

NUMERO

1
2019



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

O.P.O.



Ordine della Professione Ostetrica
Ancona

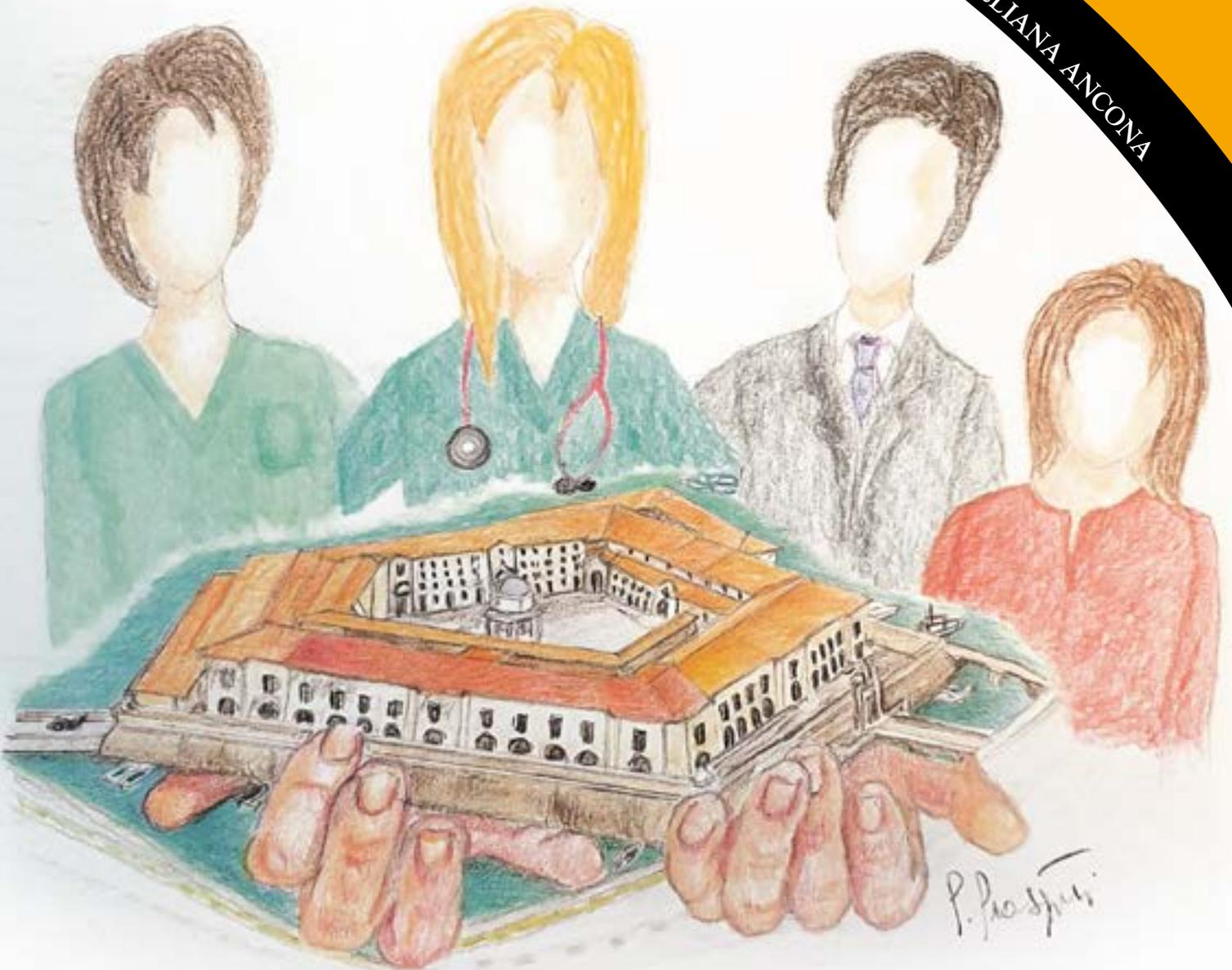
CONFRONTO

PROFESSIONALE

PERIODICO DELL'ORDINE
DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

10 MAGGIO 2019
GIORNATA INTERNAZIONALE
INFERMIERE

AUDITORIUM MOLE VANVITELLIANA ANCONA



ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONAOrdine della Professione Ostetrica
Ancona

CONFRONTO

PERIODICO DELL'ORDINE
DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

PROFESSIONALE

PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

EDITORIALE

a cura di Giuseppino Conti

Chiamateci per nome, siamo infermieri!
a cura di Lorenzo Possanzini

Relazione del tesoriere sulla situazione
Finanziaria e Amministrativa del 2018
e Bilancio Preventivo Finanziario 2019
a cura di Antonio Tenace

Formazione e competenze
per un'infermieristica sostenibile
a cura di Annamaria Frascati e Roberto Canestrone

On-line il nuovo sito dell'ordine
a cura di Antonio Pio Tortorelli

Nuova sede... work in progress...
a cura di Valeria Fabbri e Antonio Tenace

D.C.A. e il Codice Lilla
a cura di Cinzia Giambartolomei

Residenze per anziani, il mio punto di vista
a cura di Bruno Spedaletti

La posta dell'ordine

AREA SCIENTIFICA

Competenze infermieristiche nel monitoraggio
emodinamico invasivo
a cura di G. Franceschini

p. 3

p. 4

p. 5

p. 8

p. 10

p. 11

p. 12

p. 13

p. 14

p. 16

Gestione infermieristica del paziente
con extra-corporeal membrane oxygenation:
una revisione di letteratura
a cura di E. Fraboni, S. Ortolani

p. 17

La prevenzione scende in piazza:
controlli medici gratuiti a Loreto (An)
a cura di A. Frascati, I. Grassi, G. Conti

p. 18

Il burnout nella realtà oncologica:
applicazione del check-up organizzativo
nel settore infermieristico
a cura di G. Franceschini, M. Barbuzzi, M. Mercuri

p. 19

Infermiere di famiglia e le cure primarie:
a che punto siamo?
a cura di E. Fagiani, R. Canestrone

p. 20

La Responsabilità disciplinare dell'infermiere
nella Pubblica Amministrazione
a cura di M. Rignanese

p. 21

Nuovi modelli organizzativi: l'assistenza
infermieristica nei PDTA oncologici
a cura di R. Stoico, C. Catani, F. Vitarelli

p. 22

La gestione in ambulatorio virtuale
della sindrome cardiogeriatrica:
studio osservazionale cross-sectional
a cura di R. Canestrone, A.L. Lizzadro, M. Nardella, G. Candelori

p. 23

Educazione dei caregiver nella gestione
infermieristica della tracheostomia pediatrica
a domicilio: revisione della letteratura.
a cura di C. Carloni, S. Ortolani

p. 24

PROFESSIONE DI OSTETRICA

EDITORIALE

a cura di Margherita Piermaria

p. 26

AREA SCIENTIFICA

La realtà dell'Hospice Perinatale
a cura di Alessia Botta

p. 27

DIREZIONE, AMMINISTRAZIONE E REDAZIONE

Via Ruggeri 3/N,
60131 Ancona
Tel. 071 205516
Fax 071 2077491
info@opiancona.it
ancona@cert.ordine-opi.it
www.opiancona.it

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Lorenzo Possanzini

COMITATO EDITORIALE Gruppo Rivista OPI Ancona

Roberto Canestrone
Annamaria Frascati
Cinzia Giambartolomei
Rosa Stoico
Antonio Pio Tortorelli

PROGETTO GRAFICO E STAMPA

Tipografia Luce - Osimo

DISEGNO IN COPERTINA

Patrizia Prospitti

EDITORIALE

Giuseppino Conti

Presidente



Cari Colleghi, un anno fa il direttivo del nostro Ordine si diede un obiettivo importante: acquistare un locale adeguato per svolgere l'attività istituzionale. Questo avrebbe consentito di uscire dall'incertezza del mercato degli affitti e al tempo stesso destinare le risorse del canone locativo all'attività in favore degli iscritti. Le aspettative erano tante e così pure le preoccupazioni; acquistare una sede ad hoc in base alle nostre esigenze non è stato facile.

Sono stati numerosi i momenti trascorsi a vedere e rivedere ogni particolare per realizzare il sogno. Chiaramente non si tratta di un traguardo ma di una tappa importante che ci siamo prefissati ad inizio mandato. Arrivati quasi a metà del progetto è un po' come aver superato un esame difficile e sofferto che spinge ad un maggior slancio per andare avanti a testa alta.

Tutto è stato possibile grazie alla collaborazione ed all'impegno del Consiglio dell'Ordine, ma anche grazie al sostegno di tutti gli iscritti. Salvo complicazioni, entro la fine dell'anno riusciremo

ad effettuare questo trasferimento ed inaugurare la nuova sede: sarà nostra premura tenervi informati dei nostri passi giorno dopo giorno.

Veniamo ora alla quota d'iscrizione: è di pubblico dominio che FNOPI abbia aumentato le imposte dovute dagli Ordini provinciali, a tal proposito comunico che il nostro consiglio oltre a non aumentare ulteriormente la spesa annuale, è anche uno dei pochi rimasti con la tassa d'iscrizione tra le più basse a livello nazionale.

Sinceramente sono soddisfatto di questo risultato, dato che in un periodo storico dove il costo di ogni bene è sempre più elevato, la nostra decisione mi sembra un segno di coerenza e un piccolo aiuto per tutti gli infermieri. Per agevolare gli iscritti, abbiamo ampliato anche le modalità di pagamento che variano dal bollettino postale, bonifico bancario, PagoPA o direttamente sul portale dell'Agenzie Entrate.

Voglio sottolineare inoltre un problema a dir poco preoccupante: parlo delle aggressioni nei servizi sanitari. Sono sempre più gli infermieri del nostro Ordine

che vengono minacciati e/o aggrediti durante il turno di lavoro. A differenza di altri che operano in contatto diretto con l'utenza, la nostra categoria ha un rischio di subire atti di violenza molto più elevato. Pazienti e molte volte anche caregiver, attraverso aggressioni fisiche, verbali o di atteggiamento, provocano effetti nocivi e negativi non solo alla persona colpita ma anche in termini economici, sociali e di qualità delle cure prestate. Vi invito pertanto a denunciare qualsiasi atto subito e non solo per quelli più gravi dove vi è una lesione oggettivamente rilevabile. Purtroppo gran parte degli operatori che hanno subito tali comportamenti riferiscono effetti di tipo psicologico ed emotivo associati a disturbi da stress lavorativo correlato difficili da smaltire nel tempo.

Vi informo infine della variazione dei nostri indirizzi mail e sito - quest'ultimo completamente rinnovato ed effettuato appositamente per una navigazione semplice e intuitiva - invitando a consultare la rivista nell'apposita pagina dedicata.

Vi saluto e vi do appuntamento alla Giornata Nazionale a noi dedicata.



Chiamateci per nome, siamo infermieri!

a cura di Lorenzo Possanzini

Molte volte, troppe volte, vengono impropriamente associate la figura dell'Infermiere con quella del Paramedico. Recentemente, soprattutto sui social network e sui giornali, si notano sempre più frasi o interi articoli dove erroneamente avviene questa sostituzione di "denominazione" anziché separarle e distaccarle completamente. E' ora di fare chiarezza e conoscere di cosa si occupano veramente queste professioni.

Il paramedico è una figura riconosciuta in molti paesi anglofoni (Regno Unito, Irlanda, U.S.A., Canada, Australia e Nuova Zelanda) ma non è presente in Italia, la cui formazione ed inquadramento giuridico sono profondamente differenti da quelli dell'Infermiere. I Paramedici sono tecnici dell'emergenza medica (EMT) che hanno frequentato un corso di formazione dove vengono trattate materie medico-sanitarie importanti allo svolgimento della professione. In particolare, gli aspiranti acquisiranno competenze nell'ambito dell'Advanced Life Support (ALS) e nel Soccorso vitale di chi ha subito un trauma compreso le manovre specifiche, i protocolli e gli strumenti da applicare nei vari casi di emergenza che possono presentarsi. I corsi sono suddivisi in quattro categorie e a seconda

del grado di formazione ricevuta i praticanti potranno esercitare operazioni differenti in base al livello raggiunto. Nel dettaglio abbiamo:

- EMT – B (Basic): Gli allievi devono aver frequentato un corso formativo di 110 ore e una volta superato l'esame di abilitazione possono compiere tutte le manovre non invasive di soccorso e assistere le persone nell'assunzione di farmaci già prescritti;
- EMT – I (Intermediate): Fanno parte di questo livello gli studenti che hanno svolto una formazione variabile da alcuni mesi a un anno integrati con tirocini su ambulanze ALS e in ospedale. Distinguiamo gli EMT – I/85 e gli EMT – I/99. I primi sono autorizzati a compiere alcune procedure invasive o diagnostiche come la somministrazione di terapia endovenosa, l'uso di presidi avanzati per gestire le vie aeree e l'interpretazione elettrocardiografica di base. I secondi - oltre a quanto previsto per l'EMT – I/85 - possono compiere manovre come la decompressione di un pneumotorace, l'intubazione endotracheale, il drenaggio nasogastrico e la somministrazione di farmaci per il trattamento di alcune aritmie;
- EMT – P (Paramedic): è il massimo livello conseguibile, che varia dagli 8 mesi ai 4 anni. Il corsista è portato a conoscere tutte le tecniche dell'ALS, può praticare interventi invasivi come l'intubazione endotracheale, l'utilizzo di dispositivi sopraglottici per la ventilazione invasiva, l'iniezione intraossea

e il posizionamento di accessi venosi centrali; può effettuare la cardioversione elettrica, utilizzare il defibrillatore in modo manuale, è formato per interpretazione avanzata dell'ecg ed è autorizzato alla somministrazione di farmaci in emergenza previsti in protocolli condivisi.

Una volta conseguita la qualifica, i Paramedici potranno trovare impiego nelle ambulanze, nell'elisoccorso, nelle automediche, motociclette e anche bicilette allestite con il materiale medico.

Inoltre i Paramedici possono anche operare in squadra con altre figure sanitarie per sfruttare le competenze di ognuno e integrarsi nel team assistenziale.

L'Infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica, esperto nei processi curativi della salute, un dottore provvisto di codice etico deontologico, che si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione.

L'infermiere dopo aver svolto un Corso di Laurea triennale, può anche proseguire gli studi specializzandosi conseguendo Master di primo e secondo livello sia nell'ambito del management e coordinamento che in aree specialistiche. L'Infermiere inoltre può conseguire la Laurea Magistrale e il Dottorato di Ricerca, una formazione completa in ogni aspetto che configura un profilo professionale di alta levatura scientifica.

E' evidente come la nostra formazione, oltre al conseguimento dei titoli post universitari - per non parlare dell'obbligo al conseguimento dei crediti

ECM - sia in continuo sviluppo formativo e non possa essere minimamente sovrapponibile alla formazione dei Paramedici. Siamo semplicemente figure differenti, come sono diverse per l'appunto responsabilità, autonomie, formazione ed inquadramento giuridico ma soprattutto in relazione al tipo di sistema sanitario vigente.

Ritengo quindi giusto essere informati riguardo le competenze e gli studi effettuati da ogni figura sanitaria. Viviamo in un momento storico dove purtroppo si tende sempre ad approssimare e unire più professioni. Noi siamo Infermieri, i Fisioterapisti sono Fisioterapisti, i Medici sono Medici, e via scorrendo, ognuno secondo il suo inquadramento e la sua professionalità.

Risulta infine doveroso fare questa distinzione tra Infermiere e Paramedico soprattutto in un Paese come l'Italia, perché ancora oggi tale termine viene utilizzato erroneamente per indicare una figura "assistente" del Medico, quasi come se non fosse riconosciuta la specificità del Nursing.

L'infermiere si occupa di assistenza infermieristica, si occupa di rilevare e soddisfare i bisogni clinici e non (olistici) del paziente. L'approccio assistenziale di tipo infermieristico ha da sempre una sua peculiarità fondata sull'umanizzazione delle cure, ed è questo il motivo che ci porta a respingere aspramente la denominazione di paramedico (Para=vicino) medico (vicino al medico) perché la nostra natura è quella di stare vicino all'utenza sempre e comunque. Pertanto concludo chiedendo di essere chiamati "INFERMIERE".



Relazione del tesoriere sul Bilancio Consultivo 2018 e Bilancio Preventivo 2019

a cura di Antonio Tenace

Il Rendiconto generale è stato redatto sulla base del "Regolamento di amministrazione, contabilità e attività contrattuali del Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona", approvate da codesto collegio in occasione dell'Assemblea Generale Ordinaria del 28 Marzo 2019, nonché degli artt. 2423 e seguenti del Codice Civile.

Il Bilancio Consultivo 2018 e preventivo 2019 si compone dei seguenti documenti:

- Situazione finanziaria
- Conto Economico
- Stato Patrimoniale
- Relazione sulla gestione e Nota Integrativa.

Costituiscono allegati al bilancio:

- la situazione amministrativa
- la relazione del collegio dei revisori dei conti.

Nelle foto, alcuni momenti dell'Assemblea Generale Ordinaria del 28 marzo 2019



Di seguito riportiamo la situazione finanziaria 2018 e la situazione amministrativa 2018. Il Bilancio Consuntivo ed il Bilancio Preventivo 2019 completi è possibile leggerli sul nostro sito www.opiancona.it

SITUAZIONE FINANZIARIA 2018

Il rendiconto finanziario espone i risultati della gestione finanziaria delle entrate e delle uscite, distinte in gestione di competenza, dei residui e di cassa.

Il criterio di competenza finanziaria attribuisce un'operazione di entrata o di spesa all'esercizio nel quale è stata accertata o impegnata. Si ricorda che un'entrata si considera "accertata" quando vengono determinati tutti gli elementi che identificano il credito, la motivazione, il debitore, l'esatto ammontare e la scadenza; una spesa si considera "impegnata" quando sussiste la dichiarata volontà di vincolare mezzi finanziari per un determinato motivo ed entro una determinata scadenza. Il criterio di cassa pone invece l'attenzione sul momento monetario, quindi in base ad esso un'entrata è di competenza nel momento in cui viene riscossa e un'uscita è di competenza nel momento



in cui avviene il pagamento. In sintesi, per la medesima operazione, il momento della competenza finanziaria corrisponde alla nascita del credito o del debito (fase dell'accertamento e dell'impegno) mentre il momento di cassa corrisponde al momento di riscossione o di pagamento. Attraverso la gestione dei residui attivi e passivi si ha la relazione tra la gestione di competenza finanziaria e quella di cassa. Infatti, è attraverso la determinazione dei residui che si ha l'identificazione delle entrate e delle spese accertate o impegnate alla fine dell'esercizio ma non ancora incassate o pagate. Il Rendiconto finanziario gestionale si articola in capitoli ed evidenzia:

- le entrate di competenza



dell'anno accertate, riscosse o da riscuotere;

- le uscite di competenza dell'anno impegnate, pagate o da pagare;
- la gestione dei residui attivi e passivi degli esercizi precedenti;
- le somme riscosse e pagate in conto competenza ed in conto residui;
- il totale dei residui attivi e passivi da trasferire all'esercizio successivo.

SITUAZIONE AMMINISTRATIVA 2018

La Situazione Amministrativa evidenzia la formazione dell'avanzo/disavanzo di amministrazione complessivo dell'esercizio. Alla consistenza di cassa iniziale si sommano le riscossioni, classificate "in conto competenza" e "in conto residui", e si sottraggono i pagamenti, anch'essi distinti "in conto competenza" e "in conto residui", per poi aggiungere i residui attivi e sottrarre quelli passivi. Il risultato finale è, appunto, l'avanzo/disavanzo complessivo di amministrazione che al 31/12/2018 ammonta a euro 259.714,85. Nonostante ci sia un risultato positivo, tuttavia, è opportuno evidenziare che la gestione del periodo ha comportato spese

superiori alle entrate, che hanno eroso parte delle disponibilità iniziali. Ciò per effetto degli importanti investimenti che l'Ordine ha scelto di effettuare, in esecuzione della precedente deliberazione assembleare, ovvero l'acquisto di un immobile dove trasferire la sede. Per quanto riguarda le entrate effettive accertate e le spese impegnate, la gestione ha generato un disavanzo di euro 28.480,74.

PRINCIPI DI REDAZIONE

(Rif. art. 2423, e art. 2423-bis C.c.)

La valutazione delle voci di bilancio è stata fatta ispirandosi a criteri generali di prudenza e competenza, nella prospettiva della continuazione dell'attività. L'applicazione del principio di prudenza ha comportato la valutazione individuale degli elementi componenti le singole poste o voci delle attività o passività, per evitare compensazioni tra perdite che dovevano essere riconosciute e profitti da non riconoscere in quanto non realizzati. In ottemperanza al principio di competenza, l'effetto delle operazioni e degli altri eventi è stato rilevato contabilmente ed attribuito all'esercizio al quale tali operazioni ed eventi si

riferiscono, e non a quello in cui si concretizzano i relativi movimenti di numerario (incassi e pagamenti). In applicazione del principio di rilevanza non sono stati rispettati gli obblighi in tema di rilevazione, valutazione, presentazione e informativa quando la loro osservanza aveva effetti irrilevanti al fine di dare una rappresentazione veritiera e corretta. La continuità di applicazione dei criteri di valutazione nel tempo rappresenta elemento necessario ai fini della comparabilità dei bilanci della società nei vari esercizi.

ALTRE INFORMAZIONI

Si segnala, a doveroso completamento



dell'informativa di bilancio, che le due operazioni che hanno dato un effetto importante sul bilancio sono state le seguenti (in aggiunta all'ordinaria operatività dell'ente): eliminazione del fondo rischi per contenziosi legali in corso, pari a euro 52.012,22, relativo al contenzioso con una ex dipendente, in quanto l'OPI ha vinto il processo, non è stato proposto appello e dunque tale posta di bilancio non ha più ragione di esistere. Pertanto, tale cancellazione ha generato una sopravvenienza attiva, di natura straordinaria, indicata nella voce A5 del Conto Economico. L'acquisto della nuova sede per complessivi euro 109.715,10, di cui euro 1.302,70 devono ancora essere fatturati da parte del notaio che ha stipulato l'atto di compravendita. Pertanto, attualmente in bilancio risultano, nell'attivo dello stato patrimoniale solo euro 108.412,40. Si è scelto di rinviare all'anno 2019 inizio del processo di ammortamento, poiché il bene, al 31/12/2018 non era ancora disponibile, né erano iniziati i lavori di ristrutturazione che si rendono necessari al fine di metterlo in funzione.



BILANCIO PREVENTIVO FINANZIARIO 2019

ENTRATE	PREVISIONI DI COMPETENZA	PREVISIONI DI CASSA
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI	€ 200.200,00	€ 200.200,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI	€ -	€ -
QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'ONERE DI PARTICOLARI GESTIONI	€ 400,00	€ 400,00
TRASFERIMENTI CORRENTI DA PARTE DELLO STATO - PROVINCE-REGIONI-COMUNI - ALTRI ENTI PUBBLICI	€ -	€ -
ENTRATE DERIVANTI DALLA VENDITA DI BENI E DALLA PRESTAZIONE DI SERVIZI	€ -	€ -
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	€ 4.250,00	€ 4.250,00
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI USCITE CORRENTI	€ -	€ -
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€ -	€ -
A) TOTALE ENTRATE CORRENTI	€ 204.850,00	€ 204.850,00
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI	€ -	€ -
ALIENAZIONE IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	€ -	€ -
RISCOSSIONE CREDITI	€ -	€ -
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE DA PARTE DELLO STATO-PROVINCE-REGIONI-COMUNI E ALTRI E.P.	€ -	€ -
ASSUNZIONE DI MUTUI	€ -	€ -
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI	€ -	€ -
B) TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	€ 10.000,00	€ 10.000,00
C) TOTALE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 10.000,00	€ 10.000,00
(A+B+C) TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 214.850,00	€ 214.850,00
UTILIZZO DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE	€ -	-----
UTILIZZO DELL'AVANZO DI CASSA	-----	€ -
TOTALE GENERALE	€ 214.850,00	€ 214.850,00
USCITE	PREVISIONI DI COMPETENZA	PREVISIONI DI CASSA
USCITE PER GLI ORGANI DEL COLLEGIO	€ 17.500,00	€ 17.500,00
USCITE PER IL PERSONALE IN ATTIVITA' DI SERVIZIO	€ 31.327,90	€ 31.327,90
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI DI CONSUMO E SERVIZI	€ 24.790,00	€ 24.790,00
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI	€ 42.300,00	€ 42.300,00
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	€ 81.600,00	€ 81.600,00
TRASFERIMENTI PASSIVI	€ -	€ -
ONERI FINANZIARI	€ 400,00	€ 400,00
ONERI TRIBUTARI	€ 5.396,50	€ 5.396,50
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI	€ 1.000,00	€ 1.000,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€ 5.000,00	€ 5.000,00
ACCANTONAMENTO AL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO	€ 2.200,00	€ -
ACCANTONAMENTO A FONDO RISCHI ED ONERI	€ -	€ -
A1) TOTALE USCITE CORRENTI	€ 211.514,40	€ 209.314,40
ACQUISIZIONE DI BENI DI USO DUREVOLE ED OPERE IMMOBILIARI	€ 82.000,00	€ 82.000,00
ACQUISIZIONE IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	€ 1.000,00	€ 1.000,00
CONCESSIONE DI CREDITI E ANTICIPAZIONI	€ -	€ -
RIMBORSI MUTUI	€ -	€ -
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE	€ -	€ -
ESTINZIONE DI DEBITI	€ -	€ -
ACCANTONAMENTO SPESE FUTURE	€ -	€ -
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI	€ -	€ -
B1) TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 83.000,00	€ 83.000,00
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	€ 10.000,00	€ 10.000,00
C1) TOTALE USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 10.000,00	€ 10.000,00
(A1+B1+C1) TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 304.514,40	€ 302.314,40
COPERTURA DISAVANZO DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE		
TOTALE GENERALE	-€ 89.664,40	-€ 87.464,40



Formazione e competenze per un'infermieristica sostenibile



a cura di Annamaria Frascati e Roberto Canestrà

La formazione professionale sta assumendo sempre più un'importanza strategica nel mondo lavorativo. Essa viene incontro, da una parte, ai fabbisogni formativi espressi dalle aziende; dall'altra alle esigenze dei professionisti di acquisire competenze e di mantenersi aggiornati ai continui cambiamenti dettati da studi ed evidenze scientifiche. In un recente rapporto, l'OCSE ha confermato che il SSN italiano garantisce buone performance a fronte di una spesa contenuta, e, d'altro canto, ha invitato il nostro Paese a rivedere i modelli erogativi e i luoghi dell'offerta sanitaria, stante l'oggettiva modificazione dei bisogni di salute e della domanda di servizi conseguenti all'aumento delle patologie cronico degenerative, all'invecchiamento della popolazione e alle molteplici forme di fragilità. La definizione e valutazione delle competenze infermieristiche rappresenta una sfida cruciale per definire gli standard professionali, per garantire la qualità dell'assistenza e per la futura sostenibilità dei sistemi sanitari. La Nurse Competence Scale (NCS) è stata tradotta e adattata al contesto culturale italiano ma la validità e l'affidabilità dello strumento sono state

valutate su campioni molto ristretti di infermieri. A tale proposito è stato condotto uno studio multicentrico con lo scopo di integrare i dati disponibili sulla validità e affidabilità della versione italiana della NCS, su un campione di 235 infermieri operanti in ambito clinico in tre aziende ospedaliere lombarde (L'Infermiere N°6 - 2014). La spinta verso nuovi modelli innovativi come l'infermieristica di comunità rappresenta un modello di gestione alternativo alla centralizzazione sanitaria degli interventi atti a favorire e mantenere lo stato di salute delle persone, formalizzato a livello istituzionale da oltre 20 anni. Un ruolo e funzione delineato sin dal 1998 dall'OMS UE con il documento programmatico «Salute 21: la salute per tutti nel XXI secolo», approvato a seguito di ampie consultazioni tra i 51 Stati membri e altre grandi organizzazioni scientifiche sanitarie. Gli attori protagonisti fautori dei 21 obiettivi descritti, il medico di base e l'infermiere di famiglia, con competenze integrate tra loro citate nei documenti della stessa OMS Doctors for Health, WHO Global Strategy for Changing Medical Education and Medical Practice for Health for all Nurses and Midwives for Health e A WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education; dove all'infermiere di famiglia

è richiesto di essere competente come erogatore di assistenza, decisionalista, comunicatore, leader di comunità e manager". (Documento OMS Infermiere di Famiglia traduzione a cura di quotidiano sanità). Nel documento redatto dal Who (Healt 2 1998) si ribadisce inoltre la necessità di un cambiamento innanzitutto della formazione dell'infermiere, producendo professionisti con conoscenze di base e avanzate dal punto di vista scientifico, con abilità nella diagnosi clinica e abilità di tipo preventivo, curativo e riabilitativo. Prosegue poi affermando che gli infermieri devono saper applicare le loro abilità di cura nei contesti familiari e di comunità usando conoscenze mediche non solo per garantire la miglior qualità di assistenza possibile sia al singolo che alla famiglia, ma dando anche la opportunità agli studenti di fare esperienza del lavoro all'interno di una comunità e di comprendere come questa influenzi lo sviluppo di determinate malattie e le modelli al suo interno. L'infermiere di famiglia è il professionista che si occupa di "presa in carico" e gestione del percorso assistenziale nelle varie fasi della vita. È una figura di riferimento per l'intera cittadinanza, collabora con le diverse figure specialistiche coinvolte nei processi decisionali allo

scopo di raggiungere il miglior livello di salute, verifica l'andamento nel tempo, si occupa di prevenzione ed educazione a corretti stili di vita, è figura collante tra il sociale e il sanitario. È quel professionista con forti capacità relazionali, empatiche che sa cogliere non solo il problema oggettivo di un individuo immerso nel suo contesto familiare, ma anche tutti gli elementi di contorno che possono aver contribuito a generare lo stato di malattia. L'aumento delle persone con problemi di non autosufficienza derivante da disabilità e malattie croniche o dalla mancanza di supporto sociale e lo sviluppo esponenziale di bisogni assistenziali sempre più complessi sono tra i fenomeni più evidenti che hanno portato nel nostro Paese un fiorire di iniziative per trovare risposte adeguate, differenziando i livelli di intervento della professione infermieristica. Il mondo della sanità in generale e quello infermieristico in particolare ha subito notevoli cambiamenti, il convegno dell'Ordine dal titolo "Un'alleanza per il cambiamento; infermiere, istituzioni e cittadino", organizzato per il 10 maggio presso la Mole Vanvitelliana di Ancona in occasione della Festa Internazionale dell'Infermiere, si propone

di evidenziare alle istituzioni lo sviluppo professionale e formativo degli infermieri e proporre il proprio contributo nella gestione dei bisogni di salute della popolazione con particolare attenzione all'assistenza territoriale attraverso la gestione della cronicità a domicilio o nelle strutture dedicate. Assume in questo contesto un ruolo importante l'intervento infermieristico, il cui apporto sarà indispensabile per progettare e gestire la rete di assistenza operativa che può e deve, concretamente ogni giorno, migliorare la qualità della vita dei cittadini.

CONCETTO DI ALLEANZA PER IL CAMBIAMENTO

È imperativo che la professione sia lungimirante e si integri con i futuri sistemi di assistenza sanitaria che prevedono anche una diversa valutazione delle competenze, in relazione agli esiti assistenziali. Le proposte, condivise con tutti gli attori, per il miglioramento dell'assistenza e il rafforzamento dell'alleanza tra cittadini e infermieri trovano ampio respiro sull'umanizzazione delle cure, a partire da una maggiore attenzione al dolore, alle sofferenze inutili, il contrasto al minutaggio e la burocratizzazione dell'assistenza ma soprattutto alla consapevolezza clinica della professione. La priorità delle cure domiciliari avviene solo attraverso un rilancio dell'azione politica sulle figure dell'infermiere di famiglia e in generale degli infermieri impegnati nell'assistenza territoriale. È fondamentale qualificare l'assistenza, garantendo continuità e innovazione dei percorsi attraverso una maggiore valorizzazione delle competenze della professione e maggiore investimenti nel capitale umano e su una innovazione tecnologica sostenibile. È proprio nella direzione

della valorizzazione dell'apprendimento che si orientano le nuove direttive miranti ad aumentare e consolidare il potenziale di sviluppo, la rivoluzione digitale ha aperto nuove opportunità per coinvolgere le persone nella loro salute, ottimizzando l'esecuzione del flusso di lavoro e riducendo gli sprechi, a alimentando la crescita professionale. Le competenze possono essere definite come la capacità di costruire le potenzialità di un lavoratore a partire dalle sue risorse cognitive, emotive e valoriali per realizzare performance e consapevolezza verso lo sviluppo di obiettivi e sono essenziali per il raggiungimento degli stessi aspirando ad alti standard qualitativi. La direzione quindi è quella della certificazione delle competenze in riferimento ad un repertorio nazionale dei certificati di formazione, ovvero un insieme di tutti i titoli rilasciati a livello provinciale, regionale e nazionale che costituisca un quadro di riferimento unico per l'attestazione delle competenze. Ciò significa che le competenze che potranno essere certificate dovranno essere riferite a specifici sistemi di qualificazione localizzati, che sottostanno a standard minimi per quanto riguarda i processi di individuazione, valutazione e certificazione. Il decreto del 16 Gennaio 2013 mostra come il riconoscimento delle competenze e la formazione stiano acquistando un ruolo sempre più importante e strutturato nell'ottica dello sviluppo del professionista.

FORMAZIONE O.P.I. ANCONA

Il gruppo formazione O.P.I. Ancona ha accolto le esigenze degli iscritti producendo un calendario delle attività formative sulla rilevazione del fabbisogno formativo evidenziando alcune necessità e sono emerse diverse tematiche

che hanno permesso di stilare le proposte e le modalità formative di seguito elencate:

- Lesioni da pressione: approccio essenziale e gestione infermieristica
- Disturbo del Comportamento Alimentare: gestione infermieristica
- Giornata Internazionale dell'Infermiere
- La gestione del paziente tossicodipendente in fase critica. Approccio e cura
- CODICE DEONTOLOGICO. Come e cosa cambia nel 2019
- FAD Formazione a distanza
- EBN: l'applicabilità in campo infermieristico
- Care management: strumenti di valutazione per il paziente cronico/critico
- Lavorare con intelligenza emotiva in sanità

SEMINARI DI APPROFONDIMENTO IN COLLABORAZIONE CON L'UNIVPM DI ANCONA

Nel percorso di Laurea in Infermieristica le competenze di cui studentesse e studenti necessitano e che devono sviluppare per un confronto costruttivo, critico e consapevole per il futuro approccio al mondo sanitario sono complesse e articolate e sono indispensabili per valutare in anticipo le possibili conseguenze di tutte le azioni che ne conseguono. Alcune informazioni fornite prima di entrare nel mondo lavorativo permettono

di conoscere meglio alcune regole dell'agire professionale, in modo da essere in grado di fare scelte il più informate e consapevoli possibili, riconoscendo le implicazioni delle stesse. Il progetto proposto dall'OPI ai Coordinatori del Corso di Laurea in Infermieristica Dott. Maurizio Mercuri e Dott. Sandro Ortolani ha permesso di programmare un seminario formativo e di sensibilizzazione dedicato ai futuri professionisti con lo scopo di:
Favorire una riflessione critica sul ruolo che si andrà a ricoprire nel complesso mondo lavorativo
Fornire approfondimenti su tematiche che accompagneranno i futuri colleghi nel percorso professionale (in allegato una bozza del programma che verrà proposto)
Avvicinare i giovani laureandi e neo-laureati all'Ordine Professionale, coinvolgere gli studenti ad una partecipazione più attiva alla vita professionale e fornire spunti utili per l'approccio al mondo del lavoro.
Tale programmazione verrà effettuata due volte all'anno in corrispondenza delle sessioni di laurea.
Di seguito viene riportato il calendario della prima edizione del 10 Aprile 2019 con i relativi consiglieri dell'Ordine.

"Il prendersi cura è l'essenza dell'infermiere".

(Jean Watson)

PROGRAMMA 2019 SEMINARIO NEOLAUREATI - OPI ANCONA

1^ EDIZIONE - 10 APRILE 2019

Consigliere	Modulo
Fabbri V.	Opi e aspetti amministrativi Lavoro pubblico o partita iva
Fagiani E.	Creazione del curriculum vitae
Conti G.	Diritti e doveri del professionista infermiere
Frascati A.	Crediti Ecm e sviluppo professionale



On-line il nuovo sito dell'ordine

a cura di Antonio Pio Tortorelli

Il passaggio da Collegio ad Ordine ha obbligato tutti gli Enti ad un cambiamento radicale nella denominazione delle proprie strutture. Di pari passo anche il nostro Ordine oltre a modificare il proprio URL ha trasformato radicalmente anche l'intero sito internet.

Quest'ultimo, non ancora indicizzato su motori di ricerca in quanto on-line da pochi mesi; è possibile visualizzarlo digitando sulla barra degli indirizzi www.opiancona.it. L'innovativa veste grafica, realizzata con un CMS, (Content Management System) o meglio un'applicazione web usata appositamente per agevolare i continui aggiornamenti, risulta essere molto dinamica e istintiva.

Grazie alla realizzazione della nuova piattaforma sono stati sostituiti anche i vecchi indirizzi mail relativi alla segreteria e alle strutture che compongono l'OPI o meglio Web/Social, Formazione, Rivista e Ricerca.



Di seguito vengono riportati tutti i contatti aggiornati:

Sito: www.opiancona.it

Segreteria generale: info@opiancona.it

PEC: ancona@cert.ordine-opi.it

Gruppo WEB/SOCIAL: websocial@opiancona.it

Gruppo FORMAZIONE: formazione@opiancona.it

Gruppo RIVISTA: rivista@opiancona.it

Gruppo RICERCA: ricerca@opiancona.it

Ricordo infine che è anche attiva la pagina Facebook "Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Ancona" molto utile per ricevere in tempo reale tutte le news relative alle nostre attività e le principali notizie che riguardano la professione infermieristica.





Nuova sede... work in progress...

A cura di Valeria Fabbri e Antonio Tenace



Salve a tutti colleghi, come promesso, eccoci, ad aggiornarvi sullo stato della nostra nuova sede OPI. Siamo molto emozionati ed orgogliosi di aver fatto questo grande passo. Ormai la sede è ufficialmente nostra, mancano solo gli ultimi ritocchi. Il nostro intento? Sicuramente creare una "casa" che ci rappresenta e ci valorizzi. Il nostro obiettivo è sfruttare al meglio gli spazi interni e unire l'estetica alla funzionalità in modo che la nuova sala comune ci permetta di ospitare i nostri eventi formativi accogliendo più persone possibili. Vogliamo che la nuova sede sia parte attiva dei nostri progetti-eventi e venga vissuta come un punto di riferimento da noi iscritti. Il tesoriere ci darà qualche dato più preciso...

L'acquisto della sede rientra tra gli obiettivi che il Direttivo si è preposto di realizzare nel triennio in cui sarà in carica, obiettivo pienamente raggiunto avendo trovato, tra le tante valutate, una valida soluzione che rispecchia pienamente i requisiti economici e strutturali prefissati. L'immobile è sito in via Ruggeri (a fianco l'attuale sede), ha una metratura di 180 metri quadri oltre ad un subalterno garage/deposito. Allo stato attuale necessita di lavori interni che stiamo provvedendo ad affidare, con l'aiuto di un tecnico, ad una ditta esecutrice prevedendo la consegna dei lavori presumibilmente entro fine anno 2019.

L'ottima metratura dell'immobile e la posizione molto luminosa ci permetterà di avere, oltre ad i vari uffici, un'ampia Aula Formazione da circa 70/80 posti. L'acquisto è stato fatto tramite asta giudiziaria al costo di euro 102.000 oltre a spese notarili e accatastamento, somme pienamente in linea con quanto preventivato in bilancio e già a disposizione dell'Ente senza il ricorso a prestiti o mutui. L'acquisto dell'edificio è sicuramente una manovra strategica che ci permetterà di risparmiare sui costi di locazione e non aumentare la quota di iscrizione, altro obiettivo del mandato, che resta comunque tra le più basse d'Italia.





D.C.A. e il Codice Lilla

a cura di Cinzia Giambartolomei



L'anoressia, la bulimia, il binge eating disorder, sono i D.C.A. più conosciuti nel nostro contesto sociale attuale; sono il sintomo di un dolore che non si vede, di un disagio psicologico di lunga "incubazione", di una profonda crepa nella memoria o nella vita familiare. Le persone con D.C.A. come cita Fabiola De Clercq in Fame d'amore (1998) "sono come il gatto dei cartoni animati che inseguito dal grosso cane del quartiere, si arrampica velocemente in cima ad un albero, per cercare il rifugio e la protezione che non saprebbe trovare altrove. Da lassù guarda con sufficienza e sollievo ciò che dal basso lo minaccia. Da lassù è sicuro di avere un controllo totale, a trecentosessanta gradi del mondo sottostante. Se scendesse, dovrebbe anche fare i conti con ciò da cui si era messo al riparo".

Il risultato è caratterizzato da una devastazione non solo della sfera psicologica, ma anche di quella fisiologica, con una frequenza non irrisoria di accesso ai dipartimenti di emergenza.

Grazie ad un tavolo di lavoro, coordinato dal Ministero della Salute in ambito dei D.C.A., nasce il Codice Lilla. L'idea di quest'ultimo e la stesura dei relativi documenti è stata fortemente voluta da due infermiere di Grosseto, Simona Corridori e Mariella Falsini che hanno evidenziato la necessità di documenti di riferimento in una tematica come quella dei D.C.A., dove ancora oggi purtroppo esiste un'estrema disomogeneità di cura e trattamento sull'intero territorio nazionale. La dottoressa Corridori, che concentrò la sua tesi di laurea magistrale proprio su quanto appena detto, si rese conto come l'offerta di prestazioni, assistenza e cura fossero inappropriate e in che misura gli operatori sanitari, non fossero adeguatamente preparati e formati, focalizzati solo

sulla cura dei sintomi organici. Grazie alla collaborazione delle colleghe, il Ministero della Salute ha reso possibile l'elaborazione il 29/8/2018 di due importanti documenti:

° Raccomandazioni per interventi in P.S. per un codice lilla (Accoglienza, valutazione e trattamento del paziente con D.C.A.);

° Raccomandazioni per i familiari (fornire le prime risposte, come ad esempio il riconoscimento dei sintomi, il comprenderne la natura e il fornire un supporto pratico). Entrambe sottolineano per un percorso clinico-assistenziale completo ed efficace, l'importanza del lavoro in team tra le diverse figure professionali e l'indispensabilità nel processo di triage della presenza di personale infermieristico adeguatamente formato la cui esperienza e specifico training, consentano non solo la raccolta dei dati e l'identificazione dei bisogni di salute della persona, ma anche il possesso di capacità relazionali e comunicative necessarie all'ascolto, al sostegno emotivo e alla costruzione di un rapporto di fiducia reciproca, al fine di far sentire davvero il paziente ed i familiari in una situazione di collaborazione ed appoggio.

E' opportuno quindi elencare le direttive del Ministero della Salute, che tutti i professionisti della sanità, dovrebbero conoscere e saper attuare, al fine del raggiungimento degli obiettivi clinici. Tra esse, ricordiamo l'importanza dell'ascolto; accogliere le informazioni fornite dai parenti (o altri eventuali accompagnatori), compatibilmente alla normativa sulla tutela sulla privacy, è una prerogativa indispensabile ed insostituibile. Inoltre, il medico di Pronto Soccorso dovrebbe vedere il paziente adulto da solo e, nel caso sia un minore, chiedere ai genitori di poterlo fare con il loro consenso. L'approccio individuale con il paziente facilita l'esplorazione della sua prospettiva sulla consultazione e sulla natura del suo problema, e getta le basi per lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa, creando un buon "feedback" ed evitando un successivo dropout terapeutico. Con gli adolescenti va comunque sempre eseguito un incontro con-

giunto con il paziente e i genitori per chiedere il loro consenso informato sulle procedure diagnostiche e terapeutiche da intraprendere. Un'altra strategia che può aiutare ad agganciare il paziente in particolare gli adolescenti, consiste nel sottolineare che l'esclusiva preoccupazione del medico sia il suo bene e non quello di altri, e che egli opererà solo per conto suo non dei genitori e di altri significativi. E' utile quindi, quando possibile, contattare il medico o il pediatra curante o gli specialisti che hanno in cura il paziente, in particolare quando si pongano ostacoli ad una corretta valutazione del quadro clinico. Per quanto riguarda le strategie comunicative messe in atto da tutto il "team", esse dovrebbero avere le seguenti finalità: mostrare empatia, essere consapevoli che i sintomi presentati sono l'espressione di una malattia e non di una volontà del paziente, essere sensibili all'ambivalenza nei confronti del trattamento, non stigmatizzare, porsi in ascolto nei confronti del paziente, non commentare le sue assunzioni, informare quest'ultimo circa gli obiettivi della valutazione dandole ove è possibile un margine di scelta, creare un dialogo. Si ricorda che il mandato "strategico" del professionista della salute è positivo quando riesce a condurre una buona relazione, quando mantiene sempre elevate le motivazioni e la fiducia proprie e del paziente, quando assicura buoni livelli di compliance e quando riesce a gestire nel miglior modo possibile eventuali imprevisti.

Per una corretta anamnesi al triage è fondamentale identificare velocemente rapide modificazioni del peso corporeo, l'improvviso rifiuto del cibo, la presenza dei metodi compensatori (vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici, supplementi tiroidei), l'eccessivo esercizio fisico, episodi di abbuffata e vomito autoindotto incontrollabili, la comparsa o l'aumento di sintomi psichici come ansia e irritabilità, i disturbi da uso di alcool o sostanze stupefacenti, il vegetarianismo o veganesimo soprattutto in giovani donne. Non va mai sottovalutato che in questa tipologia di pazienti la con-

sapevolezza di avere un problema è scarsa e la paura di affrontare un cambiamento fortissima. Il disturbo dell'alimentazione infatti è così "pervasivo", cioè impegna costantemente la mente delle persone che ne soffrono, da portare all'illusione di poter tenere lontani gli altri problemi della vita. In realtà, la maggior parte di questi problemi sono il prodotto del disturbo stesso. Questo è il motivo per cui molte persone affette da disturbi dell'alimentazione (soprattutto nelle fasi iniziali della malattia) non chiedono aiuto o rifiutano addirittura un approccio terapeutico. I D.C.A. vanno quindi individuati precocemente, si è visto che, prima si interviene e più alte sono le probabilità di una situazione di eutimia psichica e di un recupero fisico.

Negli ultimi anni si è evidenziata la funzione di risorsa che i familiari possono rappresentare ed il lavoro sinergico tra Servizi, Istituzioni e Associazioni dei familiari è un esempio più che concreto. Organizzare ad esempio interventi psicoeducativi multifamiliari è un potenziale enorme, il trè d'union "famiglia-team multidisciplinare" infatti, permette di raggiungere molti degli obiettivi prefissati per un recupero stabile, per rafforzare indirettamente il setting con alcuni membri del team e per alimentare il "percorso motivazionale" che ha lo scopo di portare la persona a desiderare il cambiamento. Ricordiamo ad esempio l'apporto della famiglia in alcune strategie e procedure di Riabilitazione Nutrizionale come il TFC (Training di Familiarizzazione con il cibo), la Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva, l'Alimentazione meccanica, e il One Day Treatment (una nuova modalità di trattamento ambulatoriale per il disturbo da binge-eating).

Il compito della famiglia, il suo saper sostenere nel dolore, la capacità di non arrendersi e dare una prova di coraggio affrontando il tunnel buio che la malattia dei figli porta con se, è la chiave vincente per traguardo finalizzato alla guarigione. Come infermieri ma anche come figure genitoriali, sarebbe auspicabile, entrare in un'ottica diversa, trasformando la sigla D.C.A. in "D" come divulgare "C" come conoscere e "A" come approfondire con lo scopo di intraprendere un percorso professionale (con strumenti appropriati ed efficaci) che ci porti a gestire le criticità di questo fenomeno la cui rapidità e rilevanza sono sconcertanti; non si può paragonare tale malattia psichiatrica con altre in quanto la sua propagazione e le sue caratteristiche sono uniche determinando una vera e propria epidemia sociale.



Residenze per anziani, il mio punto di vista

a cura di Bruno Spedaletti

I media ci ricordano continuamente che gli anziani rappresentano e rappresenteranno una sempre più consistente fetta della popolazione, che necessita di apposite strutture assistenziali e di servizi ad hoc. Eppure moltissimi tra i non addetti ai lavori faticano ancora a immaginare qualcosa che si distacchi troppo dal classico vecchio ospizio. In realtà negli ultimi anni abbiamo assistito a un notevole aumento degli investimenti in questo campo, con apertura di nuove strutture sempre più moderne e in cui le figure classiche come l'OSS e l'infermiere vengono sempre più spesso affiancate da psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti e animatori. L'anziano non viene più visto come un peso da collocare in qualche posto dove dia meno fastidio possibile in attesa che la natura faccia il suo corso, bensì come una risorsa. "In che ospedale lavori?" Questa è la classica domanda che mi sento rivolgere dopo che ho rivelato la mia professione. L'infermiere nell'immaginario collettivo rimane in moltissimi casi confinato ai suoi ruoli classici, nelle corsie ospedaliere o nell'ambito delle emergenze come il 118. Al limite, nei sempre più numerosi centri polispecialistici. Anche parecchi infermieri

che lavorano in ospedale considerano spesso le strutture per anziani un ripiego, una sistemazione poco prestigiosa e rigorosamente temporanea. Ma è davvero così? Ovviamente no. E un vero confronto è difficile poiché, fermo restando che in entrambi i casi la professionalità e le competenze devono comunque essere ai massimi livelli, l'approccio alle due realtà è sostanzialmente differente. La realtà ospedaliera rappresenta un'esperienza di durata generalmente limitata, in cui il rapporto con il degente rimane quasi sempre confinato in ambito professionale, senza il tempo né la possibilità di sconfinare nella sfera emotiva e affettiva. Nelle residenze per anziani, al contrario, il rapporto umano è strettamente legato a quello professionale. Qui si instaura un rapporto molto più profondo e complesso, che comporta un approccio differente sin dall'inizio. Innanzitutto bisogna considerare e comprendere il trauma più o meno evidente dell'anziano, che si trova di fronte ad una modifica radicale e definitiva delle sue abitudini e del suo stile di vita. Per molti di loro l'infermiere diventa un vero punto di riferimento. Non meno importante è la gestione dei rapporti con i parenti, spesso confusi e a volte

oppressi dal senso di colpa per non essere stati in grado di gestire i loro cari a casa. Professionalmente l'infermiere delle strutture per anziani si trova a dover fronteggiare una casistica estremamente variegata, al contrario del reparto ospedaliero dove ci si confronta con situazioni cliniche ben definite e limitate. Può capitare di gestire contemporaneamente esiti di fratture a fianco di esiti di ictus, Alzheimer e lesioni da decubito, Peg e cardiopatie. Inoltre non si ha la presenza costante del medico, fattore determinate nelle situazioni di emergenza (tutt'altro che rare), che l'infermiere si trova spesso a dover gestire da solo fino all'arrivo delle figure preposte (medici curanti, guardia medica o 118). La figura dell'infermiere operante in queste realtà andrebbe probabilmente rivalutata, vista la delicatezza e la complessità delle innumerevoli situazioni che si trova a dover gestire quotidianamente. Al momento attuale, tra i continui tagli alla sanità, la graduale sparizione di innumerevoli piccoli ospedali, nonché l'inesorabile invecchiamento della popolazione unito a una sempre maggiore attenzione alle sue necessità, questa potrebbe presto diventare un'importante destinazione per i futuri infermieri.



Coordinamento Regionale Marche Ordini del TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Coordinamento Regionale Marche Ordini delle Professioni Infermieristiche



PROT. N. 108/2018

Ancona, 17/12/2018

A tutti i TSRM iscritti agli Ordini TSRM e PSTRP delle Marche
E loro indirizzi PEC

A tutti gli infermieri iscritti agli Ordini OPI delle Marche
E loro indirizzi PEC

Alle Aziende Sanitarie e Istituzioni
E loro indirizzi PEC

Oggetto: DM 10/08/2018 intitolato "determinazione degli standard di sicurezza impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica".

Come forse sapete, è stato recentemente pubblicato il Decreto del Ministero della Salute del 10/08/2018, intitolato "Determinazione degli standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature a Risonanza Magnetica." Esso è entrato in vigore il 09/11 u.s.

Come si evince dal titolo, il testo normativo, si preoccupa dettagliatamente delle prescrizioni per gli aspetti relativi alla messa in esercizio dell'apparecchiatura di risonanza magnetica; in particolare si prefigge di ottimizzarne la sicurezza.

Esso rappresenta una sintesi delle norme di buona tecnica e delle raccomandazioni nazionali ed internazionali disponibili e tiene conto della normativa relativa alla sicurezza sul lavoro vigente al momento della sua emanazione.

Alcuni passaggi del decreto meritano una particolare attenzione per i risvolti legati alla responsabilità degli operatori sanitari rappresentati da OPI, da OP TSRM e PSTRP.

Preme sottolineare come l'allegato I.B.6 del testo letteralmente disponga che:

"ferme restando le competenze previste dalla normativa vigente per i diversi operatori sanitari coinvolti nell'esecuzione dell'esame, il paziente prima dell'esecuzione dell'esame RM è tenuto a rispondere alle domande contenute nel questionario finalizzato a fare emergere possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame RM sottopostogli dal medico responsabile della prestazione diagnostica, il quale valuterà - sulla base delle informazioni acquisite - l'eventuale necessità di ulteriori approfondimenti per i quali dovrà essere garantita la possibilità di esecuzione di una visita medica atta allo scopo..."

Ciò vuol dire che gli infermieri e i tecnici di radiologia, non sono esauriti dalle specifiche competenze assistenziali e settoriali, che rimangono intatte.

Quel che invece intende puntualizzare e rimarcare il decreto, è quella specifica parte concernente l'esame RM dalla fase prodromica fino al termine.

La fase prodromica, in particolare, si risolve nella sottoposizione al paziente di un questionario che, seppur precompilato, riveste un'importanza rilevante giacché è finalizzato, letteralmente "a far emergere possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame RM..." per addiventare, eventualmente ad "... ulteriori approfondimenti per i quali dovrà essere garantita la possibilità di esecuzione di una visita medica atta allo scopo..."

Non occorrono troppe parole per rimarcare che gli accorgimenti introdotti investono competenze esclusivamente mediche specialistiche. Tanto è vero che l'Allegato 1, punto D.4.2, che Vi invitiamo a leggere unitamente al Decreto nella sua interezza, dispone che "... allo scopo di individuare possibili controindicazioni all'esame RM ed eventuali situazioni che possono determinare un incremento di rischio del paziente durante l'esposizione al campo magnetico statico e ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura, il medico radiologo responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM deve predisporre un questionario anamnestico che il medico responsabile della prestazione diagnostica utilizzerà per raccogliere l'anamnesi del paziente e firmerà prima dell'espletazione della prestazione diagnostica..."

La norma dunque, non contempla una sola specialità medica ma ben due, disciplinando i rispettivi campi di intervento.

Stando così le cose, è chiaro che **il personale infermieristico così come quello tecnico radiologico, è in via assoluta inibito dall'intervenire sia direttamente che indirettamente nella fase di sottoposizione - risposta - acquisizione dei dati - valutazione del questionario suddetto finalizzato a fare emergere possibili controindicazioni all'esecuzione dell'esame RM.**

In caso contrario, è di tutta evidenza che l'operatore, in ipotesi di criticità e sopravvenute problematiche, rimarrebbe direttamente coinvolto nella responsabilità per avere, tra l'altro, esercitato seppur in ambito ristretto e parcellizzato, l'esercizio abusivo della professione medica, **snetando appunto ai medici, per espresa disposizione normativa, l'intera fase sopra tratteggiata.**

Vorrete prendere buona nota dell'invito che con la presente Vi viene rivolto, nel Vostro stesso interesse, avendo cura, dato l'approfondimento compiuto in questa missiva, di **spiegare le Vostre buone ragioni e il Vostro dovere di astensione al personale medico che abbia a pretendere il Vostro intervento.**

In qualità di Presidenti dei rispettivi Ordini, approfittiamo congiuntamente di questa occasione, per raccomandare agli infermieri e ai tecnici di radiologia di non invadere i rispettivi ruoli sia nell'esercizio istituzionale, sia in quello libero professionale.

Il Presidente Ordini
TSRM e PSTRP Marche
Dott. Iacopo Negri

I più cordiali saluti.

Il Presidente Coordinamento Professioni
Infermieristiche Marche
Dott. Giuseppino Conti

Ordine TSRM PSTRP AN-AP-FM-MC
Indirizzo: Via G. Ginelli 63 60131 Ancona
COD. FISCALE 9315270450 tel/fax 071/286272
Sito Web www.tsrsm-an-ap-fm-mc.org
pec anconascolpicinfermnomacera@tsrm.org
mail anconascolpicinfermnomacera@tsrm.org

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona
Indirizzo: Via Ruggeri 3/N 60131 Ancona
COD. FISCALE 93132190427 tel 071/205516
Sito Web www.ipasviancona.it
pec ancona@cert.ordine-opi.it
mail opi@ipasviancona.it

INFERMIERI
INFERMIERI PEDIATRICI
Protocollo 2213/2018
Ancona, 17/12/2018

Via Ruggeri, 3/N
60131 ANCONA
C.F. 93002030422
Tel. 071/205516
Fax 071/2077491
PEC: ancona@cert.ordine-opi.it
E-mail: info@ipasviancona.it
www.ipasviancona.it

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona

Al Direttore Generale
Asur Marche Area Vasta 2
Ing. Bevilacqua Maurizio

Al Responsabile Politiche del Personale
Asur Marche Area Vasta 2
Dott.ssa Ciancaione Rosaria

Al Dirigente Professioni Sanitarie
Area Infermieristica Ostetrica
Asur Marche Area Vasta 2
Dott.ssa Giacometti Angela

Pregiatissimi,

Vi segnalo che ho avuto modo, nel corso del tempo, di leggere missive inviate agli iscritti a questo Ordine Professionale, per dirla in breve agli infermieri, recanti in indirizzo l'appellativo "signor" o "signora" senza aggiunta ulteriore che non fosse il nome medesimo.

In verità, all'inizio pensavo trattarsi di una svista ed ho glissato.

Contrariamente alle attese, invece, mi sono reso conto che tale prassi, pur non costante, proseguiva nel tempo.

In veste di Presidente di un Ordine che conta nella nostra provincia ottimi professionisti intellettuali regolarmente laureati, ritengo l'abitudine suddetta scorretta e in qualche modo svilente, tanto più che è abitudine dei miei colleghi e di me medesimo, rivolgersi ai medici, così come ad ogni altro professionista, antepoendo al nome il titolo di dottore.

Al di là delle regole di bon ton e di rispetto, ricordo che nel nostro Paese il decreto ministeriale 270/2004, confermando un Regio Decreto del 1938, ha stabilito le diverse specificità della qualifica di dottore corrispondenti ai relativi livelli di studio universitari: il titolo di dottore spetta ai laureati che abbiano conseguito o la laurea in un corso di studio universitario di primo ciclo (con durata triennale) o il diploma universitario in un corso della stessa durata (Legge 240/2010 art. 17 comma 2 riforma Gelmini).

Questa lettera è a Voi rivolta al precupio scopo di sensibilizzare gli Uffici, gli Organi, i Responsabili di reparto e chiunque altro abbia ad interloquire personalmente o per iscritto con infermieri, per ragioni di ufficio/professionali o anche personali, affinché sia ad essi riservato lo stesso riconoscimento di merito e sociale attribuito ad altri professionisti regolarmente e giustamente appellati quali "dottori".

La questione per chi come me rappresenta una moltitudine di soggetti qualificati e laureati, svolge un ruolo essenziale nel tessuto sociale e nella sanità, è tutt'altro che secondaria.

Sono assolutamente certo che condiviate la mia posizione e che Vi adopererete affinché la "cattiva abitudine" abbia finalmente termine.

L'occasione è gradita per inviarVi i più cordiali saluti ed auguri di buone feste.

I Presidente dell'O.P.I. di Ancona
Dott. Conti Giuseppino



Via Ruggeri, 3/N 60131 ANCONA
C.F. 93002030422
Tel. 071/205516
Fax 071/2077491
PEC: ancona@cert.ordine-opi.it
e-mail: info@opiancona.it
www.opiancona.it

INFERMIERI
INFERMIERI PEDIATRICI
Protocollo 340/2019

Ancona, 22/02/2019

Ordine delle
Professioni Infermieristiche
Provincia di Ancona

Agli Iscritti
all'OPI Di Ancona

Oggetto: Quota Iscrizione Albo Ordine delle Professioni Infermieristiche anno 2019

Gentile Collega,

Ti comunichiamo che a partire dall'anno corrente cambiano le modalità di pagamento della quota di iscrizione all'Albo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche.

La lettera relativa al pagamento della quota 2019 Ti verrà recapitata presso il tuo domicilio tramite l'Agenzia delle Entrate - Riscossione.

L'Agenzia delle Entrate - Riscossione offre diverse possibilità di pagamento:

- Bollettino Postale
- Bonifico Bancario
- PagoPA (carta di credito e/o carta di credito prepagata)
- Direttamente sul portale dell'Agenzia Entrate - riscossione in "Paga on line"

Non sarà possibile effettuare i pagamenti in contanti presso la sede dell'OPI.

Ti ricordo che l'importo della quota annuale, rimasto invariato rispetto all'annualità precedente, è di Euro 52,00 il quale deve essere versato in un'unica soluzione secondo le modalità sopra indicate.

Siamo a Tua disposizione per qualsiasi informazione o chiarimento. Puoi contattarci allo 071/205516, inviarti un fax allo 071/2077491 o trasmetterci una mail al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: ancona@cert.ordine-opi.it o alla seguente casella di posta elettronica: info@opiancona.it

Ti chiedo di comunicarci ogni eventuale variazione di residenza/domicilio e indirizzo mail/pec per sentirci la corretta e tempestiva spedizione di ogni nostra comunicazione.

Ricordati di conservare la ricevuta di avvenuto pagamento.

Cordiali saluti.

Il Tesoriere dell'O.P.I. di Ancona - Dott. Tenace Antonio



Competenze infermieristiche nel monitoraggio emodinamico invasivo

a cura di G. Franceschini*
Infermiera H. Riuniti Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

Il monitoraggio emodinamico invasivo ha un ruolo fondamentale in termini diagnostici e terapeutici nel contesto intensivo. Richiede apparecchiature sofisticate e specifiche competenze di gestione, le quali influiscono direttamente sulla qualità delle cure.

Materiali e metodi:

E' stata effettuata una revisione tradizionale della letteratura mediante consultazione di testi, articoli scientifici e linee guida aggiornate. La ricerca si è principalmente avvalsa della banca dati Medline, a partire da termini MESH e termini liberi, combinati tramite gli operatori booleani.

Risultati e Discussione:

L'infermiere ha un ruolo fondamentale nelle diverse fasi relative alla gestione del monitoraggio emodinamico invasivo in diverse fasi:

- 1) Preparazione del materiale necessario al monitoraggio emodinamico invasivo: la completezza del materiale predisposto

- 2) Precoce rilevazione di complicanze conseguenti al posizionamento di un catetere intravascolare: l'infermiere è colui che sta al letto del paziente, poiché responsabile dell'assistenza infermieristica; come tale è spesso il primo ad accorgersi di eventuali criticità. A una segnalazione precoce corrisponde un intervento immediato e una possibile riduzione di complicanze
- 3) Corretta interpretazione dei dati: i parametri rilevati devono saper essere contestualizzati. Per questo sono necessarie approfondite conoscenze delle caratteristiche fisiche dei sistemi di monitoraggio e del corretto posizionamento dei trasduttori di pressioni
- 4) Corretta gestione dei presidi intravascolari: al fine di prevenire complicanze, l'operato dei professionisti deve basarsi sulle evidenze, ossia su linee guida aggiornate.

Conclusioni:

La preparazione dei professionisti della salute ha un forte impatto sulla qualità delle cure. Una carenza in termini conoscenze e di competenze compromette il successo terapeutico, il quale risulta anche correlato a un lavoro integrato, in termini di equipe multidisciplinare. Il principale limite di questo studio è che la revisione condotta è tradizionale, non sistematica.

Parole chiave:

"Nursing competencies"
"Haemodynamic monitoring",
"invasive monitoring".

Gestione infermieristica del paziente con extra-corporeal membrane oxygenation: una revisione di letteratura

a cura di E. Fraboni*, S. Ortolani**

*Infermiera, Istituto Santo Stefano Ancona, ** Direttore ADP CdL Infermieristica Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

L'Extra-Corporeal Membrane Oxygenation è una tecnica invasiva di supporto meccanico alla funzione respiratoria e cardiocircolatoria sviluppatosi negli ultimi decenni, associata ad un'elevata mortalità. Lo scopo del seguente lavoro è individuare le linee guida e gli strumenti più idonei a guidare la pratica clinica infermieristica, garantendo la standardizzazione dell'assistenza e permettendo la best clinical practice.

Materiali e metodi:

Lo studio si è svolto prendendo in considerazione il caso clinico di un paziente affetto da sindrome CREST con calcificazioni diffuse a carico del ginocchio destro e della superficie volare della gamba sinistra.

Risultati e discussione:

L'attività di nursing giornaliera è fondamentale per garantire l'igiene ed il comfort

del paziente, è prevista l'esecuzione di un esame testa piedi per valutare il corretto funzionamento di tutti gli organi, l'eventuale sviluppo di complicanze e per stabilire un piano di assistenza infermieristica. Le principali attività infermieristiche da mettere in atto sono:

- Gestione del sito di incannulazione ed esecuzione delle medicazioni
- Controllo del circuito dell'ECMO
- Monitoraggio della temperatura corporea
- Monitoraggio della vascolarizzazione degli arti
- Gestione e monitoraggio della terapia anticoagulante
- Somministrazione dei farmaci e monitoraggio della sedazione
- Monitoraggio diuresi e gestione della nutrizione
- Valutazione dei parametri ematici
- Esecuzione di procedure invasive
- Mobilizzazione ed igiene quotidiana
- Precoce individuazione e tempestivo trattamento delle complicanze

Conclusioni:

È necessario standardizzare le procedure messe in atto, superando la frammentarietà che caratterizza l'assistenza attuale, allo scopo di ridurre la mortalità e migliorare gli outcomes. Inoltre è fondamentale creare dei percorsi di formazione che permettano di creare un team multidisciplinare in grado di garantire elevati standard di cure.

Parole chiave:

extra-corporeal membrane oxygenation, ECMO team, nursing.

La prevenzione scende in piazza: controlli medici gratuiti a Loreto (An)

a cura di A.Frascati*, I.Grassi**, G.Conti*

*Coordinatore ASUR MARCHE A.V.2, **Infermiera Casa di riposo Grimani Buttari di Osimo (AN), *Coordinatore ASUR MARCHE A.V.2

ABSTRACT

Introduzione:

Le malattie croniche rappresentano la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, come le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche; la lotta a tali malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle cause.

La prevenzione e la promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le malattie croniche. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare evitando il fumo, avere un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcol e svolgere attività fisica regolare.

Materiali e metodi:

L'organizzazione e l'allestimento di "ambulatori da campo", che effettuano controlli medici gratuiti e attività infermieristiche, grazie alla collaborazione dei vari professionisti che operano all'interno dell'Ospedale di Comunità, ha permesso di usufruire di visite specialistiche per la cittadinanza. Attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc, rivolto sia agli operatori sanitari che hanno partecipato all'iniziativa sia agli utenti, è stato possibile analizzare la fruibilità e i servizi offerti presso la Struttura sopra citata.

Risultati e Discussione:

Dall'esame dei dati si rileva l'età media è stata di 53,2 anni e il 68% erano donne. Le valutazioni sono state ottime (100%) per quanto riguarda la qualità dell'assistenza medica, la professionalità e la cortesia del personale, il rispetto della privacy, la pulizia degli ambulatori, l'accoglienza e le informazioni fornite e la disponibilità del personale al dialogo.

Conclusioni:

Sono necessarie azioni svolte sul territorio affinché la cittadinanza sia coinvolta in nuove iniziative, volte alla tutela della salute, attuate dai vari professionisti e infermieri che svolgono la loro attività professionale in ambito territoriale. Il campus salute è stato un chiaro esempio di quanto queste iniziative, se ben pubblicizzate e promosse, possano aiutare la popolazione a controllare e conservare il proprio stato di salute e allo stesso tempo conoscere i professionisti che operano nell'ospedale di comunità permette di avere un punto di riferimento e risposta ai bisogni socio assistenziali della popolazione fragile.

Parole chiave:

Prevenzione, Promozione, Controlli, Patologie croniche, Regione Marche.

Il burnout nella realtà oncologica: applicazione del check-up organizzativo nel settore infermieristico

a cura di G. Franceschini*, M. Barbuzzi **, M. Mercuri ***

*Infermiera H Riuniti Ancona, ** Psicologa e Referente Marche OCS, *** Direttore ADP CdL Infermieristica Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

Il burnout è una strategia difensiva accompagnata dalla caduta motivazionale dell'operatore impegnato in una relazione professionale di aiuto. La professione infermieristica, con riferimento allo specifico ambito oncoematologico, richiede un elevato impegno emotivo, fattore predisponente alla sindrome del burnout.

Materiali e metodi:

lo studio si avvale di un questionario, l'Organizational Check-up System, che permette di studiare il sistema sia in senso lato che in senso prossimale all'operatore: lo strumento comprende le scale MBI-GS e AWS, che analizzano rispettivamente le relazioni con il lavoro e le aree della vita lavorativa, per un totale di 68 items; il questionario è stato somministrato agli infermieri afferenti ai reparti di Oncologia, Ematologia e Oncoematologia pediatrica, impegnati in area degenze e day-hospital.

Sono stati compilati 39 questionari su un totale di 55, di cui 3 incompleti; non sono pervenuti questionari compilati relativi all'oncoematologia pediatrica day-hospital. La ricerca ha analizzato la realtà oncoematologica soprattutto dal punto di vista organizzativo, per analizzare l'influenza esercitata dal sistema nella patogenesi della sindrome del Burnout.

Risultati e discussione:

I risultati dedotti dalla ricerca evidenziano un livello medio di burnout nel settore specifico; i problemi riguardano soprattutto il settore "relazioni con il lavoro": il gruppo è in condizione di burnout in 2 delle 3 sezioni totali del settore.

Conclusioni:

la realtà oncoematologica, analizzata dal punto di vista organizzativo, non è particolarmente a rischio. Il ruolo esercitato dal sistema va messo comunque in

relazione a tutti gli altri elementi che concorrono all'eziopatogenesi della sindrome. Il principale limite dello studio è la monocentricità.

Parole chiave:

Burnout, Infermieristica oncoematologica.

Infermiere di famiglia e le cure primarie: a che punto siamo?

a cura di E. Fagiani*, R. Canestrone*

*Infermiere INRCA Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

Nel 1998 l'OMS nel progetto health 21 all'obiettivo 15 introduce il concetto di infermiere di famiglia, partendo dalla necessità di potenziare l'assistenza sanitaria di primo livello. L'esigenza di passare da un modello di sanità "on demand" ad un modello proattivo inteso come medicina d'iniziativa crea nuovi percorsi che contribuiscono in maniera decisiva al processo di deospedalizzazione. Si inquadra una figura infermieristica adeguatamente formata (master 1 liv.) all'interno del sistema preventivo/educativo e assistenziale di un numero limitato di famiglie che operi in un setting domiciliare, con l'obiettivo di incidere anche sullo stile di vita e sui fattori di rischio modificabili utilizzando competenze di educatore alla promozione e prevenzione della salute.

Materiali e metodi:

È stata condotta una revisione critica della letteratura sulle maggiori banche dati (PUBMED, CINAHL, GOOGLE-SCHOLAR) inoltre è stata effettuata una valutazione della documentazione Nazionale ed Internazionale relativa al tema di interesse. (legge Balduzzi e successive modifiche, atti 14° rapporto CREA)

Risultati e Discussione:

Nel 2014 in Italia viene notificata una modifica al Decreto Balduzzi n. 158/2012 sulla ridefinizione dei servizi delle cure primarie che diventano il core strategico per la riorganizzazione sanitaria e per il contenimento delle spese della sanità pubblica, successivamente la Legge Regionale n. 23/2015 all'art 10 comma 10 conferisce alle AST Lombarde il mandato di inserire all'interno degli operatori afferenti alle cure primarie il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie. Dopo una lunga pausa all'apertura dell'anno

2019 la Presidente FNOPI, Dott.ssa Barbara Mangiacavalli, torna sul tema, ribadendo l'importanza di una figura dedicata al processo di cure domiciliari. In seguito se ne parla nel 14° rapporto CREA (Consorzio per la Ricerca Economica e Applicativa) dal titolo: "Misunderstandings". che propone interventi in grado di fornire elementi di supporto alle politiche sanitarie. La conferenza CREA ribadisce che governare un sistema complesso come quello sanitario richiede analisi e approfondimenti continui scientificamente rigorosi ed interventi che vanno ad integrare ed interagire con l'operato dei MMG auspicando quindi ad una presa in carico globale del paziente domiciliato e della famiglia facendo chiaro riferimento all'infermiere di famiglia. Emerge anche dai risultati di uno studio condotto dall'Osservatorio Civico FNOPI-Cittadinanzattiva che anche la popolazione ne fa richiesta, molti cittadini hanno affermato di sentirsi più tutelati e più sicuri nell'aver un infermiere di famiglia e da numerosi studi

è emerso come questa figura contrasti in maniera efficace il fenomeno del "missed-care". In Italia sono stati fatti numerosi tentativi di inserimento di questa figura professionale nel Sistema Sanitario Nazionale senza però mai giungere ad una ratifica ufficiale regolamentata della stessa figura anche se a livello locale nel campo delle cure primarie sono attualmente attive alcune sperimentazioni che delineano l'impatto fondamentale che ha l'infermiere sul territorio e che quindi riconducono ad un profilo di infermiere di famiglia e comunità.

Conclusioni:

L'infermiere di famiglia è leader di comunità, manager, comunicatore, decisionista, erogatore dell'assistenza, agisce su ambiente sociale, ambiente fisico, casa, famiglia, lavoro, stile di vita. Assicura la continuità delle cure tra ospedale e territorio con la presa in carico proattiva che mette al centro il cittadino e i suoi bisogni.

La Responsabilità disciplinare dell'infermiere nella Pubblica Amministrazione

a cura di M. Rignanese*

*Infermiere H. Riuniti Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

Il settore della responsabilità professionale dell'infermiere ricade nel più vasto ambito della responsabilità professionale sanitaria: Una materia complessa e variabile nel tempo, tanto che disquisendo di essa si sono scritte negli ultimi anni innumerevoli pagine di dottrina e giurisprudenza. Oltretutto, si tratta di un settore soggetto ad un vorticoso sviluppo, non sempre lineare, che risente del dibattito culturale ed etico del nostro tempo, ove si registra comunque una sempre maggiore presenza dell'infermiere come soggetto autonomo di responsabilità. Questi aspetti stimolano la riflessione critica sul proprio agire.

L'infermieristica ha finalmente acquisito una fisionomia di professione intellettuale che le conferisce un notevole ampliamento dei livelli di autonomia d'esercizio ma anche parallelamente un ugual livello di correlate responsabilità di natura, non soltanto assistenziale e clinica, ma anche etica, deontologica e giuridica

Che cosa significa responsabilità?

Responsabilità deriva dal latino

'respònsus' e, infatti, in ambito giuridico la responsabilità concerne l'obbligo di rispondere di un'azione illecita. Tradizionalmente, la responsabilità è suddivisa in tre ambiti:

- responsabilità penale: l'obbligo di rispondere per azioni che costituiscono un reato;
- responsabilità civile: l'obbligo di risarcire un danno causato;
- responsabilità disciplinare che diventa, per i liberi professionisti, una responsabilità ordinistico-disciplinare: ad essa si riferiscono gli obblighi contrattuali e di comportamento professionale

Partendo dalla definizione secondo la quale responsabilità in senso giuridico è l'obbligo nascente in capo al professionista di prestare la propria attività secondo modalità e livelli considerati quali minimi necessari dall'ordinamento giuridico.

La responsabilità disciplinare è quella particolare forma di responsabilità che grava sul dipendente per la violazione dei doveri di servizio. Si risponde indipendentemente dal fatto che la condotta tenuta o gli eventi da essa cagionati abbiano prodotto un danno economicamente valutabile a carico dell'ente pubblico.

Materiali e metodi:

Analisi delle normative di riferimento per il pubblico impiego: D.lgs. del 30 marzo 2001, n° 165. Art. 54-55-56; CCNL 1994 - 1997. articoli 28-29-30; CCNL 2002-2005. articoli 11-12-13-14-15.

Conclusioni:

In conclusione posso affermare che siamo in un periodo di transizione e che la stagione delle responsabilità per gli infermieri è in piena evoluzione. Esistono però tre precisi limiti all'interno dei quali lo sviluppo deve obbligatoriamente transitare: il mutamento del panorama giuridico, l'incremento dei bisogni dell'utenza, e le nuove regole delle organizzazioni sanitarie. Italia è in continua crescita l'esigenza di avere a disposizione professionisti preparati in materia legale, che possano essere riconosciuti dall'organizzazione giudiziaria non come giuristi ma come periti, cioè esperti in virtù di conoscenze specifiche sugli aspetti di dimensione legale.

Parole chiave:

Professionalità, Autonomia, Responsabilità.

Nuovi modelli organizzativi: l'assistenza infermieristica nei PDTA oncologici

a cura di R. Stoico*, C. Catani**, F. Vitarelli**

*Coordinatore H. Riuniti Ancona, **Infermiere H. Riuniti Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

I PDTA sono la risposta all'esigenza, soprattutto nella cura delle malattie croniche, di avere una visione "sistemica" del cittadino utente e dell'assistenza necessaria ad affrontare il suo problema di salute; un sistema che, mettendo al centro il paziente, considera tutti gli attori e le tappe del processo di cura, permette il superamento dei "compartimenti" stagni e del concetto di singole prestazioni. L'utilizzo dei PDTA in oncologia ha migliorato in modo significativo la qualità delle cure.

La Clinica Oncologica dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona è stata certificata per tre PDTA: Melanoma, tumore del Colon-retto e della Mammella. L'assistenza infermieristica si inserisce in particolare modo nel PDTA della breast unit attraverso la gestione e l'utilizzo di un macchinario che impedisce la perdita di capelli nelle pazienti sottoposte a chemioterapia.

Materiali e metodi:

Revisione del manuale Dignilife e dei protocolli aziendali inerenti il PDTA della Breast Unit.

Risultati e Discussione:

Il ruolo infermieristico all'interno del PDTA si manifesta con la messa in atto delle competenze clinico-assistenziali. La Clinica di Oncologia dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona dispone di Dignilife, un macchinario che contrasta la perdita di capelli. La paziente con tumore alla mammella neoadiuvante, durante l'infusione chemioterapica, può beneficiare dell'utilizzo della Dignicap di esclusiva gestione infermieristica. E' infatti un infermiere esperto e certificato che prende in cura la paziente monitorandone i risultati nel tempo.

Conclusioni:

L'infermiere della clinica oncologica dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, è parte integrante del PDTA della breast unit ed insieme alle altre figure professionali quali Chirurgo, Oncologo e Anatomopatologo, è in grado di migliorare l'outcome delle pazienti con tumore alla mammella. La perdita dei capelli è uno degli effetti collaterali più comuni della chemioterapia utilizzata per la cura di diverse tipologie

di tumori. Il 100% delle pazienti che affrontano per la prima volta il trattamento chemioterapico per la cura del cancro al seno perdono i capelli. Grazie alla gestione e all'utilizzo di Dignilife, l'infermiere è in grado di offrire alla paziente un modo per ostacolare tale effetto collaterale, di significativa importanza per la donna.

Parole chiave:

PDTA, Breast Unit, Dignicap

La gestione in ambulatorio virtuale della sindrome cardiogeriatrica: studio osservazionale cross-sectional

a cura di R. Canestrone*; A.L. Lizzadro*; M. Nardella**; G. Candelori***

*Infermiere INRCA Ancona; **Infermiere H. Riuniti Foggia; ***Infermiere Lega Filo d'Oro Osimo

ABSTRACT

Introduzione:

Lo Scopenso Cardiaco resta una delle cause principali di re ospedalizzazione precoce post dimissione, occorre ripensare alla modalità di gestione della malattia centrata sui bisogni e sulle peculiarità che la malattia dello Scopenso Cardiaco riveste nell'anziano; virtualizzare l'ambulatorio ossia, trasferire le attività svolte normalmente dall'ambiente fisico a quello virtuale favorire il movimento delle prestazioni piuttosto che quella dei pazienti

Materiali e metodi:

L'indagine osservazionale coinvolge 31 pazienti con età ≥ 80 aa ricoverati presso l'U.O. di Cardiologia-UTIC-Centro di Telemedicina INRCA di Ancona fra febbraio e ottobre 2018 con diagnosi di Scopenso Cardiaco Cronico classe NYHA III-IV. Il campione di convenienza è stato seguito all'interno di un ambulatorio virtuale sulla piattaforma open source "Drive" nel periodo successivo all'ospedalizzazione con rilevamento di dati

parametrici, antropometrici ed ecg-grafici.

Per valutare la qualità di vita (QoL) è stato somministrato il questionario Minnesota living with Heart Failure (MLHF) a tempo "0" e a 6 mesi dall'arruolamento. I dati successivamente sono stati registrati su un foglio Excel e analizzati attraverso il software R-Studio utilizzando il T-test per dati appaiati. Gli attori coinvolti sono il medico del Centro di Telemedicina INRCA e gli infermieri dedicati a tale attività.

Risultati e discussione:

Si rileva una diminuzione del valore medio di reospedalizzazioni da 2,8 (anno 2017) a 1,4 (anno 2018), ($p = 0,000245$), il 59% dei pazienti arruolati presenta una migliore qualità di vita il 33% presenta una discreta qualità di vita e solo il 7% dei pazienti presenta dopo 6 mesi una scarsa qualità di vita ($p = 0,0000093$)

Conclusioni:

La gestione remota della sindrome cardio geriatrica (scg) ha senza dubbio messo

in evidenza una serie di aspetti che necessitano di approfondimento, la nostra esperienza ha dimostrato come il clima casalingo e il monitoraggio a distanza impattano in maniera positiva su una serie di aspetti psicofisici del grande anziano come l'aderenza terapeutica la compliance e sicuramente alcune strategie come il training informatico dei caregiver diventa decisivo sulla partecipazione attiva al follow-up telematico, e migliora la qualità di vita del paziente; l'ambulatorio virtuale è una soluzione sul campo come parte di una rinnovata organizzazione grazie all'interazione tra i sistemi di comunicazione e telemedicina basati sul modello, olistico ma virtuale.

Parole chiave:

Virtual medical clinic;
Tele monitoring;
Heart Failure

Educazione dei caregiver nella gestione infermieristica della tracheostomia pediatrica a domicilio: revisione della letteratura.

a cura di C. Carloni*, S. Ortolani**

*Infermiera Ancona, **Direttore ADP CdL Infermieristica Ancona

ABSTRACT

Introduzione:

Ad oggi le cure domiciliari in ambito pediatrico per patologie croniche e necessità assistenziale complessa, come nel caso della tracheostomia, non è del tutto sviluppata. È invece fondamentale stabilire, in questo caso, degli interventi di educazione e formazione dei caregiver, riguardo la gestione, cura e prevenzione delle complicanze della tracheostomia del proprio bambino a domicilio, per prevenire le riacutizzazioni e favorire il trattamento in un ambiente familiare, tramite l'utilizzo di strumenti efficaci ed efficienti di facile consultazione, basati su evidenze di best practice e linee guida internazionali e per ridurre gli accessi ospedalieri dopo la dimissione.

Materiali e metodi:

È stata effettuata una revisione della letteratura nella quale sono state consultate le principali banche dati online, il database più utilizzato è PubMed, per i criteri di inclusione sono stati presi in considerazione studi su umani, in ambito pediatrico e privilegiata la letteratura

degli ultimi 5-10 anni. Per scarsità di letteratura sono stati utilizzati inoltre Google Scholar, libri di testo, linee guida e protocolli internazionali, rispettando i criteri di inclusione definiti precedentemente.

Risultati e Discussione:

I bambini dimessi con la tracheostomia, costituiscono una grande sfida per i genitori, i quali devono essere preparati ad affrontare tale situazione di estrema complessità, fino a dopo il momento della dimissione ospedaliera. Essi necessitano di una rigorosa educazione tecnica, clinica e assistenziale riguardante il presidio, per sviluppare adeguate competenze atte alla sua gestione a domicilio, compreso anche un ulteriore programma di addestramento, che includa il riconoscimento delle principali complicanze e manovre di rianimazione cardiopolmonare.

Le principali pratiche di gestione che la famiglia deve essere in grado di effettuare in seguito a programmi di educazione e di formazione sono:

1. Procedura di broncoaspirazione adeguata

2. Gestione corretta dell'umidificazione
3. Stoma Care
4. Sostituzione corretta del sistema di fissaggio e della cannula tracheale
5. Trattamento delle principali complicanze d'emergenza

In seguito ai risultati ottenuti ho definito le principali pratiche di gestione infermieristica riguardanti la tracheostomia pediatrica, al fine di creare un opuscolo informativo, strumento di consultazione utile ai caregiver come guida, per la gestione a domicilio.

Conclusioni:

L'opuscolo informativo non deve essere sostituito alla consulenza dei professionisti; vengono definite le principali procedure, le cose da evitare e quelle suggerite, in caso di dubbi o difficoltà riferirsi al team multidisciplinare.

Parole chiave:

Tracheostomia pediatrica, gestione infermieristica, educazione.



EDITORIALE

Margherita Piermaria

Presidente Ordine Ostetriche Ancona



Care Colleghe/i. Sabato 23 febbraio si è svolta al Teatro Argentina di Roma una manifestazione a cui erano presenti tutti i rappresentanti delle Federazioni nazionali e degli ordini delle professioni sociali e sanitarie compresa la FNOPO. Questi enti sono sussidiari dello stato, agiscono tutti al fine di tutelare gli interessi pubblici e sono quotidianamente chiamati a garantire la salute individuale e collettiva. Sono inoltre garanti della dignità della persona e del diritto alla salute al di là di ogni logica di profitto, di interessi corporativistici contribuendo, ognuno per la propria professione, al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società. L'efficacia del raggiungimento degli obiettivi di salute, l'universalità, l'equità e la solidarietà dell'assistenza devono restare le finalità prioritarie del servizio sanitario come sancito dall'art. 1 della Legge 833 del 1978 di cui si festeggiano i 40 anni. Esso rappresenta uno strumento, tra i pochi, nel suo genere in grado di garantire a tutti i cittadini elevati livelli di tutela della salute individuale e pubblica, con indicatori di salute tra i migliori al mondo. Nonostante le buone performance del nostro SSN vi sono, certamente ambiti

di miglioramento evidenti e rispetto ai quali occorrono interventi efficaci di natura economica e strutturale per scongiurare le sue compromissioni. E' necessaria una riforma che possa restituire fiducia agli operatori sanitari riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e maggiore autonomia nei processi di cura attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute del cittadino e nello stesso tempo di farsi carico della sostenibilità del sistema. Le differenze regionali sono uno dei maggiori problemi. I 21 sistemi impattano in maniera disomogenea per quanto riguarda sia l'assistenza che gli esiti con frammentazione e mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata per cui si assiste ad una migrazione di pazienti da una regione ad un'altra. Tra il governo ed alcune regioni si cerca un'intesa concernente un regionalismo differenziato. La richiesta di tutte le professioni parte dal presupposto che la salute non può essere affidata solo a criteri di utilità economica e a dinamiche di mercato ma sui due principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale e che regolano il rapporto tra il cittadino e le professioni sanitarie; "dignità e libertà". Ogni cittadino deve essere curato

e assistito allo stesso modo indipendentemente da dove egli vive. Gli interventi sono stati unanimi su questi punti pur nelle specificità di ogni professione.

Le Federazioni hanno condiviso questo documento comune con il quale si impegnano a sostenere politiche efficaci mettendo a disposizione le loro competenze in collaborazione con le istituzioni pubbliche proponendo soluzioni e nuovi modelli di governance per un Servizio sanitario nazionale sempre più equo, solidale, sostenibile ed universale per superare le disuguaglianze presenti nel nostro paese. Al governo chiedono di scongiurare il rischio che sia pregiudicato il carattere nazionale del nostro SSN. Esprimono preoccupazione ed invitano a porre al centro dell'agenda politica il tema della salute e sollecitano le Regioni al rispetto degli articoli della nostra costituzione che ricordano alle istituzioni i doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale su cui deve fondarsi la vita di un paese unitamente all'eguaglianza tra i cittadini e la tutela della salute. In questo numero ospitiamo l'articolo della collega Alessia Botta: "La realtà dell'hospice neonatale". Buona lettura



La realtà dell'Hospice Perinatale

a cura di A. Botta*

*Ostetrica Ospedale "Mazzoni" Ascoli Piceno

ABSTRACT

Introduzione:

Oggi per molte coppie la gravidanza rappresenta un evento atteso, sperato, cercato, così al suo arrivo si comincia ad immaginare un percorso pieno di belle notizie. Cosa succede, però, se vengono riscontrate anomalie o malformazioni fetali? I genitori coinvolti in queste drammatiche situazioni possono sentirsi abbandonati, non capiti e hanno il diritto di essere informati in modo adeguato da parte degli operatori sanitari per compiere scelte consapevoli.

Materiali e Metodi:

Al fine di scoprire quanto sia conosciuta la realtà dell'Hospice Perinatale e della Comfort Care Neonatale da parte della categoria professionale delle ostetriche e delle famiglie, sono stati

realizzati due differenti questionari. Essi sono stati diffusi alle ostetriche e ai genitori che hanno vissuto l'esperienza di una gravidanza patologica o con malattia life-limiting.

Le risposte ricevute in modo libero e anonimo di entrambi i questionari sono state organizzate in fogli di lavoro Microsoft Office Excel 2007 ed elaborate attraverso la realizzazione di aerogrammi, istogrammi e relative tabelle.

Risultati e Discussione:

L'elaborazione dei dati raccolti in questo studio sperimentale ha permesso di concludere che:

- la categoria professionale delle ostetriche conosce poco la realtà dell'Hospice Perinatale;
- le ostetriche si sono rese disponibili ad approfondire le conoscenze sull'argomento per acquisire nuove capacità professionali;

- le famiglie hanno ritenuto utile e rilevante la figura dell'ostetrica nell'accompagnamento al figlio terminale, non solo al momento del parto, ma in tutte le fasi della gravidanza.

Conclusioni:

Lo studio condotto ha evidenziato come, in Italia, ci sia la necessità di proporre questo innovativo tipo di assistenza e come esistano tutte le premesse per attuarlo e diffonderlo.

I risultati dei due questionari hanno infatti mostrato che, se dal lato degli operatori sanitari è presente una scarsa conoscenza dell'argomento, dal lato delle famiglie è invece forte l'esigenza di un percorso di accompagnamento al figlio terminale.

Parole chiave:

Hospice Perinatale - malattia life-limiting - Comfort Care Neonatale

Introduzione

La gravidanza rappresenta un periodo molto delicato della vita della donna in quanto già prima della diagnosi effettiva l'istinto materno induce ad immaginare di crescere una nuova vita dentro di sé.

La donna si aspetta di essere la custode di quella vita che ha inizio e si sviluppa all'interno del suo corpo. Si creano impor-

tanti aspettative e all'interno della mente dei genitori il feto assume già sembianze umane. Purtroppo, però, non sempre quell'immagine di figlio perfetto rispecchia la realtà della loro situazione.

Infatti, esistono casi in cui, attraverso metodiche non invasive (ecografie del I, II e III trimestre, NIPT) o attraverso indagini invasive, quali villocentesi, amniocentesi e cordocentesi, si riscontrano

anomalie del feto. Procedendo con l'accertamento della condizione patologica, con l'utilizzo di specifici ed accurati metodi diagnostici, si possono verificare principalmente tre

1) le indagini hanno esito negativo e, quindi, la gravidanza viene seguita normalmente; 2) le indagini confermano un determinato quadro patologico che, previo accurato counseling con la coppia di genitori

sulla storia e le caratteristiche della patologia, può essere discusso e su cui si può intervenire chirurgicamente attraverso le moderne tecniche della chirurgia prenatale; 3) le indagini concludono che il feto è affetto da una condizione "incompati-

bile con la vita" al di fuori dell'utero materno; la coppia può decidere se effettuare l'intervento di aborto terapeutico, in base all'articolo 6 della Legge 194/782,

o intraprendere la strada della prosecuzione della gravidanza. L'obiettivo di questo articolo è quello di chiarire le possibili strade da percorrere nel caso in cui una coppia si trovi ad affrontare una diagnosi prenatale patologica o infausta.

Partiamo analizzando il profilo professionale dell'ostetrica (D.M. 14 settembre 1994, n. 740). Esso afferma che "L'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato"¹.

L'ostetrica, perciò, rappresenta per la futura mamma e per entrambi i genitori una figura fondamentale e di sostegno durante la gravidanza, il parto ed il post-partum in tutte le situazioni, anche in quelle che richiedono un'assistenza più accurata.

Delle tre situazioni che si possono verificare, le ultime due fino a qualche decennio fa facevano parte di quella definita come "medicina senza speranza", cioè di quei casi in cui le conoscenze della medicina non erano in grado di fornire una cura e che, perciò, non offrivano altra possibilità se non quella di terminare la gravidanza.

Materiali e metodi

È proprio in queste situazioni che fa il suo ingresso la realtà dell'Hospice Perinatale, una struttura nata in America dopo

la metà degli anni '70 del '900. Ad oggi, nonostante il facile accesso ai media e a Internet, è raro venire a conoscenza da parte dei genitori dell'esistenza del percorso dell'Hospice Perinatale, una struttura in cui vengono seguite le coppie di genitori che, ricevuta la diagnosi di una patologia malformativa o di una malattia life-limiting del loro bambino, decidono di portare avanti la gravidanza, ricevendo assistenza psicologica e sanitaria da parte di un'equipe multidisciplinare specializzata.

Per comprendere quanto sia diffusa in Italia la conoscenza di questo tipo di percorso, sia da parte della categoria professionale delle ostetriche sia da quella delle famiglie, sono stati realizzati due differenti questionari. Essi sono stati diffusi alle ostetriche e ai genitori che hanno vissuto l'esperienza di una gravidanza patologica o con malattia life-limiting. I dati ottenuti dalla loro compilazione sono stati organizzati in tabelle e grafici che hanno permesso di fare il punto della situazione sull'argomento.

L'Hospice Perinatale, infatti, può essere considerato un modello di supporto innovativo ed alternativo all'assistenza sanitaria finalizzata all'aborto selettivo.

Con i progressi della medicina fetale, la diagnosi prenatale sta diventando sempre più precisa e precoce, ma è doveroso far notare che la proposta delle strutture sanitarie in Italia, con poche eccezioni che si contano sulle dita di una mano, rimane quella dell'applicazione della Legge 194/78², in materia di "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza." L'articolo 6 di questa legge sancisce che "l'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave peri-

colo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna".

Quando non ci si trova, quindi, di fronte ad una di queste due situazioni è compito degli operatori sanitari fornire un'adeguata informazione ed offrire percorsi alternativi e adatti ai desideri e alle esigenze dei genitori. L'Hospice Perinatale segue la filosofia dell'hospice e delle cure palliative nell'assistenza a questi piccoli pazienti ed alle loro famiglie.

È importante sottolineare che, per i genitori che scelgono di continuare la gravidanza, questo tipo di supporto è fornito sin dal momento della diagnosi e non solo dopo che il bambino sia nato.

Dopo che i genitori hanno preso questa decisione vengono discussi e programmati eventuali interventi chirurgici e palliativi prenatali, il parto eutocico o operativo e trattate le possibili opzioni dopo la nascita. Opzioni che, comunque, verranno ridiscusse alla luce della diagnosi definitiva postnatale e della prognosi in base alle condizioni reali del/la bambino/a.

Inoltre, vengono offerte le tradizionali cure palliative dell'hospice direttamente a casa della coppia qualora il neonato vivesse più di qualche minuto o ora. Questo nuovo ma ancora poco diffuso approccio fornisce sostegno alle famiglie dal momento della diagnosi prenatale per il resto della gravidanza, attraverso le decisioni prese prima e dopo la nascita e considerando il neonato come membro effettivo della famiglia.

Al contrario di quanto si possa pensare, questa realtà può essere facilmente incorporata all'interno di una gravidanza e di un'assistenza alla nascita standard.

La realtà dell'Hospice Perinatale consiste in un approccio multidisciplinare che richiede la collaborazione di un team di specialisti quali ginecologi,

ostetriche, pediatri, neonatologi, infermieri ed altre figure professionali per garantire alle famiglie un'adeguata assistenza sanitaria nell'accompagnamento al feto terminale. Ma cosa si intende esattamente con l'aggettivo "terminale"? La condizione di terminalità può essere suddivisa in tre gruppi:

- 1) i feti definiti terminali solo sulla base di una mancata conoscenza scientifica. Al primo accenno che il feto possa essere affetto da una condizione patologica, i genitori cadono in stati di ansia e confusione. Questa reazione, spesso, li porta a non voler approfondire la situazione con ulteriori esami e a rifiutare quel bambino presentato come "terminale", ma nella maggior parte dei casi sano o affetto da una patologia non grave su cui è possibile intervenire prima o dopo la nascita. Ne rappresentano un esempio le malattie infettive contratte durante la gravidanza quando non si illustrano correttamente le probabilità di trasmissione verticale al feto in base al trimestre di gravidanza in cui viene contratta l'infezione;
- 2) i feti considerati terminali sulla base di una storia naturale che, per la loro intrinseca patologia, porterà sicuramente ad un exitus prenatale o perinatale se non si interviene con procedure di terapia fetale invasiva o non invasiva. Le condizioni fetali che rientrano in questo gruppo possono essere gravi anemie da isoimmunizzazione-Rh, idropi non immuni, uropatie ostruttive gravi con megavesicica, rottura intempestiva delle membrane del II° trimestre, difetti del tubo neurale ed emoglobinopatie. In questi casi la struttura dell'Hospice Perinatale può offrire interventi diagnostici e terapeutici, non accessibili a livello ambulatoriale, che permettono di effettuare un trattamento invasivo per migliorare o

¹ D.M.14 settembre 1994, n° 740, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o*, Gazzetta Ufficiale del 9 gennaio 1995 n° 6, art. 1.

² Legge 22 maggio 1978 n. 194, in materia di *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*.

risolvere le patologie sopra elencate. Vengono utilizzate le trasfusioni intrauterine per la cura delle isoimmunizzazioni-Rh e le piastrinopenie, le amniotomie per la rottura intempestiva delle membrane del II° trimestre, le amnioriduzioni per il polidramnios, le paracentesi e le toracentesi per l'idropneumotorace e la trasfusione fetofetale e le vescicocentesi, le piolocentesi e gli shunt per le patologie urinarie ostruttive;

- 3) condizioni di feti incompatibili con la vita a causa di anomalie cromosomiche e strutturali come triploidie, trisomie 13 e 18, forme di nanismo tanatoforo, agenesie renali bilaterali, anencefalie e displasie renali bilaterali precoci. In questi casi la scienza e la medicina fetale sembrano arrendersi, in quanto non è possibile attuare alcun tipo di intervento per permettere la sopravvivenza del feto. Di fronte all'impossibilità di attuare un piano terapeutico viene offerta la strada dell'interruzione volontaria della gravidanza. Ci sono però genitori che, nonostante siano a conoscenza che il loro bambino è destinato alla morte prima di nascere o, comunque, ad una vita molto breve, scelgono di non interrompere la gravidanza. A questi genitori nessuno può sottrarre la percezione del loro figlio. Questo è uno dei molteplici motivi che spinge le coppie verso la decisione di accompagnare il loro bambino, accogliendolo ed amandolo fino in fondo dall'inizio della gravidanza. Ed è proprio dalla volontà di questi genitori e dal desiderio di alcuni operatori sanitari di accogliere le loro richieste che nasce la realtà dell'Hospice Perinatale e, al suo interno, il percorso del Comfort Care Neonatale.

Le attività dell'Hospice comprendono:

- la prevenzione;
- l'informazione;

- la terapia nella fase preconcettuale, nella fase prenatale attraverso approcci trans-placentari o approcci invasivi diretti al feto ed in quella post-natale (se indicata);

- l'accompagnamento.

Per quanto riguarda l'assistenza ai feti incompatibili con la vita, la realtà dell'Hospice Perinatale è in grado di offrire un tipo di assistenza alternativa a quella dell'aborto selettivo che prevede il percorso del Comfort Care Neonatale. In particolare, il Comfort Care Neonatale consiste in un piano di trattamento medico e infermieristico, ideato ed attuato dalla Prof.ssa Parravicini nel Presbyterian New York Children's Hospital per i neonati affetti da condizioni life-limiting o in condizioni terminali, incentrato sul comfort del paziente.

Il "Comfort" è dato dal soddisfacimento dei bisogni elementari del neonato che sono principalmente quattro:

- Accoglienza: contatto con i genitori, i fratelli e la famiglia;
- Calore: mantenere la temperatura corporea del neonato tenendolo in braccio o attraverso la Kangaroo Care con l'ausilio della culla termica;
- Nutrizione: allattamento al seno, biberon, siringa, cucchiaino, cup-feeder, sondino NG;
- Terapia del dolore: solo se indicata.

I candidati per il Comfort Care Neonatale possono essere divisi in due gruppi:

- Neonati con condizioni life-limiting
 1. Non compatibilità con la vita al di là di minuti o ore anche con il supporto di rianimazione e ventilazione meccanica (agenesia renale bilaterale, idropneumotorace fetale grave, anencefalia etc.)
 2. L'obbligo delle cure intensive supera i benefici in termini di lunghezza della vita (trisomia 13 e 18)
- Neonati in condizioni terminali. Aggravamento di neonati ricoverati in TIN che si

trasformano in neonati terminali (per esempio: grave prematurità).

Da qualche anno i principi e la filosofia dell'Hospice Perinatale stanno cominciando a diffondersi anche in Italia. Tutto è cominciato da alcune coppie di genitori che, dopo aver ricevuto una prognosi infausta a causa della condizione patologica del loro bambino, non hanno voluto intraprendere la strada dell'aborto selettivo, spesso l'unica opzione offerta, e si sono rivolti a dei centri con la speranza che la loro scelta di proseguire la gravidanza venisse accolta.

Le loro richieste sono state accettate in cinque grandi ospedali italiani in cui, ad oggi, sono attivi percorsi di accompagnamento al feto terminale. Per quanto riguarda la situazione in Italia, le realtà in cui sono attivi percorsi di accompagnamento e Comfort Care Neonatale rivolti al feto "incompatibile con la vita" sono:

- Hospice Perinatale Fondazione "Il cuore in una goccia", ospedale "A. Gemelli", Roma;
- Hospice Perinatale Fondazione "Il cuore in una goccia", ospedale "Annunziata", Cosenza;
- Hospice Perinatale ospedale "Villa Betania", Napoli
- Percorso Giacomo (James' Path), ospedale "Sant'Orsola", Bologna;
- Ass. Onlus "La quercia millenaria", ospedale "Santa Chiara", Pisa.

Inoltre, nel 2017 all'ospedale "Santa Casa" di Loreto ha preso vita il primo centro di Diagnosi Prenatale di II livello delle Marche che offre colloqui, consulenze specifiche ed indagini prenatali invasive alle coppie che necessitano approfondimenti ulteriori per sospetto e/o accertamento di patologia fetale durante la gravidanza.

Questo percorso, oltre a seguire e ad indirizzare le coppie nelle decisioni e nelle scelte da intraprendere durante il periodo gestazionale, mette anche a disposizione un team di consulenti esterni che prendono in carico i genitori per guidarli

nella scelta di far nascere il loro figlio nella struttura ospedaliera più idonea.

Risultati e discussione

Dopo aver visto in cosa consiste la realtà dell'Hospice Perinatale andiamo ad analizzare sia quanto questo tipo di assistenza sia conosciuto sia quanto esso sia stato utile per le famiglie.

I dati sono estrapolati da un'indagine sperimentale condotta negli anni 2014-2015 che aveva come obiettivo quello di approfondire il tema dell'Hospice Perinatale e del ruolo che l'ostetrica può assumere al suo interno.

Dall'analisi dei dati ottenuti è emerso che:

- 1) Il 39,4 % delle ostetriche che hanno preso parte all'indagine non conosceva il significato di malattia life-limiting e il 59,5% non sapeva dell'esistenza della realtà dell'Hospice Perinatale (grafico 1);
- 2) Il 53,5% non aveva mai sentito parlare della Comfort Care Neonatale (grafico 2);
- 3) Il 97,5 % ritiene che sia molto utile la diffusione della Comfort Care in Italia ed il 98,2% di esse sarebbe d'accordo a programmare un percorso personalizzato per ogni coppia che decide di attuare questo piano assistenziale;
- 4) Nonostante la poca conoscenza di questo percorso da parte della categoria professionale delle ostetriche, le famiglie ritengono molto importante la figura dell'ostetrica nell'accompagnamento al feto terminale (75%), non solo al momento del parto ma in tutte le fasi della gravidanza.



GRAFICO 1.
Risposta alla domanda: "Sa che cos'è un Hospice Perinatale?"

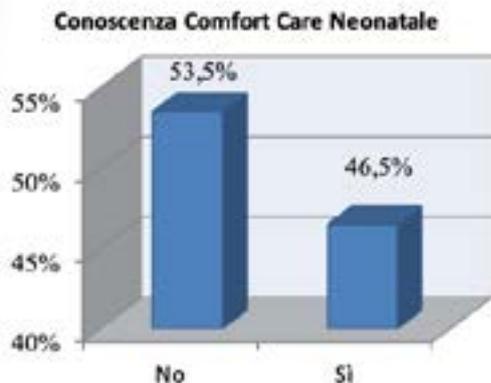


GRAFICO 2. Risposta alla domanda:
"Ha mai sentito parlare della Comfort Care Neonatale?"

Al fine di avere un'ulteriore conferma di quanto il percorso assistenziale dell'Hospice Perinatale sia stato fondamentale per i genitori si riportano alcune testimonianze di famiglie marchigiane.

"Abbiamo compiuto questa scelta nonostante la paura, perché riteniamo di non essere i signori della vita. Dio ci ha donato questa figlia e solo Dio poteva decidere quando riprenderla. Purtroppo anche i ginecologi cattolici avrebbero giustificato l'aborto. Altri addirittura mi hanno detto di non farci problemi etici."

"Abbiamo compiuto questa scelta non solo perché credenti, ma anche per amore, un amore grande da genitori verso il proprio figlio ancor più bisognoso di amore proprio perché malato. Rifarei tutto, ma con maggiore consapevolezza e più decisione nei confronti dei medici."

"Tutto è cominciato con qualcosa che non andava durante un'ecografia di controllo dopo l'amniocentesi. Un segnale ecografico che poteva non rappresentare nulla, oppure avrebbe sconvolto la gravidanza. Il risultato dell'esame invasivo era negativo, ulteriori approfondimenti su di me anche. Dal centro di diagnosi

prenatale di Loreto, dove avevano notato l'anomalia, siamo stati inviati a Genova in una struttura più adatta alla nostra situazione. Da lì sono cominciati i controlli ogni due settimane. Ogni viaggio di andata era pieno di interrogativi e dubbi che, purtroppo, non trovavano risposte certe. L'unica cosa sicura era che il nostro bambino doveva essere operato subito dopo la nascita, ma non si riusciva a capire se il suo problema fosse legato a qualcos'altro che non si conosceva. Era difficile andare avanti vivendo quella gravidanza nell'incertezza più assoluta, ma sia a Loreto che a Genova tutto il personale sanitario è stato di grande supporto. Ci è stato chiesto se fossimo pronti ad accogliere un figlio con dei problemi. Ci è stata proposta anche la strada dell'interruzione di gravidanza. Eravamo in un limbo senza una diagnosi certa e un futuro ancora più oscuro, ma siamo andati avanti un po' inconsapevoli, un po' incoscienti, un po' con il cuore, attimo per attimo. Poi è arrivato il giorno in cui T. è nato. L'hanno operato e tenuto in osservazione; è stato difficile non poterlo tenere subito tra le braccia ma stava bene e questo ci rincuorava. Dopo

un periodo di accertamenti a Genova siamo tornati a casa. Il nostro percorso è ancora lungo e pieno di punti interrogativi ma T. è con noi e la sua presenza ci dona la forza per affrontare un futuro incerto. Siamo contenti della nostra scelta ma se non avessimo ricevuto un'assistenza adeguata alle nostre esigenze ed il supporto di tutto il personale sanitario e delle associazioni forse T. ora non sarebbe qui con noi."

Conclusioni

In generale, è comune riscontrare negli operatori sanitari una scarsa conoscenza della struttura dell'Hospice Perinatale perché la cultura da cui siamo circondati non ammette la possibilità che in una gravidanza possa esserci qualcosa che non vada e, nel caso ci si trovasse in questa sfortunata situazione, sembra che la soluzione migliore per tutti sia quella di terminare la gravidanza. Dell'alternativa dell'accompagnamento del neonato terminale non ne parla quasi nessuno, per la paura diffusa delle implicazioni etico-religiose correlate, per la disinformazione, per la divisione tra gli schieramenti proabortista e antiabortista, per la non conoscenza della coppia che si trova ad affrontare questo problema e per la fretta di concludere quella vita che tanto non è destinata ad avere un futuro ancor prima che venga alla luce.

Al di là di tutti questi motivi, che possono spingere un operatore sanitario a non proporre un'alternativa all'aborto terapeutico, spesso ci si dimentica dei genitori che, dopo aver ricevuto la diagnosi infausta, hanno bisogno di assistenza e sostegno da parte del personale. Essi sono costretti ad affrontare una situazione tragica e drammatica il più delle volte da soli. La frequente frase: "Noi non possiamo fare niente", è disarmante per loro. Li rende incapaci di essere genitori, di proteggere il loro figlio e di essere parte della sua vita.

La proposta del percorso di accompagnamento al neonato terminale ha come scopo quello di sostenere le famiglie nell'accettazione della situazione patologica "incompatibile con la vita" del loro figlio, permettendo

loro, attraverso un piano specifico adattato alle loro esigenze, di accogliere quella vita, coccolarla ed amarla anche se per poco tempo.

In conclusione, la realtà dell'Hospice Perinatale non deve essere vista solo come luogo fisico in cui vengono seguite gravidanze con feti terminali o affetti da gravi quadri patologici, ma come un'interazione tra varie categorie di professionisti sanitari (neonatologi, pediatri, infermieri, ostetriche etc.) per proporre un'alternativa assistenziale rispetto a quella dell'aborto terapeutico.

In particolare, l'ostetrica può assumere in questo percorso un ruolo rilevante e fondamentale offrendo un'assistenza medico-infermieristica e un sostegno "sociale" alla famiglia. L'Hospice Perinatale e la figura dell'ostetrica risultano quindi, due realtà quasi imprescindibili l'una dall'altra, la cui collaborazione presenta tutti i presupposti per assistere e supportare le famiglie conferendo dignità al loro figlio.

Occorre, però, l'impegno da parte dei professionisti sanitari per dare vita a nuove strutture che soddisfino il bisogno dei genitori di sentirsi accolti e che rispondano alle loro esigenze, a prescindere dalle motivazioni che li abbiano condotti ad affrontare un percorso di questo tipo.

Bibliografia

- Atti del Convegno L'Hospice Perinatale: una risposta scientifica, etica ed umana alla diagnosi prenatale, ottobre 2015, Centro Congressi "Parco degli Enotri", Mendicino (CS).
- Atti del workshop Perinatal and neonatal Comfort Care: a multidisciplinary approach, 9 settembre 2015, Presbyterian Morgan Stanley Children's Hospital, New York.
- D.M. 14 settembre 1994, n° 740, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o, Gazzetta Ufficiale del 9 gennaio 1995 n° 6, art. 1.
- Kuebelbeck A., Davis L.D., A gift of time. Continuing your pregnancy when your baby life is expected to be brief, The John Hopkins University Press, Baltimore, 2011.
- Legge 22 maggio 1978 n. 194, in materia di Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.
- Parravicini E. (2011), Is 'comfort' care a 'medical' care? Observations on a neonatal Population, J Med Pers, doi 10.1007/s12682-011-0108-4.

CONFRONTO

PROFESSIONALE



REQUISITI DI PUBBLICAZIONE

CONFRONTO PROFESSIONALE

È UNA RIVISTA DEDICATA AGLI INFERMIERI ISCRITTI ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI ANCONA E A TUTTI I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE.

PER GLI AUTORI CHE INTENDONO PUBBLICARE ARTICOLI, SI INDICANO LE SEGUENTI NORME REDAZIONALI:

Per gli Autori:

Ogni Autore deve indicare il proprio nome, cognome, qualifica, azienda ed unità operativa dove esercita attività lavorativa.

È necessario inoltre fornire:

- La dichiarazione dell'autore all'uso dei dati in base alle disposizioni vigenti in tema di riservatezza dei dati personali. Lgs 196/03;
- Un indirizzo e-mail;
- Un recapito telefonico;
- Una dichiarazione scritta attestante che il lavoro presentato è originale, inedito, oppure che è già stato sottoposto all'attenzione di altre riviste.

La responsabilità dei contenuti è esclusivamente degli Autori.

Struttura dell'Articoli

Gli articoli presentati devono essere strutturati come segue:

Formato: word, arial 10, interlinea 1.5, titolo paragrafi in grassetto

Titolo: essenziale ed il più breve possibile, evitando i titoli secondari

Autori: cognome, nome, specificando la sede lavorativa

Abstract: breve riassunto di massimo 300 parole suddiviso per:

- Introduzione;
- Materiali e metodi;
- Risultati e Discussione;
- Conclusioni;
- Parole chiave (massimo 3 parole).

Il testo dell'articolo deve contenere: introduzione, materiale e metodi, risultati e discussione, conclusioni.

Tabella, grafici e figure

Tabella, grafici e fotografie devono essere richiamate nel testo, numerate progressivamente ed accompagnate da breve didascalia.

Referenze bibliografiche

Harvard Style o Vancouver-Style.

Invio degli articoli

I contributi proposti devono essere presentati all'attenzione del Comitato di Redazione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona. L'invio deve essere effettuato esclusivamente in formato digitale all'indirizzo e-mail: rivista@opiancona.it

Accettazione e pubblicazione

Gli Autori sono responsabili del contenuto del contributo. Il Comitato di redazione si riserva di valutare e/o far valutare gli articoli ricevuti ed eventualmente di richiedere modifiche agli Autori. Il Comitato di redazione non è responsabile dell'utilizzo improprio delle informazioni contenute, nonché delle opinioni e giudizi espressi dagli Autori.



CONFRONTO

PROFESSIONALE



OPI

ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE
DI ANCONA

O.P.O.



Ordine della Professione Ostetrica
Ancona

OPI ANCONA

INDIRIZZO:

Via Ruggeri 3/N - 60131 AN
Tel: +39 071 205516
Fax: +39 071 2077491
info@opiancona.it
ancona@cert.ordine-opi.it
www.opiancona.it

ORARIO DI APERTURA:

Lun: ore 10,30 - 13,00
Mar: ore 17,00 - 18,00
Mer: ore 10,30 - 11,30
Gio: ore 15,00 - 18,00

GLI ORARI POTRANNO SUBIRE MODIFICHE