre dimensioni indipendentemente.

La frequenza con cui il soggetto sottoposto al testo prova le sensazioni relative a ciascun item è indicata usando una modalità di risposta a 7 punti, i cui estremi sono definiti da "0 = mai e 6 = tutti i giorni" vengono poi interpretati i dati analizzando i risultati derivanti dalle risposte date dalle persone sottoposte allo studio, valutando così il grado di Burnout.

Secondo Violante, una condizione di Burnout si ha quando i punteggi delle due sottoscale dell'esaurimento emotivo e della depersonalizzazione risultano elevati, o quando la sottoscala della realizzazione personale mostra valori bassi.

I criteri di cut-off definiti da Violante sono:

Un alto livello di Burnout se i punteggi delle diverse sottoscale di esaurimento emotivo e depersonalizzazione (primi 14 items) sono alti (sopra a 24 per l'esaurimento emotivo e sopra a 9 per la depersonalizzazione); mentre la sottoscala della realizzazione personale (ultimi 8 items) risulta avere punteggi bassi (inferiori a 29).

Un medio livello di Burnout se i punteggi delle tre sottoscale risultano essere medi (tra 15 e 23 per l'esaurimento emotivo, tra 4 e 8 per la depersonalizzazione e tra 30 e 36 per la realizzazione personale).

Un basso livello di Burnout se le prime due sottoscale mostrano punteggi bassi e la terza punteggi alti (inferiore a 14 per l'esaurimento emotivo, inferiore a 3 per la depersonalizzazione e superiore a 37 per la realizzazione personale).

PARTECIPANTI

È stato somministrato il MBI a tutti gli operatori sanitari dell'R.S.A. del territorio tarantino presa in esame. In tutto gli operatori sanitari sono 46: 18 infermieri e 28 OSS. Di questi 46 operatori, 31 sono di sesso femminile e 15 di sesso maschile e l'età del campione esaminato è compresa tra i 23 e i 63 anni (età media: 45,8 arrotondando ad una cifra decimale).

RISULTATI

Dei 46 candidati esaminati, 6 appartengono al grado "basso", 5 al grado "medio" e 22 al grado "alto". A questi tre gradi è stato aggiunto un quarto grado, definito "medio/alto" e a cui appartengono 13 candidati,

caratterizzato dal rispetto di due requisiti su tre per l'appartenenza al grado "alto". Questi dati ci permettono di capire che il Burnout è una problematica presente che coinvolge gran parte degli operatori sanitari dell'R.S.A. presa in esame.

PROGETTO

È stato ipotizzato un progetto di applicazione di interventi per fronteggiare questa problematica.

OBIETTIVI

Gli obiettivi principali di questo progetto di applicazione di interventi preventivi e risolutivi per il burnout sono:

- Migliorare la conoscenza, tra gli operatori sanitari, riguardo il burnout e come questo si manifesta;
- Educare gli operatori sanitari ad uno stile di vita sano e libero dallo stress;
- Educare gli operatori sanitari a parlare delle problematiche personali e lavorative;
- Invogliare gli organi direttivi a migliorare l'organizzazione strutturale e funzionale del lavoro;
- Ridurre il livello di stress tra gli operatori sanitari;
- Realizzare un protocollo aziendale per l'individuazione e gestione del personale a rischio di burnout e l'attivazione di percorsi personalizzati per il personale affetto da burnout;
- Migliorare la qualità assistenziale percepita dall'utenza.

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi dall'applicazione di progetto, successivamente all'individuazione di indicatori di valutazione, sono di riscontrare un miglioramento delle condizioni psico-fisiche degli operatori sanitari coinvolti. Possibili indicatori di valutazione per la "situazione burnout" degli operatori sanitari possono essere:

- Migliore conoscenza del burnout;
- Miglioramento del tono dell'umore degli operatori sanitari;
- Miglioramento delle condizioni psico-fisiche degli operatori sanitari;
- Miglioramento della qualità assistenziale percepita dall'utenza;
- Miglioramento dell'organizzazione aziendale;

MATERIALE E METODI

Il progetto di applicazione di interventi preventivi e risolutivi per il burnout sarà indirizzato ai 46 operatori sanitari dell'R.S.A. coinvolti nello studio. Eventualmente può essere allargato agli operatori sanitari neoassunti.

AZIONI

Il progetto è basato su due fasi distinte:

- La prima fase caratterizzata da un corso sulla BOS articolato in 9 lezioni in cui verrà trattata la storia del burnout, principali teorie, segni e sintomi del burnout, scale di valutazione, interventi per la BOS;
- La seconda fase caratterizzata dall'educazione del personale con una serie di esercizi e indicazioni tra cui:

1) *Esercizi didattici mirati*: come forma di prevenzione, l'equipe può eseguire esercizi didattici centrati su argomenti specifici, nell'ambito dei quali lo specialista interno può trasmettere nuove conoscenze e nuove tecniche finalizzate a ridurre lo stress professionale (in particolare la componente relativa all'utenza).

2) *Gruppo per la soluzione dei problemi (gruppo staff)*: al bisogno, lo staff si riunisce in gruppo e affronta i problemi sorti tra gli operatori. Le riunioni riservate allo staff sono una sorta di "terapia" per gli operatori, che hanno modo di chiarirsi utilizzando momenti e spazi predefiniti. Il gruppo può essere condotto dal Direttore Sanitario e/o dallo Psicologo di struttura ma, secondo Mosher e Burti, sarebbe preferibile un supervisore esterno. Questi incontri devono essere programmati per rispondere ai problemi via via che si presentano.

3) *Discussione dei casi problematici*: regolarmente l'equipe si riunisce per discutere i casi difficili e complessi. L'incontro deve essere centrato sui problemi clinici (dei singoli utenti o di gruppi di utenti) e deve sostenere le posizioni individuali degli operatori, con le loro divergenze, senza perdere di vista l'obiettivo di far emergere alla fine un consenso di gruppo. Scopo principale degli incontri è di sviluppare approcci individualizzati ai problemi particolari di ogni utente ("programmazione terapeutica"). A seconda della tipologia dell'utenza, quando operatori e utenti concordano sull'utilità di ascoltare il punto di vista degli utenti stessi, questi ultimi possono essere invitati a partecipare alla riunione.

4) *Apprendimento di nuove tecniche: l'apprendimento di nuove tecniche educative può avvenire in occasione di esercizi didattici mirati, in supervisione o durante le discussioni dei casi problematici. L'importante è che gli operatori mettano in pratica le nuove tecniche all'interno di gruppi di colleghi da cui si sentono appoggiati.*

Gli interventi maggiormente utilizzati, individuati in letteratura, e focalizzati sull'individuo includono laboratori di auto-cura, capacità di gestione dello stress e formazione sulle abilità di comunicazione.

Sono stati segnalati altri interventi come lo yoga, massaggi, consapevolezza e meditazione.

Gli interventi strutturali o organizzativi includevano il carico di lavoro o la rotazione del programma, programma di formazione per la gestione dello stress, lavoro d'equipe, formazione Balint, sessioni di debriefing e un focus group. È importante modificare anche il processo di assunzione del personale facendo sì che già all'atto dell'assunzione si intervenga andando ad individuare possibili operatori potenzialmente a rischio di sviluppare burnout.

5) *Feste: le feste sono un altro modo per assicurare la coesione, la fiducia e il rispetto reciproco all'interno dell'equipe. Le feste devono aver luogo al di fuori del setting professionale. Mosher e Burti raccomandano almeno due o tre feste serali all'anno.*

6) *Amicizie: i rapporti di amicizia tra operatori al di fuori del setting rappresentano un altro metodo di prevenzione del burnout. I direttori devono considerare tali amicizie qualcosa di apprezzabile, ma che sostanzialmente non li riguarda.*

7) *“Tre cose buone”:* questo esercizio offre l'opportunità di aumentare le emozioni positive e alleviare il burnout, attraverso la cura di sé. L'invio di promemoria automatici ogni giorno nei messaggi sarebbe incoraggiante. In alternativa, i manager potrebbero richiedere agli infermieri di condividere esperienze positive durante la settimana nella riunione del team, o iniziare una riunione con la domanda "quali sono le cose buone che abbiamo condiviso di recente?" Questo potrebbe diventare una parte regolare della riunione.

Tali misure porterebbero pensieri ed emozioni positive all'attenzione sia dei dirigenti che degli infermieri. È anche utile per gli operatori aumentare la consapevolezza dell'importanza della cura di sé per ottenere una migliore salute mentale, incorporare l'esercizio di

registrare tre cose buone nella vita di tutti i giorni e trasformarlo in abitudine. Questo intervento combinato con un'adeguata sorveglianza e incoraggiamento è raccomandato per ridurre il burnout degli operatori sanitari e creare un ambiente di lavoro positivo.

Considerando la situazione sanitaria attuale e le misure per prevenire le modalità di contagio, è possibile utilizzare, per colloqui, riunioni programmate, educazione del personale e per il corso sul burnout, strumenti per la didattica a distanza come Microsoft Teams. Sulla base delle azioni proposte si è formulato un diagramma di Gantt al fine di ottenere una stima temporale dettagliata per la realizzazione del progetto.

ATTIVITÀ	MESI															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Organizzazione corso burnout	■															
Esecuzione corso burnout		■	■													
Educazione operatori san.				■												
Monitoraggio				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Somministrazione MBI				■			■			■			■		■	
Somministrazione questionario all'utenza				■		■		■		■		■		■		
Riorganizzazione strutturale e funzionale				■	■	■										
Analisi dati																■

RISORSE NECESSARIE

Per la realizzazione del progetto di ricerca sono state individuate queste risorse:

- Risorse umane:

- N.1 Psicologo (per monitoraggio e colloqui)
- N.1 Psicologo del lavoro e delle organizzazioni (per il corso sulla BOS)
- N.1 Grafico per la creazione di opuscoli informativi

- Risorse logistico tecnologiche:

- N.1 Computer
- N.1 Proiettore (per il corso).

MONITORAGGIO

Il monitoraggio verrà effettuato per tutta la durata del progetto attraverso colloqui personali e di gruppo eseguiti con cadenza prefissata (almeno 2 volte al mese).

A questo verrà aggiunto un ulteriore monitoraggio dato dalla somministrazione del Maslach Burnout Inventory a cadenza trimestrale per valutare l'andamento della condizione psicologica degli operatori sanitari.

Con cadenza bimestrale verrà somministrato all'utenza un questionario di gradimento per valutare la qualità dell'assistenza erogata dagli operatori sanitari.

Da parte dello Psicologo verrà eseguito un report periodico per valutare l'andamento delle condizioni psicologiche degli operatori coinvolti nel progetto.

Al termine del progetto, ovvero dopo 16 mesi, si valuterà l'efficacia degli interventi adottati, attraverso l'analisi dei dati ottenuti dalla somministrazione degli MBI agli operatori coinvolti e dai report stilati dallo Psicologo.

CONCLUSIONI

Da ciò che è emerso dallo studio condotto si può affermare che la *Sindrome da Burnout* è una problematica reale all'interno dell'R.S.A. presa in esame. I soggetti affetti da questo disturbo andrebbero tutelati con l'applicazione delle misure più idonee per evitare il progredire della situazione, così come andrebbero tutelati anche i soggetti non affetti garantendo un luogo di lavoro sano. Il burnout è una problematica che però non coinvolge solo l'operatore sanitario, ma che si riflette anche sull'utenza che risulta essere vittima di una qualità assistenziale non adeguata. Per questo l'applicazione di misure preventive e risolutive è fondamentale per garantire all'utenza la miglior qualità assistenziale, facendo sì che il ricovero non risulti essere un'esperienza da dimenticare ma un viaggio verso la guarigione in un ambiente sano.

Alla luce di quanto detto risulta fondamentale inserire, all'interno dell'organizzazione aziendale, un "progetto burnout" che possa garantire all'operatore sanitario affetto da burnout di risolvere la propria situazione, e all'operatore non affetto di poterla evitare.

Tutto questo è possibile con un'adeguata selezione del personale, andando ad individuare già all'atto dell'assunzione gli operatori potenzialmente a rischio, attraverso un'adeguata formazione del personale, attraverso l'adozione delle misure più idonee e attraverso un adeguato monitoraggio.

BIBLIOGRAFIA

- Anchisi, R., Gambotto Dessy, M. (2000). *Principi di comunicazione non conflittuale e prevenzione dello stress e del burnout* (p. 67-90). McGraw-hill.
- Barwinske, S., Heinrich, S., Mauritz, V. (2009). *Das Ginkgo-Prinzip. Mauritz & grewe.*
- Bernstein G.S., Halaszyn J.A., *lo operatore sociale, Come vincere il burn-out e rendere gratificante il mio lavoro*, Erikson, Trento, 1993, p.119.
- Burti L., Mosher L.R., *Psichiatria territoriale. Principi e pratica*, Feltrinelli editore, Milano, 1991, pp. 9-235.
- Brooks S et al. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet* 2020; 395: 912–20
- *Classificazione internazionale delle malattie, 10a Ed. (ICD-10).* [https://icd.codes/icd10cm/Z730#:~:text=Disorders%2C%20Version%205\)-,Z73.,to%20specify%20a%20medical%20diagnosis](https://icd.codes/icd10cm/Z730#:~:text=Disorders%2C%20Version%205)-,Z73.,to%20specify%20a%20medical%20diagnosis).
- *Classificazione internazionale delle malattie, 11a Ed. (ICD-11).* <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/12918028>
- *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, FNOPI, 2019.*
- Del Rio, G. (1990). *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burnout.* Carocci.
- Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*, New York: Prentice Hall Press.
- Edelwich J, Brodsky A. *Burn-Out - Stages of Disillusionment in the Helping Professions.* New York: Human Sciences Press; 1980.
- Freudenberg, HJ. (1974). *Staff burnout. Journal of social Issues* 30 (p. 159-165).
- Golkar, A., Johansson, E., Kasahara, M., Osika, W., Perski, A., Savic, I. (2014). *The Influence of Work-related chronic stress on the regulation of emotion and on functional connectivity in the brain. Plos One*, 9(9).

- Gómez-Urquiza JL, et al Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit Care Nurse*. 2017;37:e1-9

- Grassi L, Magnani K. Psychiatric Morbidity and Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians. *Psychother Psychosom* 2000;69:329-334

- Lai J et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 *JAMA NetworkOpen*.2020;3(3):e203976.doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

- Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):233-240. doi:10.1177/

- Mache S, Vitzthum K, Klapp BF, et al. Stress, health and satisfaction of Australian and German doctors--a comparative study. *World Hosp Health Serv* 2012;48:21-7

- Maslach, C., Jackson, S. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual* 5 (p. 133-153).

- Novelli, B. (2000). Il problema del burnout: criteri di valutazione e percorsi di intervento. *Relazione Ospedale Bufalini Cesena*.

- Øyane NMF et al. Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses. *Tranah G, editor. PLoS One* 2013;8:e70228.

- Ruiu, F., Rassu, S., Uras, S., Poddighe, P., Sechi, G. (1995). Valutazione mediante Minnesota Multifasic Inventory (MMPI) delle condizioni predisponenti alla sindrome di burnout nel personale sanitario del servizio di pronto soccorso e medicina d'urgenza. *Il Congresso Nazionale FIMUPS*. Napoli

- Sebastiano, A. (2014). *Management per le professioni sanitarie*. Editoriale al corso residenziale 21-22 maggio 2014, Bologna. Maggioli.

- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature* (p. 132-135).

- Sirigatti, S., Stefanile, C. (1993). *Maslach Burnout Inventory in Italia alla luce dell'analisi fattoriale confirmatoria*. Organizzazioni Speciali.

- Tinti T., *Cause e strategie di prevenzione della "sindrome di burn-out". L'esperienza in due comunità terapeutiche, in "Pdf corso di formazione con valenza regionale finalizzato al riconoscimento di professionalità nel ruolo di educatore", 1999-2000, p. 21.*

- Violante S., Benso P.G., Gerbaudo L., Violante B., (2009) *Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, Burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari*, *Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Vol 31, No1.

- Von Känel, R. (2017). *Meglio informati sul burnout - sindrome da esaurimento professionale, Guida per i pazienti. Quelli con l'arcobaleno*. Mepha Pharma.

- Yuan-hui Luo,, Hui Li, Virginia Plummer,, Wendy M. Cross, Louisa Lam,, Yu-fang Guo, Yi-zhen Yin, Jing-ping Zhang. *An evaluation of a positive psychological intervention to reduce burnout among nurses*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2019; 33: 186-191.

- Zani, B., Pietrantonio, L. (2000). *Antecedenti e conseguenti del burnout nel personale ospedaliero*. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 231 (p. 35-43).

- Zhang Xj, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi Ty. *Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: an overview of systematic reviews and meta-analyses*. *Medicine* 2020;99:26(e20992).



ANALISI LEAN DEL PROCESSO OPERATIVO PER LA DIAGNOSI DI D.S.A. NELL'U.O.C. DI NPIA DI GINOSA (ASL TARANTO)

*Autori: Dott. Cosimo Della Pietà,
Dott.ssa Arianna Buongallino;
Dott.ssa Viviana Gariuolo.*

ABSTRACT

I DSA (disturbi specifici dell'apprendimento) costituiscono un bisogno sanitario emergente e la maggiore percentuale di accesso alle U.O.C di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Per tale motivo si è deciso di condurre un'analisi del processo operativo per la diagnosi di DSA nell'U.O.C. di NPIA di Ginosa (ASL Taranto) tramite un approccio Lean al problem solving, partendo dalla realizzazione dell'A3 report (riportato successivamente).

L'analisi della situazione attuale condotta mediante Flow Chart, VSM e Spaghetti Chart e l'identificazione delle cause alla radice del problema mediante diagramma di Ishikawa, hanno messo in evidenza come la mancanza di un percorso standardizzato e condiviso, l'utilizzazione errata delle risorse umane e strutturali e la compilazione parallela della cartella clinica cartacea e digitale determinino una dilatazione del tempo del processo diagnostico dei DSA, con conseguente ritardo di interventi rispetto al bisogno e ripercussioni emotive-psico-sociali riflettendo, in tal modo, una riduzione della qualità delle performance assistenziali.

INTRODUZIONE

Secondo la letteratura più recente, i DSA sono disturbi specifici e persistenti nella lettura, nella scrittura e/o nel calcolo che determinano conseguenze importanti sulla vita dei bambini: la carriera scolastica è costellata di fallimenti, i ragazzi sono ripetutamente bocciati e spesso interrompono gli studi al termine della scuola dell'obbligo, con importanti ripercussioni emotive-psico-sociali. Il monitoraggio ha messo in evidenza il numero crescente di primi accessi per sospetto DSA e di diagnosi di DSA, crescita dovuta ad una maggiore informazione/formazione degli insegnanti che, più di tutti, consigliano alle famiglie di fare approfondimenti diagnostici.

In particolare, alla sede della U.O.C. NPIA di Ginosa (ASL Taranto), che raccoglie le richieste di valutazione dei minori residenti nei comuni appartenenti al DSS TA 01 – GINOSA (Ginosa, Castellaneta, Laterza, Palagianello) e al DSS TA 02 – MASSAFRA (Massafra, Mottola, Palagiano, Statte) sono pervenute nell'anno 2018 109 richieste di visita per sospetto DSA, mentre nell'anno 2019 125 richieste, con un incremento di circa il 13%. Tuttavia si riscontra discrepanza tra il numero delle richieste di intervento e le risorse umane esistenti, con difficoltà a dare risposte quantitativamente soddisfacenti alle famiglie, lunghi tempi di attesa e ritardo di interventi rispetto al bisogno.

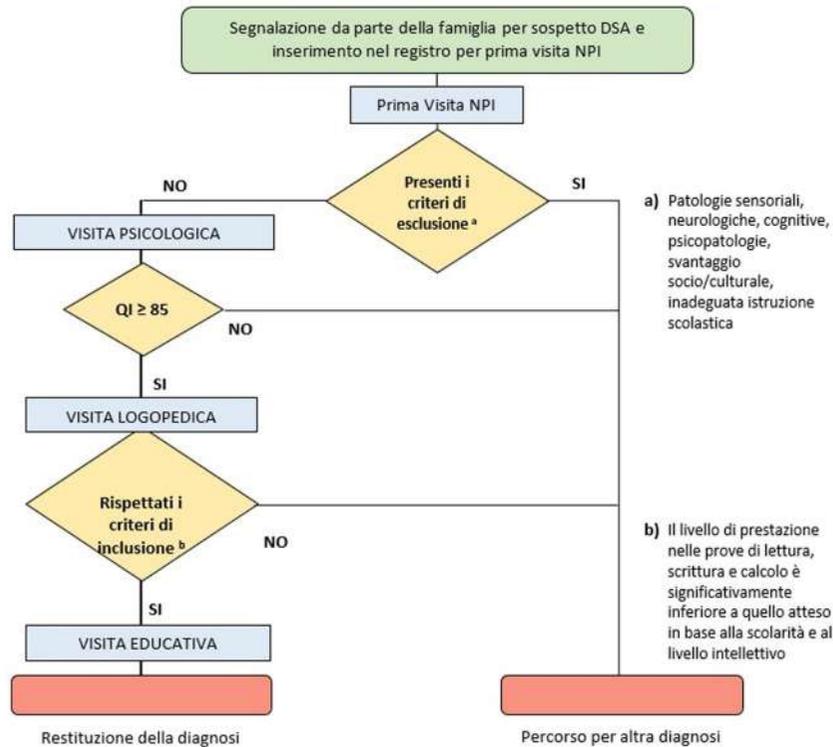
MATERIALI E METODI

Il progetto realizzato ha previsto l'analisi del processo operativo per la diagnosi di DSA nell'U.O.C. di NPIA di Ginosa (ASL Taranto) condotta soffermandosi sul percorso diagnostico del paziente con sospetto DSA, dall'entrata in struttura alla restituzione della diagnosi, tralasciando il tempo di attesa che intercorre dalla segnalazione da parte della famiglia alla prima visita in struttura (in media 147 giorni) poiché fortemente influenzato dal numero e dalla tipologia delle richieste di visita che giungono al servizio (es. la valutazione delle urgenze psichiatriche è prioritaria rispetto alla valutazione dei DSA). Dal punto di vista metodologico, l'analisi organizzativa dell'U.O. C. oggetto di studio si è svolta in tre fasi:

- 1. La prima fase ha previsto la creazione di una Flow Chart per comprendere la sequenzialità del processo diagnostico dei pazienti con DSA presso la NPIA di Ginosa, che avviene nel rispetto delle Linee Guida sui DSA;*
- 2. La seconda fase ha previsto l'utilizzo della Value Stream Map (VSM) per evidenziare il flusso di persone, informazioni e materiali, identificare i tempi di azione e individuare gli sprechi e i punti di miglioramento;*
- 3. La terza fase ha previsto lo studio della Spaghetti Chart della struttura per individuare locali inutilizzati da riassegnare.*

1. FLOW CHART

La presa in carico dei DSA è di tipo multidisciplinare al fine di esaminare i criteri di esclusione e di inclusione necessari per fare diagnosi. A tal proposito, è stato necessario suddividere in fasi il processo diagnostico della NPIA di Ginosa mediante l'aiuto della seguente flow chart.



2. VSM CORRENTE

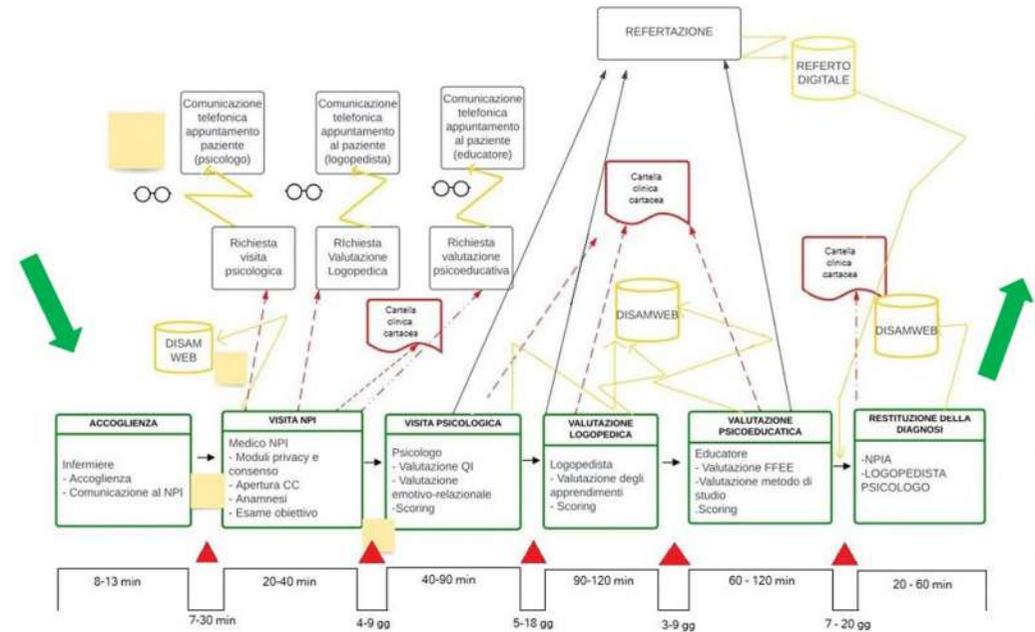
La raccolta dati per la realizzazione del progetto è stata condotta predisponendo un foglio di raccolta dati e prendendo in considerazione il periodo di tempo tra il 13 giugno 2022 e il 24 giugno 2022.

La flow chart illustrata precedentemente ha permesso di suddividere il processo diagnostico nelle sue fasi, analizzate successivamente mediante VSM:

- Accoglienza del paziente
- Visita NPI
- Visita psicologica
- Visita logopedica
- Visita educativa
- Restituzione della diagnosi

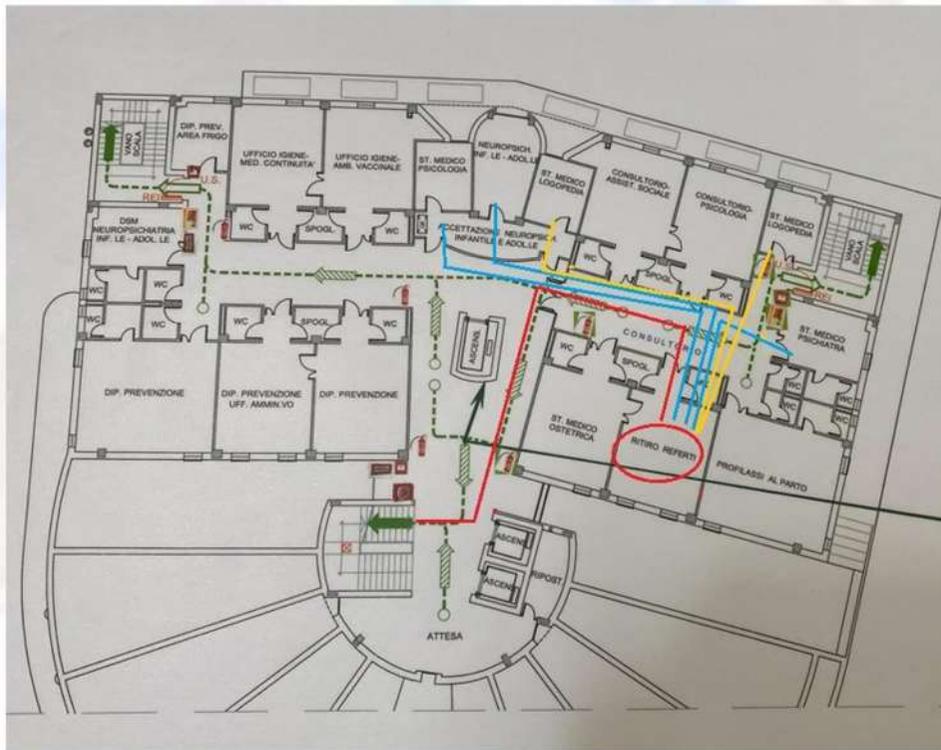
Sono stati considerati come "TEMPI A VALORE" i range temporali dell'accoglienza del paziente, delle visite specialistiche e della restituzione della diagnosi (con un tempo massimo di 120 minuti), mentre come "TEMPI NON A VALORE" i tempi di attesa che nella

programmazione delle visite successive alla prima possono arrivare anche ad un massimo di 20 giorni (es. agenda piena per le priorità, professionisti assenti, indisponibilità delle famiglie). Sono state inserite anche le attività off-line che rallentano il flusso operativo (ad esempio, compilare sia la cartella clinica che quella computerizzata mediante database DISAMWEB).



3. SPAGHETTI CHART

Nell'ultimo step, si è svolta un'attenta analisi dell'organizzazione degli spazi strutturali al fine di individuare locali non utilizzati e riassegnarli alla NPIA. Il locale "Ritiro referti" del Consultorio, infatti, è inutilizzato. Data la posizione strategica rispetto agli ambulatori dei medici NPI e dello psicologo (con i quali avviene un frequente confronto) e a quelli dei logopedisti (per il reperimento del materiale testistico) la soluzione proposta prevedrebbe l'utilizzo di questo locale da destinare principalmente alle valutazioni logopediche essendo, rispetto alle altre visite, quelle con maggior tempo di attesa e avendo in dotazione organica 4 logopedisti per soli 2 ambulatori.



RISULTATI

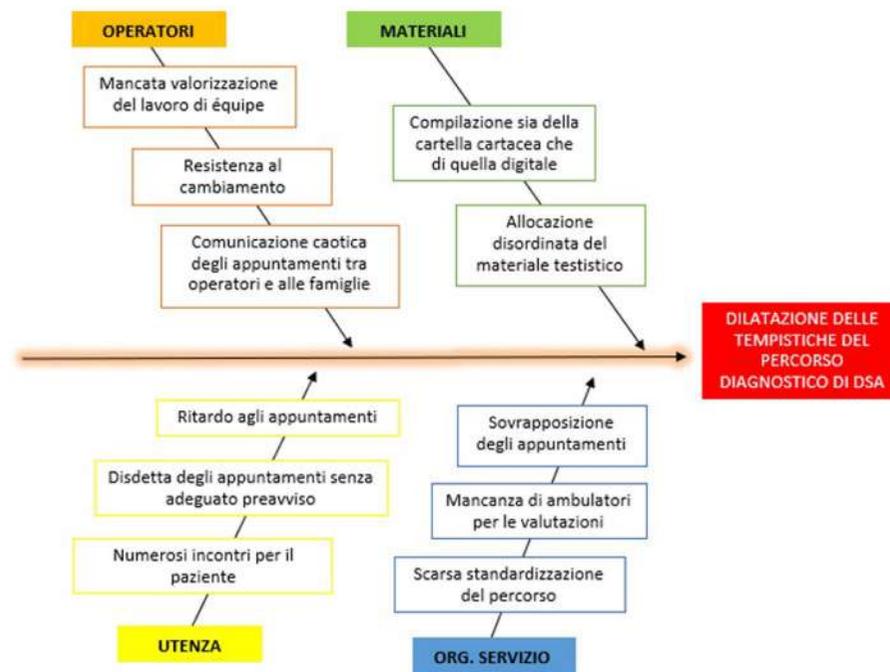
La mancanza di un percorso standardizzato e condiviso, l'utilizzazione poco ottimale della figura dell'infermiere e la compilazione parallela della cartella clinica cartacea e digitale determinano una dilatazione del tempo del processo diagnostico dei DSA.

Dall'analisi della VSM corrente, l'indice di flusso del processo, dato dal rapporto tra il tempo ciclo ed il Lead Time e che rappresenta un indicatore di efficienza del processo, è pari a 55,6 nel worst case e a 35,5 nel best case. Esso, nel processo operativo analizzato, non potrà mai essere pari a 1 poiché la presa in carico è di tipo multidisciplinare e richiede la somministrazione di test in più giorni. Per tale motivo, l'obiettivo perseguito è quello di minimizzare quanto più possibile tale valore nella VSM futura.

Tali tempi, dall'analisi della Spaghetti Chart, vengono ulteriormente dilatati dalla presenza di spazi strutturali non utilizzati.

DISCUSSIONE

L'implementazione del diagramma di Ishikawa, nella fase di Root Cause Analysis, evidenzia come le diverse criticità rilevate comportino, nella loro complessività, un netto incremento delle tempistiche del percorso diagnostico del DSA.

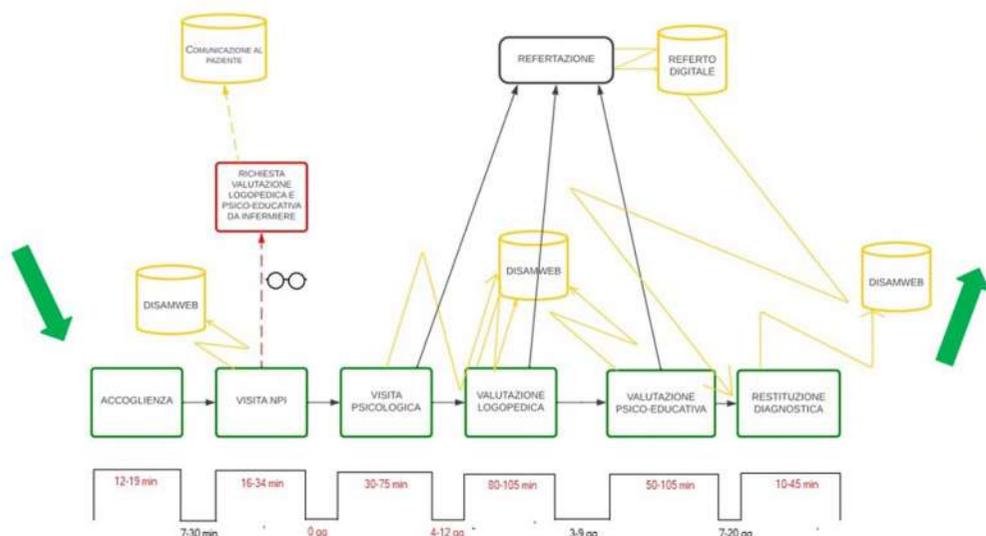


Al fine di ridurre le tempistiche del percorso diagnostico di DSA, vengono stabilite le seguenti contromisure a cui seguono la mappatura del flusso di valore ideale, priva di sprechi inutili e quanto più dedicata al valore.

CONTROMISURE PROPOSTE	
CAUSA RADICE	AZIONE
Comunicazione caotica degli appuntamenti successivi al primo con sovrapposizione	Stabilire che tutti gli appuntamenti successivi (visita logopedica, visita educativa, colloquio finale) vengano fissati dall'infermiere nella stessa giornata della I visita NPI
Doppia compilazione della cartella clinica (cartacea e digitale)	Eliminazione della cartella clinica cartacea
Compilazione della documentazione amministrativa da parte del medico	Stabilire che l'infermiere si occupi di compilare il consenso informato e il consenso al trattamento dei dati sanitari in fase di accoglienza

Allocazione disordinata del materiale <u>testistico</u>	Organizzare il materiale <u>testistico</u> in maniera ordinata e intuitiva
Mancata utilizzazione degli spazi disponibili	Ridefinizione degli spazi con assegnazione dell'ambulatorio inutilizzato ai logopedisti
Disdetta degli appuntamenti senza adeguato preavviso o ritardo agli appuntamenti	Stabilire che l'infermiere debba ricordare l'appuntamento il giorno prima al paziente mediante comunicazione telefonica
Malcontento delle famiglie per scarsa chiarezza del percorso diagnostico	Il percorso diagnostico deve essere chiarificato dal primo incontro mediante cartelli in reparto e comunicazione diretta al paziente
Numerosi appuntamenti per il paziente (con rischio di drop-out)	Stabilire che venga effettuata nella stessa giornata la I visita NPI e la valutazione psicologica

VSM FUTURA



È chiaro già visivamente quanto il processo si sia “snellito” nella VSM futura rispetto alla VSM corrente. Il calcolo dell'indice di flusso, inoltre, ci mostra una riduzione di circa il 15% nel worst case e di circa il 10% nel best case.

T1		T2	Var.%=
IF iniziale worst case= 24.665 / 443 = 55,6	VS	IF futuro worst case= 18.125 / 383 = 47,3	-14,928
IF iniziale best case= 8.453 / 238 = 35,51	VS	IF futuro best case= 6.253 / 198 = 32,06	-9,716

Le fasi operative e la pianificazione delle attività, relative alla proposta di miglioramento elaborata, sono riassunte nel seguente diagramma da Gantt:

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
PRIMA FASE								
Identificazione del gruppo di lavoro								
Analisi del progetto e identificazione delle criticità								
Identificazione della metodologia di lavoro								
SECONDA FASE								
Presentazione del progetto al personale								
Addestramento dell'infermiere ai nuovi compiti								
Eliminazione della cartella clinica cartacea con compilazione esclusiva su disamweb								
Riorganizzazione degli spazi strutturali								
Riorganizzazione del materiale testistico								
Creazione cartelli che esplicitano il percorso diagnostico								
TERZA FASE								
Implementazione del progetto								
Valutazione dell'impatto del progetto								
Rilevazione dei tempi di attesa								

Il piano di miglioramento, quindi, prevede:

- L'addestramento del personale infermieristico ai nuovi compiti: compilazione del consenso informato e del consenso al trattamento dei dati sanitari in fase di accoglienza, prenotazione delle visite successive alla prima con detenzione dell'agenda unica, promemoria alla famiglia dell'appuntamento previsto per il giorno successivo;
- L'espletamento della visita psicologica successivamente all'apertura della cartella da parte del NPI, nella stessa giornata;
- La riorganizzazione degli spazi strutturali (con assegnazione dell'ambulatorio per “Ritiro referti” del Consultorio ai logopedisti) e del materiale testistico (in maniera intuitiva ed ordinata);
- L'eliminazione della cartella clinica cartacea con compilazione esclusiva su Disamweb;
- La creazione di cartelli che esplicitano il percorso diagnostico mediante diagrammi di flusso.

Si è inoltre ipotizzato un periodo di tempo di circa 6 mesi per l'implementazione e la valutazione dell'impatto del progetto, al termine del quale verrà effettuata una nuova rilevazione dei tempi di attraversamento del percorso diagnostico.

BIBLIOGRAFIA

- *Accordo Stato – Regioni su “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici di apprendimento (DSA)”*, 2012
- Bailey DA, Litaker DG. (1998). *Developing better critical paths in healthcare: combining best practice and the quantitative approach*. *J Nurs Adm*, 28 (7-8), 21-6.
- *Consensus Conference sui DSA promossa da AID, 2007*
- *Consensus Conference sui DSA promossa dal Ministero della Salute, 2011*
- Fillingham D., *Lean healthcare. Trasformare la sanità a partire dall'esperienza del paziente*, 2011, Edit., Franco Angeli
- *I DSA e gli altri BES - Indicazioni per la pratica professionale*, redatto da Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, 2016
- *Legge 8 ottobre 2010 , n. 170 - Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*
- *Legge Regione Puglia 25 febbraio 2010, n. 4 - Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali*
- *Linea Guida sulla gestione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento a cura di ISS, 2022*
- Morosini P. (2004). *Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*, Rapporti ISTATAN 04/29.
- *Raccomandazioni cliniche sui DSA - Documento d'Intesa*, a cura di PARCC, 2011
- *Responsiveness-to-intervention: Definitions, evidence, and implications for the learning disabilities construct*. *Learning Disabilities Research & Practice*, 18 (3), 157-171.
- Russo R. (2000). *Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia*. *Politiche sanitarie*. 1:4, 182-195.

GIORNATA INTERNAZIONALE DELLA DONNA: SIAMO ANCORA LONTANI DALLE VERE PARI OPPORTUNITÀ

Dott.ssa Federica Piergianni – Infermiera, Taranto
Dott. Pierpaolo Volpe – Presidente OPI Taranto

La Giornata internazionale della donna celebrata l'8 marzo scorso, ci ha consentito di ricordare sia le conquiste sociali, economiche e politiche, sia le discriminazioni e le violenze di cui le donne sono state e sono ancora vittima in ogni parte del mondo.

Le discriminazioni culturali tra uomini e donne sono ancora sorrette da basi solide e di difficile eradicazione.

Quando parliamo di uomini e donne, nello specifico della differenza tra i due, dove per differenza s'intende la totale o parziale diversità, parliamo con tutta evidenza di quella che è solo differenza fisiologica, ma al di là di questo aspetto puramente anatomico e fisiologico, quella tra uomo e donna non deve significare di per se disuguaglianze e neppure discriminazione.

Nel nostro Paese, a partire dal 1948, è stato ufficialmente affermato il principio di pari opportunità tra uomini e donne. I padri costituenti si sono preoccupati di dare massima diffusione al nuovo criterio guardando a tutti i settori della vita quotidiana.

Così, a parità di lavoro, la donna ha diritto alla stessa retribuzione dell'uomo e, con riferimento alla gestione dei figli, la madre esercita una potestà del tutto analoga a quella del padre.

C'è anche da dire, però, che i precetti costituzionali non hanno trovato immediata attuazione in Italia. E quindi, per un arco di tempo piuttosto lungo, la donna è rimasta priva dei diritti riconosciuti nella Carta fondamentale. Così, ad esempio, per l'attuazione della parità familiare si è dovuto attendere addirittura il 1975: soltanto in quell'anno, infatti, è stata adottata la riforma del diritto di famiglia.

Gradualmente, nel corso degli anni, si sono compiuti significativi passi in avanti nel riconoscimento alla donna del posto che merita nella società. Ciò non vuol però dire che l'obiettivo della parità di genere sia stato compiutamente raggiunto.

Se da un lato donne e uomini hanno teoricamente diritto allo stesso trattamento giuridico, dall'altro lato, non sempre questo principio trova attuazione nella realtà dei fatti.

Sempre prendendo in considerazione l'attività lavorativa, il livello di disoccupazione è molto più elevato rispetto a quello degli uomini; quando poi una donna viene assunta è assoggettata a forme contrattuali precarie e a termine anche se svolge la stessa attività degli uomini. Tale situazione ruota soprattutto attorno alla maternità vissuto come un "problema": dato che la donna può diventare mamma e, di conseguenza, può esercitare tutte le facoltà ad essa connesse, i datori di lavoro non le accordano fiducia, ponendo la donna nella scomoda situazione di scelta, tra lavoro e maternità, scelta evidente del tutto innaturale e discriminatoria, in quanto la maternità è anche garanzia di continuità della specie. Inoltre, se si guarda alle posizioni di vertice della pubblica amministrazione o dei grandi gruppi imprenditoriali, possiamo renderci conto di come la percentuale femminile sia bassissima.

Le donne, infatti, incontrano molte più difficoltà ad ottenere i posti apicali che le spetterebbero per diritto.

Ancora oggi, in molti casi, la donna viene, dunque, concepita soltanto come l'angelo del focolare domestico.

Le donne nella nostra società pur essendo numericamente maggiori rispetto agli uomini oltre che costituire una fetta preponderante del capitale intellettuale del paese, lavorano di meno e soprattutto sono meno valorizzate. La pandemia ha notevolmente allargato il divario al livello lavorativo, lasciando un passo indietro le lavoratrici donne, anche se a fine 2021 possiamo vantare un dato positivo, secondo i dati Istat l'occupazione femminile sale rispetto al precedente anno dello +0,6%.

Alla luce di ciò, possiamo parlare di differenze nelle abilità e prestazioni cognitive e affettive, tali da qualificare stabilmente i due generi in senso differente?

Le differenze infatti, innate o acquisite che siano, purché risultino complementari, sono utili alla stabilità dei gruppi sociali. Allo stesso tempo ogni motivo di discriminazione, pretestuosamente suggerito dalle differenze, è esorcizzabile a condizione che le diverse doti siano apprezzate come aventi pari valore e che, inoltre, siano praticate dagli individui secondo le proprie inclinazioni, cioè fuori da stereotipi ingabbiati secondo il sesso di appartenenza.

La cultura per varie ragioni potrebbe ancora e sempre premiare le differenze, purché esercitate nella libertà dei singoli, in vista di un cammino di arricchente integrazione delle diversità.

Se poi teniamo in considerazione che alcune differenze psico-comportamentali sono abbastanza evidenti; ma quale poi sia la loro matrice, se correlata alle differenze corporee o invece all'educazione e alla cultura, è questione oggetto di vivaci diatribe. Ma volendo tener ferma una più comprensiva visione bio-psico-sociale dell'essere umano, occorre superare tanto il biologismo quanto il sociologismo.

Nella Professione infermieristica vi è un'inversione del paradigma delle differenze sociali uomo-donna, a dimostrazione che come fattore premiante non è il sesso, ma la competenza.



L'INFERMIERE DI COMUNITA': PROPOSTA OPERATIVA A SUPPORTO DELLE RSA

*Autori: Dott. Cosimo Della Pietà Dirigente Professioni Sanitaria ASL Bari
Dott.ssa CPSI Brigida Matera*

INTRODUZIONE

L'esperienza pandemica da COVID-19 ha costituito un vero e proprio shock organizzativo per le aziende sanitarie, specie per quelle che sono coinvolte in prima linea nella gestione dell'assistenza territoriale.

La ASL Bari, ed in particolar modo la Direzione delle Professioni Sanitarie Territoriali è stata coinvolta attivamente nella gestione dell'assistenza dei malati COVID-19 positivi a domicilio (esecuzione tamponi, esecuzione terapie, prelievi ematochimici ecc..) e dal supporto alle RSA, case di riposo, colpite da focolai di COVID-19 nella valutazione dei bisogni assistenziali e conseguentemente, dove necessario, invio di personale dipendente della ASL Bari, per collaborare al superamento dell'emergenza, dovuta alla positività del personale dipendente delle strutture coinvolte. Durante questa emergenza pandemica nazionale, le strutture residenziali socio sanitarie, RSA, case di riposo, sono state colpite da varie ondate di focolai COVID-19. Questo è stato determinato innanzitutto dalle caratteristiche intrinseche degli ospiti di queste strutture: vita di comunità, età avanzata, comorbilità ecc...

Inoltre, non sono da trascurare i fattori estrinseci che hanno determinato questi focolai, che hanno costretto le strutture sanitarie delle ASL, ad interventi di carattere emergenziale. Questi fattori presenti nelle strutture residenziali, sono ascrivibili a situazioni di non idoneità di processi organizzativi, processi gestionali e non ultimo processi assistenziali e dotazione di personale.

Ci si chiede come possa essere successo; probabili cause sono da ricercare nella vulnerabilità degli anziani ospiti delle strutture oppure in fattori che riguardano le strutture stesse e in particolare: personale inadeguato quantitativamente e qualitativamente con elevato turnover e forse operativi in più strutture, carenza di dispositivi di protezione individuale (DPI), soprattutto nella prima ondata, e anche la loro

inappropriata utilizzazione, carenza di igiene delle mani, inadeguata sanificazione degli ambienti e degli strumenti in uso, errato o improprio isolamento dei pazienti contagiati, percorsi pulito-sporco, ritardata diagnosi di COVID, personale al lavoro anche se malato, infezione portata da parenti o caregiver (badanti) contagiati. Le strutture residenziali dovrebbero avere un piano di isolamento e di distanziamento dei pazienti-ospiti che non raramente presentano patologie da agenti infettivi con possibile outbreak. Si dovranno trovare soluzioni idonee su alcuni punti di miglioramento per le RSA o RSSA al fine di affrontare in futuro situazioni simili. E' noto che almeno il 50% degli ospiti di RSA presenta declino cognitivo di varia entità: per questa ampia popolazione i problemi sono ancor più complessi. A ciò bisogna aggiungere l'ormai cronica scarsità di risorse economiche dedicate alla sanità, aggravata dalla crisi finanziaria mondiale, che ha creato un periodo storico caratterizzato da un'esasperata attenzione alla sostenibilità economica dei modelli organizzativi e degli strumenti introdotti in sanità. Per questo è ancora più prezioso il risultato della ricerca che è stata condotta per questo lavoro. Lo scopo è stato quello di dimostrare che affidando all'infermiere di comunità, la presa in carico ed il supporto delle RSA e RSSA sia importante e utile per prevenire situazioni inappropriate, come quelle vissute durante la pandemia da COVID-19, e puntare sulla qualità delle strutture residenziali, trovando il giusto equilibrio fra la qualità gestionale, organizzativa, professionale e qualità percepita sia dall'utente che dal dipendente. Tenendo presente che l'età media della popolazione italiana è in continuo aumento. Puntare alla qualità globale nelle strutture residenziali, significa garantire livelli di qualità assistenziali non solo per il territorio, ma per le famiglie degli utenti che affidano alle strutture residenziali i propri cari ed in primis per l'utente. La sorveglianza dettagliata continua e attiva che l'infermiere di comunità prevede, consente infatti la possibilità di intercettare, prevenire i rischi e le complicanze legate ad una gestione non idonea che potrebbero tradursi in un aumento dei costi a causa della cosiddetta spesa out of Pocket per l'intero sistema di welfare e per il mondo lavorativo. Senza considerare i costi della sofferenza umana sia dell'utente sia della famiglia.

OBIETTIVO

La seguente proposta nasce dalla necessità di dotare in futuro, la ASL Bari di una struttura organizzativa ad hoc, allo scopo di supportare preventivamente le RSA, RSSA convenzionate e non, nella presa in carico, supervisione ed il supporto organizzativo e dei processi assistenziali, per evitare in futuro situazioni tali da determinare nuovamente delle vere e proprie emergenze sanitarie.

L'occasione propizia ci viene offerta dal PNRR, soprattutto dall'obiettivo n. 6, dove vengono indicate le modifiche organizzative da apportare alla gestione dell'assistenza sanitaria territoriale. In specifico l'implementazione delle Case della Comunità, dove potranno essere inseriti gruppi di Infermieri di Comunità, formati e strutturati per supportare le strutture residenziali, in considerazione delle difficoltà incontrate e la richiesta di supporto da parte delle RSA e RSSA per fronteggiare il COVID-19.

La pianificazione è la funzione più importante del management, dalla quale dipendono tutte le altre. Il pensiero critico e il problem solving ne sono i punti centrali. Il manager deve saper prevedere che cosa sarà necessario per il futuro, porre degli obiettivi per raggiungere i risultati desiderati e sviluppare strategie per poterli ottenere. I budget sono utilizzati come strumenti di pianificazione e di controllo nella fase di allocazione delle risorse. La pianificazione consente la gestione ottimale della risorsa tempo favorendo di conseguenza l'attuazione dei piani di lavoro quindi che è lo scopo di questa tesi alla luce del nuovo PRNN.

inappropriata utilizzazione, carenza di igiene delle mani, inadeguata sanificazione degli individui secondo le proprie inclinazioni, cioè fuori da stereotipi ingabbiati secondo il sesso di appartenenza.

Pianificare significa esplicitare in anticipo quello che un sistema organizzativo deve fare affinché le azioni svolte siano dirette all'obiettivo prefissato. Pianificare aiuta a orientare quello che si fa verso i risultati che si intende ottenere. In ambito sanitario è particolarmente importante che i risultati attesi vengano messi a fuoco con procedure di pianificazione. La pianificazione induce il dirigente a guardare al di là dei bisogni immediati, evitando che si limitino a gestire le emergenze. Al tempo stesso, riduce lo stress provocato dalle situazioni di crisi e aiuta ad affrontarle in maniera calma ed efficiente, le dinamiche organizzative.

Impegnarsi nella pianificazione costringe a pensare in maniera analitica, basata su dati e ciò migliora la qualità delle decisioni. Mediante questo processo il dirigente tende a massimizzare le opportunità e a ridurre al minimo i rischi. Va aggiunto che l'attività di analisi, specialmente se rivolte al contesto storico, aiuta a scoprire le necessità di cambiamento organizzativo in un contesto che è soggetto a mutamenti vasti, rapidi e profondi proprio com'è stato il COVID-19. L'intento è, alla luce dell'esperienza pandemica nelle strutture residenziali, stilare un piano proattivo per l'Infermiere di Comunità a supporto delle RSA e RSSA in modo da prevedere gli eventi e da agire per controllarli. La pianificazione è, appunto, una metodologia di sviluppo delle risorse umane.

MATERIALI E METODI

Il presente lavoro è stato condotto sulla base di uno studio sperimentale. Lo studio è stato pianificato in tre fasi:

1. Analisi dei verbali di sopralluogo delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie dell'Asl Bari in merito alla comunicazione urgente dall'oggetto "Emergenza COVID-19- Disposizione di servizio, in ordine alla presenza di eventuali focolai presso RSA e/o RSA.";
2. Indagine conoscitiva sui dipendenti delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, supportate durante la pandemia da COVID-19, tramite la somministrazione del questionario ad un campione di essi;
3. Presentazione del progetto "L'infermiere di comunità a supporto delle RSA e RSA" alla luce dei dati raccolti nelle due fasi precedenti.

Questo lavoro si colloca in un contesto di valutazione del sistema di qualità delle strutture residenziali, tramite varie analisi, poiché per intendere essa quanto tale, bisogna trovare il delicato equilibrio fra qualità gestionale - organizzativa, professionale e percepita con lo scopo di promuovere il miglioramento della qualità attraverso l'individuazione dei punti di forza e delle aree da migliorare, nonché eventuali servizi da aggiornare o offrire a tramite l'ipotesi progettuale dell'infermiere di comunità che prende in carico la gestione, in tutte le sue sfaccettature, delle RSA e RSSA.

Lo studio è stato condotto da marzo 2022 a ottobre 2022 attraverso due attività principali. Inizialmente è stata eseguita l'analisi dei verbali di sopralluogo delle RSA e RSSA, seguito dalla somministrazione dei questionari ai dipendenti delle stesse. L'indagine è stata condotta su un campione di dipendenti delle RSA e RSSA della provincia di Bari.

ANALISI DEI VERBALI

La prima fase dello studio è stata costituita dalla lettura dei verbali di sopralluogo nelle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie alla luce della comunicazione urgente rivolta a tutti i direttori DSS, a tutti i Direttori SISP, ai Servizi Infermieristici aziendali, al Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Asl Bari con oggetto "Emergenza COVID-19 disposizione di servizio in ordine alla presenza di eventuali focolai presso RSA e/o RSSA". A coloro era stato chiesto di coadiuvare e supportare le direzioni sanitarie delle strutture RSA ed RSSA mediante un coordinamento unitario delle attività di carattere sanitario, indispensabili alla più celere ed efficace gestione del focolaio o, comunque, delle criticità ivi rilevanti che eviti, per quanto possibile, l'ospedalizzazione attraverso la presa in carico assistenziale al domicilio, interfacciandosi con le Amministrazioni comunali competenti per territorio e la Protezione Civile, per gli aspetti di carattere sociosanitari. Alla direzione del dipartimento di prevenzione si chiedeva infatti di coordinare modalità e forme delle comunicazioni relative a criticità rilevante presso le anzidette strutture, affinché venivano indirizzate, dandone formale conoscenza, alla Direzione Strategica per decisioni ed esclusivi esclusiva spettanza di quest'ultima, in riferimento all'eventuale necessità di formalizzare il coinvolgimento di altre articolazioni aziendali per la gestione del focolaio. N. 46 sono i verbali redatti dal UOS Direzione delle professioni sanitarie territoriali e, di conseguenza, analizzati per tale studio relativi al sopralluogo delle strutture residenziali sanitarie o socio sanitarie appartenenti all'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bari. I verbali presentavano la raccolta dati relativa a:

- 1) Rappresentanti della struttura presenti
- 2) Numero ospiti previsti dalla struttura
- 3) Numero ospiti presenti
- 4) Ospiti positivi
- 5) Ospiti ricoverati
- 6) Ospiti recentemente deceduti
- 7) Descrizione planimetrie. Percorsi Pulito – sporco
- 8) Numero dipendenti e profilo professionale, pre pandemia
- 9) Numero e profilo dipendenti positivi
- 10) Numero e profilo dipendenti nuovi assunti

- 11) Turno prima e dopo positività
- 12) Condizioni e Peso necessità assistenziali
- 13) DPI
- 14) Necessità di supporto personale

INDAGINE CONOSCITIVA

Lo strumento utilizzato per l'indagine è un questionario strutturato con quesiti a risposta chiusa da sottoporre con interviste faccia a faccia. Questa scelta è stata compiuta per ottenere dati quantitativi che forniscano risposte il più possibile precise e perfettamente analizzabili. Precede il questionario le domande identificative di ogni dipendente, quindi il sesso, l'età, professione, anni di servizio nella struttura. Per quanto riguarda la struttura delle domande, si è cercato di impiegare frasi specifiche per ridurre la variabilità dell'interpretazione dell'intervistato: 20 affermazioni concise, non ambigue.

La scelta della scala di misura è la scala di Likert a quattro modalità, questo per permettere ai dipendenti delle strutture di esprimersi con diverse gradazioni ad ogni singolo quesito. Ad eccezione del quesito numero 19 che presuppone una risposta dicotomica SI o NO. I vantaggi del formato tipo Likert consistono nella possibilità data all'utilizzatore di esprimere con più precisione la sua opinione rispetto ad una risposta limitata dicotomica sì o no; da un punto di vista statistico una scala dicotomica ha un'attendibilità più bassa di una con quattro risposte disponibili. Inoltre, è stato verificato che l'uso di scale con più di cinque valori presentano un incremento irrilevante della validità. (Hayes, 2003). È stato importante informare gli intervistati sulle intenzioni di base della ricerca, quindi, in modo conciso, sono stati spiegati verbalmente gli scopi della ricerca. La descrizione degli obiettivi ha lo scopo di aumentare nei dipendenti la sensazione che le loro risposte risulteranno importanti al fine di raccogliere informazioni utili per il progetto da sviluppare e proporre e quindi di stimolare la collaborazione degli intervistati. Il questionario è costituito da 20 affermazioni, più la parte introduttiva sulle informazioni generali del dipendente.

Nello specifico:

- Sesso;
- Età, suddivisa in 4 fasce (20-30; 30-40; 40-50; >50);
- Professione;
- Anni di servizio nella struttura, suddivisi in 5 fasce (0-1; 1-5; 5-10; 10-20; 20-30; >30)

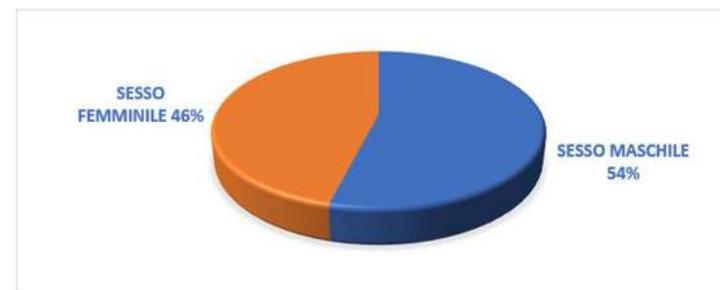
Con i quesiti posti successivamente si è cercato di indagare e capire il grado di soddisfazione dei dipendenti delle strutture residenziali rispetto ai servizi loro offerti dalla struttura ed anche la valutazione rispetto ad altri fattori quali formazione, ecc.

Questionario 20 affermazioni:

1. Nella struttura c'è opportunità di crescita professionale
2. Nella struttura c'è ottimo scambio di informazioni con i colleghi e con la direzione
3. Sono ben informato su tutte le attività riguardanti il mio settore
4. Nella struttura c'è un'atmosfera positiva e armoniosa
5. Nella struttura, in presenza di un errore, prevale la ricerca del colpevole rispetto al trovare soluzioni che possano evitare che ciò riaccada
6. In generale mi sento sovraccaricato di lavoro
7. È importante sul luogo di lavoro prendere iniziativa e essere responsabili
8. Possiedo le conoscenze necessarie per svolgere in sicurezza il mio lavoro
9. Quando nella struttura vengono dati nuovi compiti, viene ricevuto il supporto e aiuto
10. La struttura garantisce una formazione continua a tutti i dipendenti
11. Ho abbastanza tempo per informarmi sui temi più attuali inerenti alla mia professione e accrescere le relative conoscenze
12. C'è collaborazione fra i vari dipendenti della struttura
13. Nella struttura mi sento spronato ad esporre le mie idee pensieri e soluzioni
14. In merito all'affermazione precedente, viene poi preso in considerazione
15. Consiglierei ad altri di lavorare in questa struttura
16. Vengo volentieri a lavoro
17. Mi vedo a lavorare a lungo in questa struttura
18. Mi sentirei più sicuro sapendo di poter contare sul servizio di counseling da parte dell'ASL
19. Lavorava in questa struttura durante la pandemia
20. Se SI, ha ritenuto importante l'intervento del Dipartimento di prevenzione dell'ASL durante la pandemia, laddove c'è stato (se si nello spazio sottostante motivare la risposta)

Per realizzare la presente fase del lavoro di tesi, il campione utilizzato è costituito da 200 dipendenti delle RSA e RSSA dell'Asl Bari.

I dipendenti che hanno partecipato all'indagine sono in prevalenza uomini, sebbene il rapporto fra dipendenti maschili e femminili è pressoché simile in particolare, come si evidenzia nella figura sottostante, il 54% (108) è di sesso maschile mentre il restante 46% (92) è di sesso femminile.



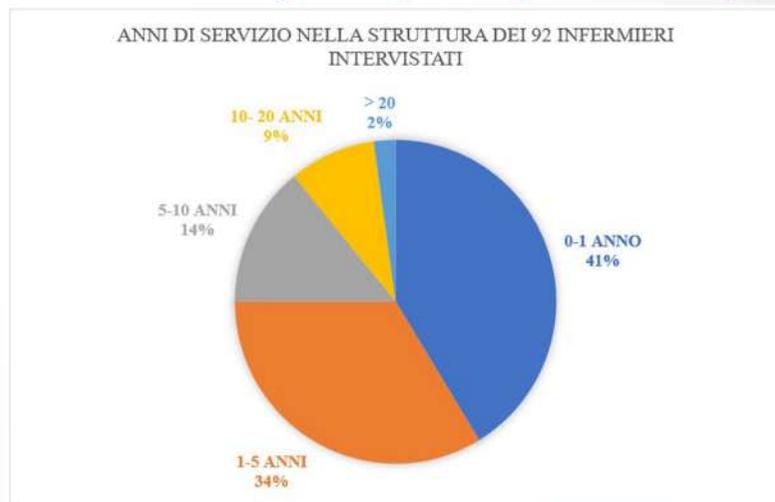
A ciascun dipendente è stato poi chiesto di specificare la propria età, al fine di evidenziare il target di riferimento anagrafico. Le classi d'età degli intervistati più numerose sono quelle comprese tra 30-40 anni, le quali rappresentano insieme circa il 41% degli intervistati (82 dipendenti). La fascia d'età tra i 20-30 anni è rappresentata dal 30% (60 dipendenti); quella tra i 40- 50 è costituita dal 12% degli intervistati, ossia 26; infine, quella maggiore dei 50 anni è costituita dal 16%, ossia 32 intervistati. Si riporta nel grafico sottostante la distribuzione dell'età anagrafica in relazione anche al sesso maschile e al sesso femminile.



Per quanto riguarda la professione, nella tabella sottostante sono riportati i numeri degli intervistati in relazione alla professione. Si tende a precisare che non è stato incluso nell'indagine conoscitiva il personale ausiliario e che si è cercato di coinvolgere nell'indagine conoscitiva tutti gli infermieri dipendenti attualmente delle strutture residenziali sanitarie socio sanitarie dell'asl Bari, ecco perché risulta più oneroso il numero degli intervistati appartenenti al profilo professionale dell'infermiere.

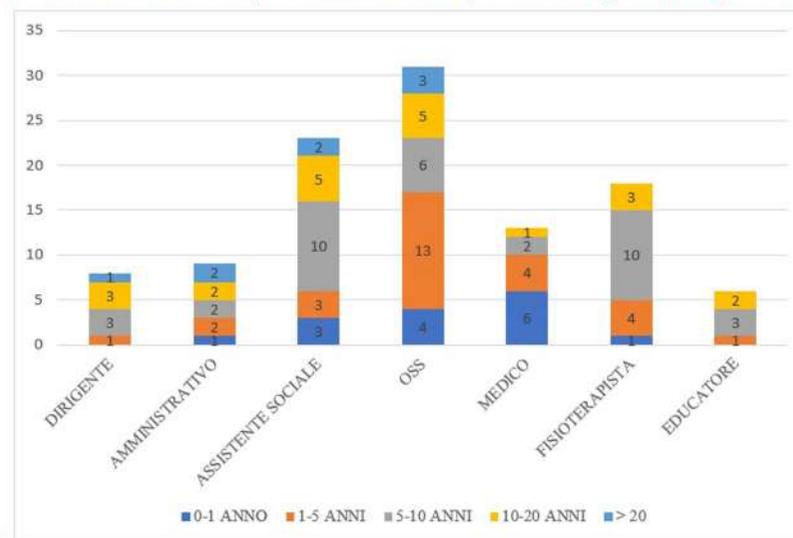
PROFESSIONE	N. INTERVISTATI	%
DIRIGENTE	8	4
INFERMIERE	92	46
MEDICO	13	6,5
O.S.S	31	15,5
FISIOTERAPISTA	23	11,5
ASSISTENTE SOCIALE	18	9
AMMINISTRATIVO	9	4,5
EDUCATORE	6	3
TOTALE COMPLESSIVO	200	100%

Per quanto concerne la professione e agli anni di servizio nella struttura si schematizzano i dati raccolti nel seguente grafico. Come già anticipato, si è scelto volutamente di coinvolgere, laddove possibile, tutti gli infermieri dipendenti attualmente delle strutture residenziali e socio residenziali in cui è stata svolta l'indagine conoscitiva; a tal fine, quindi, si è deciso di dedicare un grafico a parte rispetto alle altre professioni.



Si nota l'alta percentuale di neoassunti di infermieri che lavorano; gli infermieri che lavorano da più di 10 anni e più di 20 sono coloro che hanno trovato la loro stabilità nella struttura: sostanzialmente sono madre o padre di famiglia che hanno la residenza nella medesima città o medesimo paese della struttura e, quindi, riferiscono che la scelta di rimanere nella struttura a lavorare è una scelta di convenienza per la comodità di gestione della loro vita privata.

In riferimento alle altre professioni si riporta il seguente grafico.



RISULTATI

L'analisi dei verbali di sopralluogo delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie dell'Asl Bari in merito alla comunicazione urgente dall'oggetto "Emergenza COVID-19- Disposizione di servizio del Aprile 2020, in ordine alla presenza di eventuali focolai presso RSA e/o RSA." ha evidenziato i seguenti dati:

- Ambienti non idonei, gestione errata dei percorsi pulito sporco, gestione non idonea the Rot tutto ciò implica poca sicurezza per i dipendenti e gli utenti
- Carenza delle risorse umane in primi quella dell'infermiere e in secundis quella degli oss; tutto ciò aggravato da esodo del personale infermieristico durante la pandemia quindi gravissima difficoltà a reperire personale infermieristico
- Ci sono stati molti contagi

- Ci Sono state assunzioni soprattutto oss, gli infermieristici difficoltà a reclutarli

- Soprattutto per l'infermiere oss e medici sovraccarico di lavoro

- Presente, nella maggior parte delle strutture, non idonea documentazione

- DPI: 6 strutture presentavano una copertura dai 30 ai 60 giorni con aiuto nel rifornimneto dalla protezione civile; 17 strutture non presentavano difficoltà nel reperimento sul mercato; 23 strutture invece presentavano una grave difficoltà nel reperimento sul mercato dei dispositivi di protezione individuale e subito l'ASL Bari e la protezione civile si sono attivati per rifornirli

- Necessità di supporto del personale: in 35 strutture sono stati inviati infermieri, in 13 strutture oss e in personale ausiliario, in 11 strutture invece non è stato dato nessun supporto di risorse umane

Il questionario è stato utilizzato per effettuare due tipologie di misurazione:

1) Il livello di soddisfazione dei dipendenti sulle componenti per così dire "chiave" del servizio: queste hanno avuto un riflesso diretto sulla qualità complessiva, ma la loro valutazione puntuale permette una maggiore focalizzazione quando è necessario comprendere in dettaglio su quali aree intervenire;

2) il giudizio di importanza che gli intervistati hanno espresso sulle singole dimensioni del servizio, in riferimento alle stesse componenti su cui hanno espresso il loro grado di soddisfazione. Esso è stato usato come driver per l'individuazione delle priorità d'intervento.

Di seguito si riportano le risposte ad ogni domanda effettuata in riferimento alla professione

1) Nella struttura c'è opportunità di crescita professionale

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	3	4	0	1
INFERMIERE	8	37	12	35
MEDICO	0	6	2	5
O.S.S	10	17	1	3
FISIOTERAPISTA	6	10	0	2
ASSISTENTE SOCIALE	12	8	0	3
AMMINISTRATIVO	0	2	4	3
EDUCATORE	1	3	0	2

2) Nella struttura c'è ottimo scambio di informazioni con i colleghi e con la direzione

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	3	4	0	1
INFERMIERE	10	69	5	8
MEDICO	2	10	0	1
O.S.S	5	23	1	2
FISIOTERAPISTA	1	13	1	3
ASSISTENTE SOCIALE	3	8	1	1
AMMINISTRATIVO	0	7	0	2
EDUCATORE	0	4	0	2

3) Sono ben informato su tutte le attività riguardanti il mio settore

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	4	4	0	0
INFERMIERE	2	70	2	18
MEDICO	3	10	0	0
O.S.S	2	25	1	3
FISIOTERAPISTA	2	15	0	1
ASSISTENTE SOCIALE	5	18	0	0
AMMINISTRATIVO	2	7	0	0
EDUCATORE	1	4	0	1

4) Nella struttura c'è un'atmosfera positiva e armoniosa

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	0	2	3	3
INFERMIERE	0	13	14	65
MEDICO	0	2	1	10
O.S.S	0	2	8	21
FISIOTERAPISTA	0	7	3	8
ASSISTENTE SOCIALE	0	2	10	11
AMMINISTRATIVO	0	0	6	3
EDUCATORE	0	0	3	3

5) Nella struttura, in presenza di un errore, prevale la ricerca del colpevole rispetto al trovare soluzioni che possano evitare che ciò riaccada

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	0	0	4	4
INFERMIERE	49	40	0	3
MEDICO	0	5	1	7
O.S.S	23	8	0	0
FISIOTERAPISTA	6	11	0	1
ASSISTENTE SOCIALE	0	9	2	12
AMMINISTRATIVO	3	6	0	0
EDUCATORE	2	3	0	1

6) In generale mi sento sovraccaricato di lavoro

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	4	4	0	0
INFERMIERE	72	20	0	0
MEDICO	2	10	0	1
O.S.S	11	20	0	0
FISIOTERAPISTA	0	16	0	2
ASSISTENTE SOCIALE	0	5	3	15
AMMINISTRATIVO	1	4	0	4
EDUCATORE	0	3	0	3

7) È importante sul luogo di lavoro prendere iniziativa ed essere responsabili

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	8	0	0	0
INFERMIERE	87	5	0	0
MEDICO	13	0	0	0
O.S.S	25	6	0	0
FISIOTERAPISTA	18	0	0	0
ASSISTENTE SOCIALE	23	0	0	0
AMMINISTRATIVO	9	0	0	0
EDUCATORE	6	0	0	0

8) Possiedo le conoscenze necessarie per svolgere in sicurezza il mio lavoro

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	5	3	0	0
INFERMIERE	12	57	0	23
MEDICO	8	5	0	0
O.S.S	2	23	0	6
FISIOTERAPISTA	5	13	0	0
ASSISTENTE SOCIALE	2	21	0	0
AMMINISTRATIVO	2	6	0	1
EDUCATORE	1	5	0	0

9) Quando nella struttura vengono dati nuovi compiti, viene ricevuto il supporto e aiuto

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	3	5	0	0
INFERMIERE	4	25	5	58
MEDICO	1	8	0	4
O.S.S	0	24	1	6
FISIOTERAPISTA	1	11	0	6
ASSISTENTE SOCIALE	3	19	0	1
AMMINISTRATIVO	0	2	2	5
EDUCATORE	0	3	0	3

10) La struttura garantisce una formazione continua a tutti i dipendenti

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	7	1	0	0
INFERMIERE	6	56	0	30
MEDICO	1	9	0	3
O.S.S	2	27	0	2
FISIOTERAPISTA	1	13	0	4
ASSISTENTE SOCIALE	3	18	0	2
AMMINISTRATIVO	0	4	0	5
EDUCATORE	0	4	0	2

11) Ho abbastanza tempo per informarmi sui temi più attuali inerenti alla mia professione e accrescere le relative conoscenze

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	4	5	0	0
INFERMIERE	3	31	10	48
MEDICO	0	5	1	7
O.S.S	0	12	4	15
FISIOTERAPISTA	0	6	4	8
ASSISTENTE SOCIALE	3	18	0	2
AMMINISTRATIVO	1	6	0	2
EDUCATORE	0	4	0	2

12) C'è collaborazione fra i vari dipendenti della struttura

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	0	5	0	3
INFERMIERE	0	30	22	40
MEDICO	0	4	1	8
O.S.S	0	2	8	21
FISIOTERAPISTA	0	7	2	9
ASSISTENTE SOCIALE	0	13	2	8
AMMINISTRATIVO	0	2	1	6
EDUCATORE	0	1	1	4

13) Nella struttura mi sento spronato ad esporre le mie idee pensieri e soluzioni

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	5	3	0	0
INFERMIERE	0	12	31	49
MEDICO	0	9	0	4
O.S.S	0	10	8	13
FISIOTERAPISTA	0	9	2	7
ASSISTENTE SOCIALE	2	17	1	4
AMMINISTRATIVO	0	1	4	4
EDUCATORE	0	4	0	2

14) In merito all'affermazione precedente, viene poi preso in considerazione

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	6	2	0	0
INFERMIERE	0	12	23	57
MEDICO	6	5	0	1
O.S.S	0	4	7	12
FISIOTERAPISTA	1	11	0	6
ASSISTENTE SOCIALE	1	13	1	8
AMMINISTRATIVO	0	1	3	5
EDUCATORE	0	3	1	2

15) Consiglierei ad altri di lavorare in questa struttura

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	8	0	0	0
INFERMIERE	6	42	13	31
MEDICO	0	7	0	6
O.S.S	1	12	9	9
FISIOTERAPISTA	2	12	1	3
ASSISTENTE SOCIALE	1	15	1	6
AMMINISTRATIVO	0	1	3	5
EDUCATORE	0	2	1	3

16) Vengo volentieri a lavoro

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	3	4	0	1
INFERMIERE	2	25	17	48
MEDICO	1	8	0	4
O.S.S	0	11	4	16
FISIOTERAPISTA	0	10	2	6
ASSISTENTE SOCIALE	3	15	0	5
AMMINISTRATIVO	0	2	2	5
EDUCATORE	0	3	1	2

17) Mi vedo a lavorare a lungo in questa struttura

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	4	4	0	0
INFERMIERE	0	13	69	10
MEDICO	1	5	3	4
O.S.S	0	8	9	14
FISIOTERAPISTA	3	9	3	3
ASSISTENTE SOCIALE	2	17	1	3
AMMINISTRATIVO	1	4	2	2
EDUCATORE	0	3	1	2

18) Mi sentirei più sicuro sapendo di poter contare sul servizio di counseling da parte dell'ASL

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	8	0	0	0
INFERMIERE	92	0	0	0
MEDICO	13	0	0	0
O.S.S	31	0	0	0
FISIOTERAPISTA	18	0	0	0
ASSISTENTE SOCIALE	23	0	0	0
AMMINISTRATIVO	9	0	0	0
EDUCATORE	6	0	0	0

19) Lavorava in questa struttura durante la pandemia

	SI	NO
DIRIGENTE	8	0
INFERMIERE	52	40
MEDICO	6	7
O.S.S	20	11
FISIOTERAPISTA	15	3
ASSISTENTE SOCIALE	23	0
AMMINISTRATIVO	9	0
EDUCATORE	6	0

20) Se SI, ha ritenuto importante l'intervento del Dipartimento di prevenzione dell'ASL durante la pandemia, laddove c'è stato.

A tale quesito hanno risposto 139/200 poiché dipendenti delle strutture durante il periodo della pandemia da COVID-19, ma di questi 139 solo 107 si sono espressi attraverso la scala Likert: i 32 rimanenti si sono astenuti poiché riferiscono di non aver alcun supporto durante il medesimo periodo dall' ASL Bari.

	MOLTO	ABBASTANZA	PER NULLA	POCO
DIRIGENTE	4	2	0	0
INFERMIERE	35	0	0	0
MEDICO	5	0	0	0
O.S.S	18	0	0	0
FISIOTERAPISTA	13	0	0	0
ASSISTENTE SOCIALE	19	0	0	0
AMMINISTRATIVO	8	0	0	0
EDUCATORE	4	0	0	0

La proposta operativa: “l’infermiere di comunità a supporto delle RSA e RSA”

A questo punto si passa alla fase 3 del lavoro: Presentazione del progetto “l’infermiere di comunità a supporto delle RSA e RSA” alla luce dei dati raccolti nelle due fasi precedenti. I risultati attesi dall’affidare all’infermiere di comunità la competenza di supportare le RSA e RSSA e sono riassumibile nei seguenti punti:

- maggior efficienza dei processi amministrativi;
- sostegno ai dipendenti delle strutture, in particolar modo infermieri, nella gestione della salute dell’utente (prevenzione attiva, approccio proattivo);
- governo clinico;
- maggior efficienza dei processi clinici;
- minor utilizzo di risorse economiche per fornire gli stessi servizi;
- rapidità di accesso ai servizi territoriali;
- riduzione dei giorni di ricovero, degli eventi avversi;
- facilitazione della continuità delle cure.

Per tutte le motivazioni soprarichiamate, si rende necessario prevedere la possibilità di attivare tale figura professionale presso i Distretti Socio Sanitari dell’ASL. Ciò risulta pertanto necessario sia per ottimizzarne la gestione, ma altrettanto per osservare l’insorgenza di eventuali problematiche e poterle trattare tempestivamente, in modo da evitare in futuro situazioni simili come quelle vissute durante la pandemia da Covid-19, ottenendo un servizio territoriale efficiente ed efficace. L’altro aspetto fondamentale e non trascurabile è legato alla soddisfazione degli operatori (dipendenti), con la conseguente necessità di attivare un percorso di counseling e formazione professionale rivolto ai professionisti affinché vi sia un training appropriato per lo svolgimento delle procedure e gestione dell’utente. Lo sviluppo di questa figura professionale presenta caratteristiche di trasversalità per l’intero percorso diagnostico-clinico-terapeutico. Tale trasversalità soprarichiamata fa sì che l’infermiere di comunità a supporto delle RSA e RSSA risulti coerente con l’attuale gestione del Sistema Qualità (norma ISO 9001:2015) e soddisfi i bisogni del SSN. Occorre considerare che, poiché la popolazione è sempre più anziana si rende necessario prevedere la necessità di orientare l’offerta assistenziale

verso risposte sempre più adeguate. Le strutture residenziali quindi giocano un ruolo importante per quanto appena dichiarato, avvalersi del supporto dell’infermiere di comunità che fa capo al Distretto Socio Sanitario dell’azienda sanitaria locale secondo un modello proattivo d’assistenza all’utente, all’operatore e così di conseguenza alla struttura stessa, rappresenta un particolare aspetto di innovazione nella gestione delle strutture residenziali con il duplice obiettivo di fornire continuità delle cure, migliorando nel contempo la qualità della vita e ottenendo un grado di soddisfazione elevato del professionista. Dal punto di vista dell’organizzazione dei servizi sociosanitari, ed in particolare nell’ambito dello sviluppo e potenziamento dei percorsi facilitati a garanzia della qualità assistenziale territoriale (nelle strutture residenziali), l’infermiere di comunità trova la sua collocazione. Tale supporto porterebbe alla gestione del paziente con un approccio proattivo attraverso un lavoro di equipe medico, infermieristica, assistente sociale, fisioterapista, educatore, logopedista, ecc della struttura. L’integrazione del gruppo permette di avere vantaggi sugli aspetti:

- cognitivi in termini di allargamento delle responsabilità ed elaborazioni più ricche;
- motivazionale in termini di condivisione delle decisioni con aumento della motivazione professionale;
- relazionale in termini di aumento dell’affettività, del riconoscimento e del senso di appartenenza;
- organizzativo in termini di promozione della condivisione delle conoscenze, dei linguaggi, dei metodi, delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi.

Una serie di interventi organizzativi relativamente poco costosi in termini logistici ed economici, definendo raccomandazioni per la gestione dell’utente, sono provatamente efficaci nel raggiungere obiettivi di sicurezza, costo-efficacia ed efficienza. L’attività deve essere focalizzata sul paziente, il che prevede uno sforzo non indifferente di tipo organizzativo. Bisogna avere il coraggio di modificare le proprie abitudini e non fare ciò che si sa fare, bensì imparare a fare quello che è meglio fare per il paziente. Un processo si può considerare efficace quando raggiunge l’obiettivo clinico per il quale è designato mentre è efficiente quando raggiunge l’obiettivo clinico prefissato con un utilizzo limitato di risorse o comunque senza spreco delle stesse.

E' possibile quindi esprimere un concetto di costo/efficacia quando offre un vantaggio in termini di rapporto tra le risorse impiegate e l'obiettivo clinico raggiunto. Il supporto delle strutture residenziali e socio-residenziali da parte dell'infermiere di comunità, ad esempio, ha dimostrato essere in grado di ridurre i costi finali di gestione attraverso una serie di meccanismi complementari e riconducibili a:

- riduzione delle spese sostenute per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso;
- riduzione dell'ospedalizzazione e eventi avversi;
- acquisizione di elevati livelli di salute che ha il suo riscontro economico.

L'analisi dei costi deve, infatti, tener conto dei seguenti aspetti:

- costi per la scelta dei presidi più idonei da utilizzare;
- costi correlati alle complicanze;
- costi relativi all'assistenza extra strutturale, esempio consulenze da parte degli specialisti sul territorio.

DISCUSSIONE

Si ritiene rilevante la citazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni- decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, che all'articolo 10 sancisce: " allo scopo di garantire qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo di verifica della qualità...".

Meritano una sottolineatura le parole "in via ordinaria". Professionisti chiamati a guidare altri operatori, come gli infermieri di comunità a supporto delle RSA e RSSA. Quindi l'alta dirigenza, nel prendere tale decisione di compito da affidare all'infermiere di comunità, deve vedere nel presidio della qualità non un "di più" che produce una sovrastruttura da abbinare in qualche modo alla struttura organizzativa tradizionale, ma una filosofia che permea e orienta l'intera organizzazione aziendale.

Esercitare funzioni dirigenziali all'interno di un'organizzazione significa essenzialmente prendere decisioni. Tale scelta in questo studio è finalizzata al miglioramento di una situazione per soddisfare gli utenti e gli operatori.

Non sarebbe corretto affermare che tutte le decisioni che vengono prese mirano a risolvere i problemi, ma si augura ciò. La capacità del dirigente di assumere le decisioni opportune è una delle più importanti

competenze manageriali che devono sforzarsi di acquisire e sviluppare. Per organizzare un sistema di qualità bisogna trovare il delicato equilibrio fra la:

- Qualità gestionale e organizzativa
- Qualità professionale
- Qualità percepita

L'infermiere di comunità a supporto delle RSA e RSSA parrebbe essere il giusto equilibrio alla luce di quella dei dati raccolti dai verbali di sopralluogo e dai questionari somministrati ai dipendenti.

La qualità gestionale interessa l'alta direzione e rappresenta il buon uso delle risorse a disposizione, cioè l'appropriatezza. Il vertice strategico non può non investire, alla luce dei dati rilevati, nell' infermiere di comunità a supporto delle strutture residenziali in modo tale che di fronte ad un problema esso possa essere misurato, analizzato, studiato per risolverlo o attenuare il problema onde che si generi una vera e propria emergenza sanitari. Un impegno coerente di tutto il management è essenziale, anche perché le strutture redenziali coinvolti in programmi del genere abbiano chiaro che nessuno vuole mettere l'accento sulle carenze e colpevolizzare coloro che non erogano prestazioni ottimali, ma lo scopo degli audit degli infermieri di comunità è raccogliere dati dai quali tutte le strutture interessate imparino ad operare meglio per gli utenti, per l'azienda e la loro crescita professionale. Per poter verificare ciò sull' infermiere di comunità deve utilizzare il metodo dell'audit, che va a valutare i processi attraverso gli indicatori condivisi per verificare il rispetto di standard di qualità dichiarati o di accreditamento (regolamento 4 del 2019 della Regione Puglia), la balanced scorecard, e il monitoraggio delle non conformità ottenuto mediante l'utilizzo di indicatori e carte di controllo. Inoltre l'infermiere di comunità si deve occupare della gestione della documentazione: procedure, protocolli, linee guida e modulistica dovranno avere un codice ed essere aggiornate e distribuite regolarmente.

La qualità professionale è legata alle competenze degli operatori. È importante che l'azienda, organizzazione investa su questa dimensione della qualità nel medio lungo periodo, al fine di creare team competenti, motivati e consapevoli, che abbiano la possibilità di aggiornarsi costantemente grazie al supporto dell'interferire di comunità che provvederà alla loro formazione e di utilizzare attrezzature moderne e funzionanti.

Sarà poi compito dell'IdC valutare la qualità professionale sotto l'aspetto dei processi di cura e assistenza e sotto gli indicatori di processo e di risultato. L'IdC provvederà ad attuare la valutazione della curva di apprendimento, in quanto occorre non solo il possesso di conoscenze o competenze, ma anche la loro "manutenzione": un modo di attestarla è la dichiarazione di quante volte si è eseguito nell'anno una determinata pratica tecnicamente difficile o potenzialmente pericolosa per il paziente.

La qualità percepita ha il suo principale scopo la soddisfazione dell'utente, ma anche dell'operatore stesso. Quindi saranno importanti gli aspetti legati alla: all'orientamento e all'accoglienza della struttura; alla struttura fisica, alle relazioni sociali e umane. La valutazione della qualità percepita può essere attuata con metodi diretti ed indiretti. I primi consentono di acquisire direttamente il parere degli utenti, operatori sulla loro soddisfazione tramite questionari, interviste, focus group. I secondi si basano sull'analisi dei reclami o del ricorso alla struttura.

È importante che le aziende sanitarie valutino entrambi i gradi di soddisfazione perché:

- Il confronto tra le opinioni degli utenti e quelle degli operatori, laddove fattibile, potrebbero fornire indicazioni importanti di convergenza o di divergenza della quale si dovrebbero analizzare le cause

- Gli interventi di miglioramento dovrebbero tendere ad innalzare il grado di soddisfazione degli operatori.

Lo scopo ideale a cui mira la soddisfazione dei dipendenti e degli utenti è quello della fidelizzazione. Qualora ve ne siano le condizioni, è bene identificare come i professionisti vorrebbero che il territorio, distretto, l'azienda sanitaria locale di riferimento li supporti, allo scopo di potersi avvicinare a quell'ideale e garantire la loro fidelizzazione.

L'infermiere di comunità sembrerebbe essere la giusta condizione, soprattutto per le strutture residenziali del territorio. Infatti, ciò rappresenta la decisione strategica assunta per questo studio per il miglioramento della qualità: affidare all'infermiere di comunità il compito di supportare le RSA e RSSA, alla luce dei dati raccolti nelle due fasi preliminari del lavoro di tesi eseguito: analisi dei verbali di sopralluogo del RSA e RSSA dell'asl Bari e indagine conoscitiva attraverso la somministrazione del questionario ai dipendenti delle medesime strutture.

Il punto di partenza è la creazione di un framework ad hoc.

Una delle fasi importanti dei progetti di pianificazioni per miglioramento della qualità è la creazione di sistemi di indicatori condivisi per misurare i livelli qualitativi gestionali nelle strutture da supportare.

Alla luce dei dati raccolti nelle due fasi iniziali del lavoro, il seguente schema per gli indicatori è il seguente:

- Indicatori di governo: di struttura, di processo e di risultato. Riguardano principalmente lo stato di salute (: tassi di mortalità, morbosità, disabilità, indicatori dello stato dell'ambiente naturale, numero di ospedalizzazioni) e la sua struttura (risorse, modalità organizzative)

- Indicatori di soddisfazione degli utenti e dipendenti (adeguatezza, privacy, rapporti interpersonali operatore/utente, comfort, equità)

- Indicatori di qualità professionale sono misure oggettive quantitative dei processi sanitari e dei risultati dell'assistenza sanitaria (cadute, fratture, infezioni, ulcere da pressione ecc)

Tali indicatori saranno utili per l'infermiere di comunità per mettere in atto un intervento migliorativo o iniziare un'indagine volta ad appurare se siamo realmente in presenza di un problema di qualità.

È bene perseguire un miglioramento costante e il più possibile preventivo innalzando gradualmente tutti gli indicatori di prestazione e di soddisfazione utente/dipendente. Ciò in relazione agli indicatori di processo e di risultato per valutare i miglioramenti ottenuti.

In base a tali indicatori verranno costituite le procedure operative, organizzative e gestionali specifiche. Il metodo adottato sarà il piano delle attività dell'infermiere di comunità a supporto delle RSA e RSSA.

Il metodo proposto che l'infermiere di comunità dovrà utilizzare sono audit clinici trimestrali. Il significato sta proprio nel verificare: effettuare verifiche trimestrali delle varie RSA e RSSA appartenenti al distretto di riferimento.

Lo scopo dell'audit clinico è proprio quello di cercare di migliorare la qualità e i risultati dell'assistenza mediante una revisione tra pari, strutturata, per mezzo della quale i professionisti suddetti prendono in esame la propria attività e i relativi risultati a confronto con indicatori, standard concordati e l'eventuale modifica. L'audit concentrandosi sui risultati dell'intervento clinico assistenziale riguarderanno:

1. L'effetto sulla salute (evoluzione del decorso clinico del paziente)
2. L'effetto sulla qualità di vita del paziente

3. La soddisfazione del paziente, ma anche quella dell'operatore rispetto alla struttura di riferimento

Gli argomenti trattati verteranno sugli indicatori scelti e condivisi eseguendo il confronto con quelli erogati nella struttura. A ciò seguirà la raccolta dati utilizzando il metodo di verifica basata su indicatori, permettendo una verifica sia retrospettiva che prospettica. Di seguito si discuteranno i dati per modificare la propria pratica. Una esatta e completa rilevazione dei dati condiziona il successo dell'audit. Gli indicatori insufficienti vanno identificati nel modo più obiettivo possibile. Il cambiamento può provocare resistenze quindi va promosso con la formazione, nuove linee guida, una nuova documentazione, nuovi protocolli e così via. In tal caso è importante la leadership dell'infermiere di comunità che ha in carico quella struttura. Nell'audit successivo il ciclo riparte e verranno rilevati se ci sono stati miglioramenti conseguenza dei cambiamenti attuati; ciò sarà importante a motivare non solo i dipendenti della struttura, ma anche l'infermiere di comunità che proseguirà nell'applicazione di tale metodo. In sintesi, verrà attuato un metodo per il controllo della qualità mediante gli indicatori condivisi, valutando il processo e il risultato sulla quale poi verranno elaborate le proposte di miglioramento.

Costruire sistemi di indicatori condivisi per misurare i livelli qualitativi nelle strutture da supportare significa basarsi sugli assi della qualità. Si riportano di seguito:

1. LA STRUTTURA, essa comprende:

- Le risorse di cui si dispone, in particolare: edifici, attrezzature, materiale e personale. Di quest'ultimo sono importanti l'entità, le qualifiche (infermieri, OSS) e la formazione (per esempio professionisti in possesso di mater o no, ecc);
- L'organizzazione di tali risorse come, ad esempio, il sistema organizzativo dell'assistenza infermieristica

2. PROCESSO, si riferisce al comportamento dei dipendenti:

- Carico di lavoro
- Tempestività della risposta alla domanda di prestazioni
- Appropriately clinico assistenziale e organizzativa. Quel clinico assistenziale per valutare se l'intervento è efficace e indicato per la persona a cui è rivolto. Quella organizzativa per valutare l'appropriatezza del livello di intervento o dell'uso delle risorse;

- Correttezza tecnica nell'erogazione delle prestazioni incluse la comunicazione, l'informazione e l'educazione degli utenti (si ricorda che secondo il profilo professionale 739/1994 l'assistenza infermieristica è di natura tecnica, relazione ed educativa)

- Continuità dell'assistenza esempio visite ambulatoriali

- Processi manageriali esempio coordinamento delle prestazioni e valutazioni dei dipendenti da parte della dirigenza della struttura

- Processi di formazione del personale

3. RISULTATO: costruire un insieme di indicatori per misurare i livelli qualitativi nelle strutture supportate significa anche costruire un insieme di indicatori di risultato che facciano riferimento agli indicatori di processo. Sono risultati le modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari. Si parla di indicatori di risultato sia in senso positivo che negativo (esempi, rispettivamente, miglioramento decorso clinico paziente o prolungamento della vita, o assenza di complicanze come ulcere da decubito); inoltre, questi indicatori di risultato possono essere finale o intermedi (esempio finali: il prolungamento della vita; intermedi guarigione delle ulcere da decubito). Quindi si è di fronte all'efficacia quando vi è la capacità di un intervento di migliorare una determinata condizione dell'utente. Importante è non dimenticare anche la soddisfazione dei professionisti che è altrettanto importante.

4. COSTI: le principali analisi relative ai costi sono quelle denominate costo- beneficio, costo – efficacia, costo- utilità. È importante che l'infermiere di comunità che deve supportare le strutture residenziali tenga conto dei costi delle non qualità come sprechi, infortuni dei dipendenti, reclami degli utenti e i costi della qualità, come le risorse investite nella formazione alla qualità e il tempo che impegno i dipendenti nei gruppi di lavoro per il miglioramento della qualità. È necessario che i costi della qualità siano molto inferiori ai costi della non qualità che contribuiscono a prevenire o a ridurre.

Conferire tale competenza all'infermiere di comunità comporta, ovviamente dei costi riconducibili a spese organizzative, costo orario delle prestazioni, investimenti in attrezzature e costo di attività formativa, oltre alla riorganizzazione del profilo dell'infermiere di comunità. Ma da questi costi soprarichiamati, ne deriva un risparmio per l'azienda che può giustificare la spesa poiché l'attribuzione di tale competenza, non solo aumenta la sicurezza del paziente, abbattendo molte complicanze e

i correlati costi, ma è anche un significativo fattore determinante nel ridurre i costi associati alla gestione del paziente nel strutture residenziali, attraverso una serie di meccanismi principalmente finalizzati alla:

- *riduzione delle spese sostenute per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso;*
- *riduzione degli indicatori di qualità;*
- *riduzione dei costi legati a lavoro medico o infermieristico;*
- *aumento dell'efficienza.*

La riduzione dei costi è evidente nella riduzione delle spese sostenute dall'azienda per l'acquisto di presidi e di materiale d'uso in quanto si riduce lo spreco di materiale grazie all'aumento della percentuale di successo. La riduzione della durata media della degenza è riconducibile alla riduzione del rischio di infezioni associate a catetere venoso, catetere vescicale (che si manifestano costantemente con la non idonea gestione). La riduzione dei costi relativi al personale medico e a quello infermieristico sono correlati al minor tempo di lavoro, esempio infezioni, cadute. A tutto questo corrisponde un aumento dell'efficienza. Il rapporto costo-efficacia e l'efficienza non sono gli obiettivi primari della nostra pratica clinica in quanto in via preordinata vi è sempre la sicurezza del paziente. Questi obiettivi non sono assolutamente in contrasto tra loro, anzi esempio i dispositivi che associano maggiore sicurezza al paziente, contemporaneamente riducono il rischio di complicanze, le quali costituiscono il vero "costo" per la struttura e per il paziente.

Da questo si evince che è errato comparare le due situazioni in termini della sola componente di costo, poiché non vi è correlazione né con il reale costo dell'attività svolta dall'infermiere o dirigente di distretto né con il reale costo complessivo dell'infermiere di comunità. Nel confronto tra le due diverse situazioni, occorre tenere altresì conto dei costi di gestione: ovvero della frequenza e della tipologia di gestione richiesta per quel compito e le collegate risorse umane richieste per la gestione. Infine, occorre tener conto dei costi indiretti collegati al manifestarsi di complicanze attese correlate, sia immediate che tardive, oltre alle complicanze attese e correlate alla gestione. Si ottimizzano il rapporto costo/efficacia quando la competenza è affidata all'infermiere di comunità.

5. SODDISFAZIONE DEI DIPENDENTI: valutata con metodo diretto come interviste e questionari e con metodo indiretto quali la misurazione del tasso di malattia e il tasso di turnover.

6. SICUREZZA: riduzione dei rischi per gli utenti e per i dipendenti (esempio non sarebbero sicure una mobilitazione del paziente allettato e una igiene personale che non prevenissero, per quanto possibile nei singoli casi, il verificarsi di cadute o l'insorgenza di lesioni cutanee. Si parla di sicurezza anche in relazione all'ambiente: stanze di degenza a un letto, dotate di tavolo lettura, sedia e poltrona ; TV e altri sistemi di comunicazione (PC) non devono mancare e compatibili con un moderno servizio di telemedicina. L' Illuminazione degli ambienti sarà adeguata così come la insonorizzazione; aereazione adeguata. Servizi di sorveglianza audiovisivi con telecamera; la stanza deve essere stimolante (colori delle pareti, odori) e funzionale ai bisogni del paziente anziano. Opportuno stabilire un piano per la periodica sanitizzazione profonda e disinfezione dei locali della struttura facendo riferimento a regole qualificate ed efficaci. Ogni struttura dovrebbe dotarsi di un piano sicurezza con punti di riferimento noti (UO ospedaliera, laboratori, servizi geriatrici territoriali, cure domiciliari, autorità) ai quali far riferimento anche in modo telematico; tutto il personale che opera all' interno della struttura ne deve essere a conoscenza per poter attivare le giuste azioni. Saranno resi più diretti e qualificati i rapporti con il caregiver sia parente che badante: a questi si chiederà collaborazione attiva, responsabile e competente

Poiché nella visione della cultura infermieristica la salute ha carattere globale quindi gli indicatori devono comprendere varie sfaccettature. La ricerca di una qualità sempre più elevata ha assunto un carattere strategico nelle aziende sanitarie per evitare situazioni tali da determinare vere e proprie emergenze sanitarie, come quella da COVID-19. Ciò va a limitare la spesa, i disservizi, la qualità di vita dell'utente. Quindi quello che appare sempre più necessario è che le aziende debbano costruire dei sistemi di qualità ovvero le risorse, la struttura organizzativa, le responsabilità, le procedure che devono essere messe in atto per svolgere le attività relative alla valutazione, mantenimento e alla promozione della qualità nell'ambito del servizio sanitario quindi per le strutture residenziali ciò sarebbe auspicabile attribuendo tali competenze all'infermiere di comunità in modo da evitare

quanto vissuto durante la pandemia da COVID-19. Sarà cura di quest'ultimo, sulla base delle più recenti linee guida e raccomandazioni di indirizzo, formulare:

- corsi di formazione per il personale delle strutture residenziali di riferimento;
- costruzione di sistemi di indicatori condivisi per misurare i livelli qualitativi gestionali nelle strutture da supportare;
- La formulazione di istruzioni operative;
- Costruzione di procedure operative organizzative e gestionali specifiche;
- Costruzione di indicatori di processo e di risultato;
- Verifiche (audit) trimestrali
- la formulazione e gestione di corsi su specifici argomenti;
- la gestione di un data-base degli utenti;
- counseling per le strutture da supportare oltre la visita trimestrale;

Le richieste di consulenza dovranno pervenire in modo semplice e rapido affinché l'infermiere di comunità possa agire il prima possibile. Sarà compito del valutatore formulare l'appropriatezza della richiesta e l'intervento da effettuare. E' fatto obbligo una volta l'anno da parte dell'infermiere di comunità tenere un corso di gestione sui vari indicatori di qualità ai colleghi della struttura residenziali supportata. L'istituzione dell'infermiere di comunità con relativa competenza di supportare le strutture residenziali è una scelta che attualmente non è possibile trascurare in ambito aziendale sanitario. Si possono ottenere risultati positivi su diversi aspetti, riconducibili principalmente in comportamenti standardizzati tra tutti i professionisti, che operano seguendo gli stessi principi, servizio di "counseling" importante evidenziato dal questionari di gradimento somministrato ai professionisti delle strutture residenziali, mantenimento di una attività culturale/formativa, tutti principi che sono alla base di un programma di diminuzione dei costi per il Sistema Sanitario.

Si schematizza l'organizzazione del piano di lavoro dell'infermiere di comunità a supporto delle RSA e RSSA

1. *Attenzione alla vita dell'organizzazione e contributo alla progettualità:* partecipa alla definizione dei programmi dell'area di appartenenza (PDTA, piani di lavoro) e agisce coerentemente ad essi; monitora l'applicazione dei pdta e sviluppa indicazioni per la formazione e lo

sviluppo del personale e per il miglioramento degli aspetti organizzativi; conosce ed offre contributi specifici alla definizione delle linee operative della struttura in riferimento alle linee operative della mission aziendale; si informa sistematicamente di attento all'evoluzione della struttura con speciale attenzione alla centralità del contesto storico ambientale (esempio covid 19)

2. *In relazione alle capacità tecnico specialistiche:* verifica che le attività assicurate al paziente siano in linea con i suoi bisogni in relazione alle risorse disponibili è in grado di identificare i problemi del paziente della struttura in modo proattivo piuttosto che reattivo eroga direttamente se necessario le attività assistenziali utilizzando le pratiche più aggiornate e convalidate dalle evidenze scientifiche; si interfaccia con gli operatori della struttura

3. *In relazione alle capacità tecnico professionali rispetta i PDTA aziendali e le linee guida professionali specifiche validate dalla comunità scientifica dall'azienda ed utilizzate nell'area di appartenenza documenta costantemente ciò che viene fatto e lo condivide con i dipendenti della struttura periodicamente*

4. *In relazione alla capacità di risolvere i problemi:* contribuisce alla riduzione all'eliminazione delle attività non strettamente necessarie sul piano dell'assistenza in modo che il PDTA si svolga nel modo più efficace ed efficiente possibile contribuisce alla riduzione all' eliminazione degli errori, ottimizza lo svolgimento dei PDTA e facilita la pianificazione dell'assistenza; effettua l'analisi del problema raccolta quantificazione verifica ricerca delle cause e ne diagnostica le cause ed elabora le soluzioni con atteggiamento costruttivo, proattivo

5. *In relazione alla capacità di programmazione e organizzazione e mantenimento dell'impegni:* contribuisce al coordinamento dell'assistenza degli utenti e dei servizi connessi dall'infermiere procura al paziente i servizi necessari facilita l'accesso alle visite ambulatoriali

6. *Controllo dei processi:* sa indirizzare sul PDTA del paziente le risorse più appropriate, adatta al singolo paziente i PDTA e, se necessario, sta progettare di nuovi in relazione peculiari bisogni, monitora i processi del paziente e li comunica allo stesso ed al team di riferimento della struttura, valuta e verifica le aspetti quali e quantitativi della qualità svolta ed è in grado di condividerne gli indicatori, individua e condivide i correttivi necessari, sintetizza i dati e contribuisce alla stesura di report finalizzati alla rilevazione dei costi dell'attività erogata

7. In relazione alle capacità di innovazione: contribuisce alla definizione ed all'implementazione di tecniche metodi e strumenti innovativi sia rispetto all'ambito professionale come linee guida protocolli percorsi clinico assistenziali, sia a quello gestionale come semplificazione dei percorsi, continuità dell'informazione; identifica qualsiasi variazione degli standard assistenziali quale segnale di necessità di adattamento e di sviluppo del PDTA, ha il ruolo di guida e sostegno al cambiamento per il personale della struttura residenziale; si rende disponibile a trasformare in contenuti formativi le innovazioni e le procedure adottate

8. In merito alle competenze relazionali: interagisce in modo aperto e costruttivo con i dipendenti della struttura residenziale e autorevole contribuisce a creare un clima collaborativo, trasferisce le conoscenze e favorisce lo scambio di esperienze e la ricerca del miglioramento continuo, analizza e sintetizza tutti i dati per definire le diagnosi infermieristiche o i problemi interdisciplinari, condivide le attività assistenziali all'interno dei settori di cura, si accerta dell'esistenza di supporti formali e informali, stima la abilità del paziente e la possibilità di supporto delle famiglie e dei sistemi sociali, organizza la consultazione con specialisti, mantiene un livello comunicativo efficace con i dipendenti, e valuta che i dipendenti abbiano un livello comunicativo efficace con i pazienti e le famiglie, facilita le minoranze etniche o religiose, sviluppa implementa monitora e modifica i PDTA attraverso l'interdisciplinarietà la collaborazione con il team e il paziente, contribuisce a sviluppare il PDTA in collaborazione con gli altri membri interdisciplinari, facilita la comunicazione fra vari membri del team, in collaborazione con i medesimi assicura che i pazienti ricevano sempre le cure e l'assistenza e più adeguati allo specifico PDTA.

CONCLUSIONI

In conclusione, l'infermiere di comunità dovrebbe supportare le RSA E RSSA secondo un modello proattivo d'assistenza in collegamento funzionale con il Territorio, ed ha come macro-obiettivo specifico: l'appropriatezza dei servizi, con lo scopo di supportare preventivamente le strutture residenziali appratenti al distretto di riferimento per evitare in futuro situazioni tali da determinare nuovamente delle vere e proprie emergenze sanitarie. Un sistema qualità è pienamente efficace se è:

- coerente con la mission aziendale;
- riguarda tutti gli aspetti della vita dell'organizzazione sanitaria;

- è sostenuto dal vertice strategico;
- è conosciuto da tutti i dipendenti e utenti.

Ciò che maggiormente connota un sistema sanitario e, in particolare un'azienda sanitaria come quella locale, di "buona qualità" sono la volontà e la capacità di porre i cittadini al centro del sistema, provvedendo a:

- favorire la loro partecipazione alla progettazione e gestione delle attività sanitarie;
- tutelare i loro diritti all'interno dell'organizzazione sanitaria, monitorandoli;
- raccogliere, elaborare e utilizzare ai fini gestionali esperienze e segnalazioni dei pazienti e operatori;
- svolgere le funzioni di rendicontazione sociale alla comunità a cui l'organizzazione sanitaria fa riferimento;
- promuovere la partecipazione diretta dei professionisti ad attività di ricerca clinica, di adattamento delle linee guida cliniche internazionali alla realtà locale attraverso la progettazione di idonei percorsi assistenziali;
- rendere ordinaria la valutazione continua dei risultati sanitari con materiali e strumenti quali audit, sulla base di documentazione adeguata;
- favorire la partecipazione dei professionisti a gruppi collaborativi dell'asl e di benchmarking dei risultati delle stesse;
- assicurare la partecipazione diretta degli infermieri di comunità allacommissioni professionali e ai comitati dedicati alla definizione delle strategie aziendali per monitorare e prevenire emergenze sanitarie, venti avversi a garanzia delle sicurezza dei pazienti e degli operatori delle strutture residenziali;
- garantire che le strutture abbiano standard qualitativi elevati.

Da tutto ciò si evince come il ruolo del vertice strategico sia importante nell'attivazione dell'infermiere di comunità, con il compito di supporto alle RSA E RSSA. Poiché la capacità di leadership di quest'ultimo può dare un grande aiuto affinché le strutture residenziali siano un sistema efficace ed efficiente con al centro il paziente, il professionista e l'intera comunità.

BIBLIOGRAFIA

1. Mislej M., Paoletti F., L'Infermiere di famiglia e di comunità, Maggioli editore, 2008.
2. Pellizzari M. L'Infermiere di comunità dalla teoria alla prassi, McGraw-Hill Education, 2008.
3. Position statement L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) - Revisione luglio 2020 -
(<https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunità.pdf>).
4. Rocco G, Mercadelli S, Stievano A, Cipolla C. Infermiere di famiglia e di comunità: proposte di policy per un nuovo welfare: ricerca svolta in collaborazione tra Ministero della salute e Collegio IPASVI di Roma. 2017

DALLE COMPETENZE AVANZATE AL LAVORO USURANTE.

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA E IL NUOVO CCNL

Autore: Dott. Pierpaolo Volpe - Presidente OPI Taranto

La Professione infermieristica in questi ha subito numerosi cambiamenti passando da “professione sanitaria ausiliaria” a quella di “professione sanitaria” attribuendo così una connotazione totalmente diversa nel SSN al Professionista Infermiere.

L’abolizione del mansionario ad opera della legge 42/1999 e il successivo intervento normativo con la legge 251/2000, ha consentito all’Infermiere di diventare un Professionista autonomo per tutte le attività previste dallo specifico professionale.

Nonostante l’approvazione del comma 566 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, da tanti ritenuta la panacea di tutti i mali, nulla è cambiato in termini di competenze avanzate per la Professione infermieristica bloccando così per anni il processo evolutivo e di cambiamento del SSN già realizzato in altri paesi europei.

È arrivato il momento di porre in essere le basi per un immediato cambiamento, non solo normativo, ma soprattutto culturale, che consenta finalmente il riconoscimento delle competenze avanzate già acquisite dagli Infermieri con la formazione universitaria post laurea.

Dalle informazioni raccolte dai vari comunicati delle Organizzazioni sindacali che partecipano alla trattativa nazionale per il rinnovo del CCNL Sanità Pubblica, le prospettive non ci lasciano certamente sereni.

Non si intravede uno sforzo dell’ARAN nel riconoscere il giusto lavoro svolto dagli Infermieri in particolari condizioni di lavoro.

Le indennità relative al lavoro svolto durante il turno notturno e festivo non garantiscono, in termini concettuali, il riconoscimento della giusta retribuzione la quale secondo la nostra Carta costituzionale deve essere proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro.

Così come non risultano essere adeguate ai rischi connessi all’attività lavorativa le indennità di malattie infettive, di terapia intensiva, di assistenza domiciliare ecc.

Il lavoro svolto dagli Infermieri rientra a pieno titolo tra i lavori usuranti e come tale va governato non solo sotto l’aspetto pensionistico, ma anche retributivo.

In questi due anni il lavoro degli Infermieri, indispensabile per il corretto funzionamento del SSN, ha reso evidente a tutti non solo i rischi connessi all’attività lavorativa, ma anche la necessità di avere competenze specialistiche avanzate per l’esercizio della professione che in quanti tali meritano del giusto riconoscimento economico.

L’avvio degli Stati generali della Professione infermieristica servirà sicuramente ad avviare una seria discussione sulla c.d. “questione infermieristica”, ma rischia di produrre tardi i suoi effetti se si considera che da previsioni il nuovo CCNL Sanità Pubblica potrebbe essere approvato tra aprile e maggio prossimo.

Il momento giusto per il cambiamento è ora, altrimenti rischiamo di arrivare tardi all’appuntamento con l’effettiva messa in opera del PNRR.

La Professione infermieristica non può più aspettare.



Lettera al Direttore Quotidiano sanità

IMBARAZZANTI LE DICHIARAZIONI DI ALCUNI SINDACATI DELLA DIRIGENZA MEDICA



Dott. Pierpaolo Volpe – Presidente OPI Taranto

Gentile Direttore,

in questi giorni abbiamo assistito ad un imbarazzante teatrino dove alcuni sindacati della Dirigenza Medica, non titolati a parlare di Comparto, hanno effettuato osservazioni e critiche sul CCNL del Comparto sanità (già stato siglato da Aran e Sindacati ed ha ottenuto il via libera da parte del Consiglio dei Ministri, ma che è ancora in attesa della certificazione della Corte dei conti) che lasciano i tecnici senza parole.

I Sindacati in questioni dovrebbero essere a conoscenza che una via pattizia non può derogare a leggi dello Stato, facendo venir meno *ab origine* ogni critica e osservazione avanzata, a mio avviso in maniera totalmente inopportuna e tardiva, considerando che il testo è noto a tutti gli stakeholder da mesi.

Purtroppo si continua a parlare di atto medico in maniera inopportuna e non di atto sanitario, considerando che la legge stabilisce le competenze esclusive dei medici (diagnosi, prescrizione, consenso informato e compilazione delle SDO) differenziandole dall'atto medico specialistico che compete al medico specialista (esempio refertazione indagine radiografica).

Il combinato disposto delle leggi 42/1999, 43/2006 e 251/2000 hanno delineato chiaramente il perimetro in cui si muovono tutte le Professioni sanitarie, pertanto continuare a sostenere tesi scollegate dalla realtà, propagandistiche e lesive del Sistema salute, è un'operazione assolutamente da censurare.

Una cosa però va evidenziata, i medici devono fare i medici. In molte realtà abbiamo medici che svolgono attività che in altre Regioni sono svolte dagli Infermieri, sottraendo quindi unità mediche specialistiche nonché attività proprie del medico alle Aziende sanitarie (esempio *wound care*).

Mi chiedo se nel 2022 sia ancora necessario avere un medico specialista per la prescrizione di un presidio per l'incontinenza, in un paziente che ha già ricevuto la diagnosi da un medico di una struttura pubblica o privata convenzionata. In questa decuplicazione di burocrazia sottraiamo medici specialisti a funzioni indispensabili per il funzionamento del SSN e generiamo di contro il problema annoso delle liste d'attesa.

Un Infermiere specialista con competenze certificate (master o laurea magistrale) non può essere prescrittore di un presidio per l'incontinenza? Certamente sì in una visione innovativa della sanità.

A chi non vuole l'evoluzione del Sistema salute e il cambiamento anche per ragioni corporativiste, spero non economiche, dico semplicemente di guardare agli altri paesi dell'OCSE dove i medici non sono relegati a meri prescrittori di presidi e gli Infermieri svolgono *ogni* *legis* funzioni specialistiche consentite anche in Italia a legislazione invariata.

Una sana cultura delle Professioni sanitarie non farebbe male a quel piccolo e isolato gruppo di sindacalisti medici conservatori di una visione ottocentesca della sanità.

**Il Presidente
Ordine delle Professioni Infermieristiche
Provincia di Taranto
Dott. Pierpaolo Volpe**

Convenzioni 2022

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), hydrokinesiterapia integrata all'hydri-fisio: 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
MESELE	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	120 € + 30 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE) (SALDO ENTRO 15 GG)	90 € + 30 €	SALA & CORSI
ANNUALE	300 € (IN 3 RATE, SALDO ENTRO 3 MESI)	200 €	SALA & CORSI
YOGA	30 € / MESE	40 €	
BALLI CARIBICHI	35 € / MESE (3 GG / SETTIMANA)	25 €	

La parola a noi



Lo studio dentistico Capuzzello offre ai propri pazienti una vasta gamma di servizi e si rivolge a tutte le fasce d'età.

Ogni paziente è unico, ascoltiamo la sua storia per trovare la soluzione migliore in base alle sue esigenze e abitudini.

I pazienti sono accompagnati lungo tutto il percorso con follow up personalizzati.

Di seguito le nostre cure e terapie:

- Implantologia
- Parodontologia
- Estetica Del Sorriso
- Odontoiatria Pediatrica
- Ortodonzia
- Odontoiatria Protetica
- Ortodonzia Invisibile
- Igiene Orale
- Sbiancamento Endodonzia

ORARI

Lunedì: 14.00 - 20.00

Martedì: 9.00 - 14.00

Mercoledì: 14.00 - 20.00

Giovedì: 14.00 - 17.00 (Urgenze)

Venerdì: 9.00 - 16.00

CONTATTI

Studio Dentistico Capuzzello

Corso Italia, 211, 74121 Taranto

Cell: 350 1412979

Email: studiocapuzzello@gmail.com

Sito: studiodentisticocapuzzello.it

Facebook: StudioDentisticoCapuzzello

Instagram: Studio_Dentistico_Capuzzello

**PER GLI ASSOCIATI 15%
DI SCONTO SU OGNI
TRATTAMENTO**



IL CONSIGLIO DIRETTIVO, LA COMMISSIONE D'ALBO
E I REVISORI DEI CONTI DELL'OPI TARANTO
AUGURANO UN SERENO NATALE ED UN FELICE ANNO NUOVO

