

NUMERO

1

2018

O.P.I.



Ordine delle Professioni Infermieristiche  
Ancona



# CONFRONTO

PROFESSIONALE

PERIODICO DELL'ORDINE  
DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE  
DI ANCONA

Anno XX - N. 1/2018 - Poste Italiane S.P.A. - Spedizione in abbonamento postale 70% - Centro Nord AN - Aut. Trib. Di Ancona 11/97 del 15/04/97





# CONFRONTO

PERIODICO DELL'ORDINE  
DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE  
DI ANCONA

PROFESSIONALE

## PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

### EDITORIALE

a cura di Giuseppino Conti

Dopo oltre 60 anni, il Collegio IPASVI  
ha passato il testimone alla FNOPI  
a cura di Lorenzo Possanzini

Relazione del tesoriere  
al Bilancio di Previsione 2018  
a cura di Antonio Tenace

Formazione e Ricerca  
a cura di Annamaria Frascati e Roberto Canestrone

Corsi BLS - *Salvo anch'io*  
Società Nazionale di Salvamento  
a cura della Prof.ssa Michela Vincitorio

Noi infermieri, la nostra impronta  
sul sistema salute  
a cura di Antonio Pio Tortorelli

Udienza Santo Padre  
a cura di Francesco Scuro e Addolorata Ungaro

Lauree infermieristiche aprile 2018:  
il mio punto di vista  
a cura di Valeria Fabbri

La copertina di Confronto Professionale  
a cura di Patrizia Prospitti

p. 3

p. 4

p. 5

p. 8

p. 11

p. 12

p. 14

p. 16

p. 17

### AREA SCIENTIFICA

Ospedale di Comunità  
nella Regione Marche:  
aspetti concettuali ed operativi  
a cura di A.Frascati, G.Conti, R.Canestrone

p. 18

Uno strumento operativo  
nella gestione della Ned.  
progetto di implementazione  
e formazione del caregiver  
a cura di A.Iacovino, A. Frascati, Santilli Carolina

p. 19

L'indice di complessità  
assistenziale (I.C.A.):  
metodologia e sperimentazione  
presso l'I.N.R.C.A. di Ancona  
a cura di Antonio Pio Tortorelli

p. 20

Accesso all'ospedale di comunità,  
nella realtà marchigiana:  
uno studio osservazionale descrittivo  
a cura di A. Ungaro, R. Stoico, A. Frascati

p. 21

## PROFESSIONE DI OSTETRICA

### EDITORIALE

a cura di Margherita Piermaria

Ordine della Professione di Ostetrica  
della Provincia di Ancona  
Componenti del consiglio direttivo  
protempore anno 2018-2020.

p. 24

p. 25

### AREA SCIENTIFICA

Pitfalls della cardiocografia  
a cura di Giulia Sabbatini

p. 26

**DIREZIONE,  
AMMINISTRAZIONE  
E REDAZIONE**  
Via Ruggeri 3/N,  
60131 Ancona  
Tel. 071 205516  
Fax 071 2077491  
info@ipasviancona.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

# EDITORIALE

Giuseppino Conti

Presidente

**C**arissimi colleghi, ad oggi posso dire che stiamo vivendo un periodo pieno di tante novità per la nostra professione.

La prima tra tutte è stato, dopo oltre 60 anni, il saluto definitivo all'IPASVI per aprire le porte all'attuale OPI, Ordine Professionale dove l'infermiere è coinvolto in prima persona e l'assistito verrà sempre più tutelato.

Innovazioni ci sono state anche a livello universitario. Il 15 marzo nella Facoltà di Medicina a Torrette di Ancona, è stato inaugurato il master di primo livello in infermieristica di famiglia e di comunità. Percorso di studio a dir poco importante per assistere la persona nel suo ambiente di vita.

Da non dimenticare inoltre la nostra giornata internazionale, il 12 maggio. La data come ben sapete non è casuale: è stata stabilita dall'International Council of Nurses, federazione composta da ben oltre 130 Associazioni Nazionali Infermieristiche, che rappresentano più di 13 milioni di infermieri nel Mondo. Il 12 maggio del 1820 nacque infatti Florence Nightingale, la fondatrice delle Scienze infermieristiche moderne. Il nostro ordine, come tanti altri, contribuirà a ricordare questo giorno organizzando una valida iniziativa nella città di Ancona.

Grande nota dolente ad oggi che andiamo in stampa, rimane ancora il contratto di lavoro. La stessa Barbara Mangiacavalli, Presidente dell'Ordine, ha ribadito più volte che le previsioni normative contenute in esso, in particolare per la parte relativa all'organizzazione, non valorizzano l'esperienza e la competenza acquisita nel tempo dai professionisti impegnati nella difficile quanto fondamentale attività a valenza organizzativa. Tra le proposte effettuate dalla FNOPI possiamo citare il sistema di classificazione professionale (che a loro avviso allontana la presa in carico del paziente,

proponendo di non stressare il sistema con altre sovra categorie che possono generare solo confusione nei ruoli), la definizione degli incarichi di funzione (non chiaramente esplicitata nella preintesa ma che dovrà essere garantita a tutti gli infermieri attualmente in categoria D, ma anche Ds) e l'organizzazione del lavoro (allo stato attuale nessuna norma che direttamente o indirettamente porta alla disapplicazione del Dlgs 66/2003 riguardante l'orario di lavoro risulta accettabile).

Per quanto riguarda l'assemblea annuale degli iscritti il 23 marzo, all'unanimità, è stato approvato il bilancio consultivo e preventivo. Anche qui un passo avanti per realizzare il programma che insieme al consiglio ci eravamo prefissati a inizio mandato. Come sempre è nostra premura e dovere rispettare le nostre promesse investendo nell'impegno.

Un ringraziamento particolare va a tutti quei colleghi che durante le criticità atmosferiche del mese di febbraio hanno garantito nonostante le difficoltà negli spostamenti la continuità del Servizio Assistenziale. Osservare professionisti motivati e pronti a mettersi in gioco di fronte alle complessità non fa che valorizzare sempre più la

nostra figura. Affrontare disagi come la neve, il freddo, le intemperie e con il rischio di mettere a repentaglio anche la nostra stessa vita penso sia un aspetto da giudicare sempre con orgoglio.

Concludendo la nostra rivista "Confronto Professionale" da questo numero non verrà più spedita nelle singole abitazioni ma verrà fatta pervenire in ogni struttura pubblica e privata, oltre gli indirizzi mail in nostro possesso. Rimarrà inalterata la semestralità e il download dal sito. Vi invito a comunicarci eventuali inesattezze di indirizzo o mancanza di ricevimento presso l'email rivista@ipasviancona.it in modo da effettuare eventuali modifiche nel numero successivo. L'ulteriore cambiamento che potrete osservare è la veste grafica. Dopo tanti anni, pur mantenendo l'eleganza abbiamo investito sulla leggerezza e leggibilità. I disegni della copertina saranno affidati all'infermiera Patrizia Prospitti, una nostra collega che gratuitamente e con la passione artistica arricchirà la nostra prima pagina.

Con la speranza di fare sempre del nostro meglio e di dar voce a tutti voi, rimango a disposizione per eventuali consigli e chiarimenti.





# Dopo oltre 60 anni il Collegio IPASVI ha passato il testimone alla FNOPI

a cura di Lorenzo Possanzini

**I**l 15 febbraio grazie all'entrata in vigore della legge Lorenzin 3/2018 del 11 Gennaio 2018 e dopo oltre 60 anni il Collegio IP.AS.VI ha passato il testimone all'O.P.I. (Ordine delle Professioni Infermieristiche), un organo atteso ormai da 11 anni (legge 43 del 1 febbraio 2006) che ha permesso di definire un nuovo inizio per la nostra professione. Con i suoi 447mila infermieri che operano in Italia, L'O.P.I. è il principale Ordine professionale italiano, una bella vittoria per tutti gli infermieri.

Altre novità hanno interessato anche i Collegi provinciali che sono diventati Ordini Provinciali delle Professioni Infermieristiche.

Da sottolineare è inoltre come le qualifiche di "infermiere professionale" e "vigilatrice di infanzia" sono diventate rispettivamente "infermiere" e "infermiere pediatriche".

Chiaramente il nome non è l'unica novità che caratterizza l'entrata in vigore del provvedimento.

A tale riguardo il 22 dicembre 2017 la Dott.ssa Barbara Mangiacavalli, attuale Presidente della F.N.O.P.I. (Federazione Nazionale

Ordine delle Professioni Infermieristiche), si è così espressa "La tutela ordinistica favorirà non solo i professionisti ma anche gli stessi cittadini, offrendo armi efficaci ad esempio contro l'abusivismo, che infanga l'operato di centinaia di migliaia di professionisti e pone a rischio la salute degli assistiti. È l'elemento forte della trasformazione dei Collegi in Ordini la tutela dell'assistito che si ottiene vigilando affinché l'iscritto abbia titolo al contatto diretto con lui, anche, in caso, con l'esercizio della magistratura interna. Quindi il controllo sui comportamenti deontologici e professionali: si lavora per una sorta di accreditamento periodico anche in termini di competenza dei professionisti. Non basta essere iscritti all'Ordine se poi l'iscrizione diventa un mero titolo di cui fregiarsi

senza rivedere preparazione, formazione e competenza. Va introdotto un percorso di accreditamento periodico professionale e continuativo che gli Ordini possono a pieno titolo verificare".

"La differenza la faranno i codici deontologici - prosegue Mangiacavalli - che anche grazie alla nuova legge acquisteranno maggiore rilevanza anche per il peso e le potenzialità che i nuovi Ordini avranno dal punto di vista del controllo e della loro applicazione e potranno essere aggiornati con maggiore e più regolare frequenza. La differenza la farà l'organizzazione a livello locale che la legge rende elastica prevedendo, anche grazie ai decreti attuativi che ora il ministero della Salute dovrà predisporre con le collaborazioni di tutte le professioni, norme che non ingesseranno più la gestione e l'organizzazione dei professionisti sul territorio come oggi accade".

Fondamentale nella nuova legge è

stato l'aggiornamento della precedente risalente al Dlcp 13 settembre 1946 n. 233 ed in vigore fino a poco tempo fa.

I cambiamenti hanno interessato non solo il diverso inquadramento degli enti, con la possibilità d'intervenire anche a livello disciplinare, ma altresì la loro organizzazione più adeguata ai moderni canoni degli istituti pubblici e della programmazione sanitaria.

La Presidente degli infermieri ha posto inoltre l'accento sulla questione DdI riguardante la modifica delle sanzioni penali e accessorie in caso di esercizio abusivo di una professione sanitaria, su cui i nuovi Ordini potranno vegliare con maggior forza e a maggior titolo.

A conclusione la Mangiacavalli oltre a rivolgere diversi ringraziamenti alle massime cariche interessate, ha riconosciuto la professionalità e la competenza di quanti operano nel servizio assistenziale individuandoli parte attiva nell'affiancare e sostenere la Federazione Nazionale in ogni momento dell'iter della legge.





# Relazione del tesoriere al Bilancio di Previsione 2018

a cura di Antonio Tenace

**I**l bilancio di previsione per l'anno 2018 è stato elaborato sulla base delle indicazioni previste dal Regolamento per l'Amministrazione contabilità e attività contrattuale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona, e si compone di:

- **Preventivo finanziario gestionale**, articolato in titoli, categorie e capitoli ed è stato redatto sia in termini di competenza che di cassa. Il bilancio preventivo di competenza segue il criterio della competenza finanziaria e annota quindi gli impegni di spesa e gli accertamenti di entrata che si prevede di effettuare dell'anno 2018, a prescindere dall'effettivo pagamento o riscossione. Il bilancio preventivo di cassa segue il criterio della competenza monetaria e registra quindi gli incassi ed i pagamenti che si prevede di effettuare nell'anno 2018, sia in conto competenza che in conto residui. Come richiesto dal 2° comma, dell'art. 5 del Regolamento di amministrazione, contabilità e attività contrattuale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona;
- **Quadro generale riassuntivo della gestione finanziaria**, che illustra in modo sintetico l'andamento in via prospettica della gestione finanziaria;

- **Preventivo economico**, che rielabora i dati del preventivo finanziario sulla base dei principi di contabilità economica.

Costituiscono allegati al Bilancio di Previsione, oltre alla presente relazione:

- **La relazione del collegio dei Revisori**
- **La tabella dimostrativa dell'avanzo di amministrazione presunto.**



## ENTRATE

### TITOLO I: ENTRATE CORRENTI

*Categoria I Entrate contributive*

La somma prevista nella categoria in esame si riferisce alle entrate contributive a carico degli iscritti calcolate sulla base di una previsione di 3700

iscritti.

*Categoria II: Entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali*  
Non sono previste entrate per la categoria in oggetto.  
*Categoria III Quote di partecipazione degli iscritti all'onere di particolari gestioni*

La somma prevista nella categoria in esame è di € 400,00 e si riferisce a tessere distintivi /bolli auto.  
*Categoria IV Trasferimenti*

correnti da parte dello Stato-Regioni-Comuni-Altri Enti Pubblici

Non sono previste entrate per la categoria in oggetto. **Categoria V Entrate derivanti dalla vendita di beni e dalla prestazione di servizi**

Non sono previste entrate per la categoria in oggetto. **Categoria VI Redditi e proventi patrimoniali**

La somma prevista di € 4.250,00 di cui € 400,00 di interessi attivi sul conto corrente e € 3.850,00 di locazioni attive.

**Categoria VII Poste correttive e compensative di uscite correnti**

Non sono previste entrate per la categoria in oggetto. **Categoria VIII Entrate non classificabili in altre voci**  
Non sono previste entrate per la categoria in oggetto.

## **TITOLO II: ENTRATE IN CONTO CAPITALE**

Sono preventivate somme in conto capitale di euro 50.000,00 per assunzione mutuo per acquisto sede.

## **TITOLO III: ENTRATE PER PARTITE DI GIRO**

Le operazioni rilevate in questo titolo non hanno rilievo economico ma soltanto finanziario e contabile, nel rispetto dei principi di contabilità finanziaria. Le partite di giro comprendono le entrate e le uscite che l'Ente effettua in qualità di sostituto d'imposta, (principalmente si tratta delle **ritenute effettuate sugli stipendi come sostituto d'imposta**), ovvero per conto terzi, le quali costituiscono al tempo stesso un debito ed un credito per l'Ente. La somma prevista è di € 10.000,00.

Il Presidente  
Giuseppino  
Conti con il  
Segretario  
Roberto  
Canestrone



## USCITE

### **TITOLO I: USCITE CORRENTI**

**Categoria I: Uscite per gli organi dell'Ente**  
Sono state preventivate complessivamente spese per € 14.500 che si riferiscono a rimborsi chilometrici e rimborsi spese.

**Categoria II: Oneri per il personale in attività di servizio**

La somma prevista è complessivamente di € 36.200,00 di cui 26.400,00 inerenti a stipendi e oneri riflessi, € 600,00 relativa all'assicurazione per il personale dipendente, 2.000,00 fondo incentivazione e 7.200,00 per oneri sociali.

**Categoria III: Uscite per l'acquisto di beni di consumo e di servizi**

Sono state preventivate spese per € 15.330,00. I capitoli di spesa sono sostanzialmente in linea con gli anni precedenti oltre all'inserimento di un capitolo di spesa pari a € 1.000,00 come adeguamento alla normativa sulla tutela della privacy che verrà rinnovato

Il Revisore  
dei Conti  
Mariarosaria  
Buonviaggio



anche per l'anno 2018. **Categoria IV: Uscite per funzionamento uffici**  
La spesa complessiva preventivata è di € 46.000,00. **Categoria V: Uscite per prestazioni istituzionali**  
Sono state previste spese per € 73.910 di cui € 25.900,00 relativi alle quote spettanti alla Federazione Nazionale Collegi per ogni iscritto all'Albo, € 12.000,00 da utilizzare per la formazione, € 8.000 per la stampa e la

pubblicazione della rivista del Collegio, € 2.000,00 per i progetti del gruppo ricerca € 9.000,00 da utilizzare per il gruppo web, € 8.000,00 per le iniziative volte a promuovere l'immagine sociale della professione, € 10,00 per il fondo finalizzato ai coordinamenti regionali e € 100,00 per le spese di rappresentanza.

**Categoria VI: Trasferimenti passivi**

Non sono previste uscite in questa categoria.



**Categoria VII: Oneri finanziari**  
In questa categoria sono state preventivate € 400,00 per le spese e commissioni bancarie.

**Categoria VIII: Oneri tributari**  
Sono stati stimati in complessivi € 4.990,00 di cui € 840,00 di imposte e tasse e 2.900,00 di Irap sulle retribuzioni e 1.250,00 di Ires.

**Categoria IX: Poste correttive**

**e compensative di entrate correnti**

In questa categoria sono previste € 1.000,00 di sopravvenienze passive.

**Categoria X: Uscite non classificabili in altre voci**  
Si riferiscono esclusivamente al Capitolo "Fondo spese imprevidite" per un ammontare di € 5.000,00. Questo Fondo è previsto per l'eventuale

integrazione di tutti i capitoli del Titolo I e Titolo II delle uscite in caso di stanziamento insufficiente o per spese imprevidite come da art. 7 comma 1 del Regolamento di amministrazione, contabilità e attività contrattuale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona.  
**Categoria XI: Accantonamento al trattamento di fine rapporto**  
La spesa prevista è di € 1.800,00 in linea con la normativa vigente.

**Categoria XII: Accantonamento a fondi rischi e oneri**

Non sono state previste uscite in questo capitolo.

## **TITOLO II: USCITE IN CONTO CAPITALE**

**Categoria I: Acquisizione di beni durevoli ed opere mobiliari**

Sono state previste uscite pari a € 182.000,00 di cui Euro 2.000,00 per l'acquisto di mobili da utilizzare per l'archiviazione di documenti e euro 180.000 per acquisto sede.

**Categoria II: Acquisizione di immobilizzazioni tecniche**  
La spesa prevista di € 1.000,00 è riferita alla necessità di acquistare un nuovo computer per l'ufficio di presidenza in sostituzione di quello attuale non più adeguato.

## **TITOLO III: USCITE PER PARTITE DI GIRO**

Tra le uscite aventi natura di partite di giro sono previste spese per € 12.000,00 da riferirsi a ritenute erariali e previdenziali.



È possibile consultare il Bilancio preventivo 2018 ed il Bilancio consuntivo 2017 sul nostro sito [www.ipasviancona.it](http://www.ipasviancona.it)



# Formazione e Ricerca

a cura di Annamaria Frascati e Roberto Canestrone



**I**l concetto di Formazione Continua interessa in modo particolare l'apprendimento, che in un certo qual modo, dovrebbe diversificarsi velocemente ed adeguarsi ai repentini mutamenti sociali. L'obiettivo che la formazione continua si pone, è quello di promuovere, attraverso l'erogazione di conoscenze, capacità e competenze, una consapevole e responsabile forma di vita, sia a livello personale che a livello pubblico e professionale. L'ECM (Educazione Continua in Medicina) è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta. Per poter acquisire queste buone pratiche è necessario, oggi più di ieri, spendere

una parte delle proprie energie per l'aggiornamento. L'obiettivo è quello di realizzare un sistema in grado di verificare e di promuovere su scala nazionale la qualità della formazione continua, anche attraverso l'opera di osservatori indipendenti e con criteri e modalità condivisi. Gli operatori della salute hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile. Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità. Le difficoltà nel reperire informazioni e l'ormai atavico e anacronistico gap che si crea tra la teoria e la pratica sono gli starter del processo di miglioramento che vanno affrontati con cognizione di causa. La pratica basata sull'evidenza è un approccio sistematico alla soluzione dei problemi per gli operatori sanitari, caratterizzato dall'uso delle migliori prove attualmente

disponibili per il processo decisionale clinico, al fine di fornire ai pazienti la cura più coerente e migliore possibile. Un recente studio pubblicato su AJN (*American Journal Of Nursing*) ha indagato le percezioni degli infermieri sul loro modo di ottenere informazioni utili alla loro pratica clinica quotidiana, l'accesso agli strumenti con cui ottenere prove di efficacia e se hanno le capacità per farlo. E' stato studiato un campione corposo di Settecentosessanta intervistati dalla quale è emerso che nonostante si avverte l'esigenza di aver spesso bisogno di informazioni, si sentono molto più fiduciosi nel chiedere a colleghi o fare una ricerca veloce su internet senza però utilizzare i database specifici come PubMed o CINAHL. Da questi dati si avverte forte l'esigenza di percorsi formativi mirati all'integrazione dell'attività educativa per mantenere, sviluppare e incrementare le conoscenze, le competenze e le performance degli

operatori della sanità attraverso una formazione continua. L'ECM è stata introdotta in Italia con l'art. 16 bis e segg. del d.lgs. 229 del 1999 e dal 1 gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244. La gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua fino ad oggi competenza del Ministero della Salute, sono stati trasferiti all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). La formazione diventa sempre di più una richiesta personale, una formazione "su misura", "on demand", attenta a coniugare i bisogni e i desideri della persona con quelli dell'organizzazione. Una gestione così organizzata potrà garantire da un lato una prestazione efficace ed efficiente, dall'altro offrire l'occasione per l'aggiornamento dei vari professionisti, permettendo una maggiore soddisfazione degli operatori coinvolti nel processo.

CREDITI ACQUISITI NEL TRIENNIO 2011-2013	FABBISOGNO TRIENNALE 2014-2016	FABBISOGNO ANNUALE 2014-2016
da 101 a 150	105	da 17,5 a 52,5
da 51 a 100	120	da 20 a 60
da 30 a 50	135	da 22,5 a 67,5

Confermati in 150 i crediti formativi richiesti complessivamente per il triennio 2017/2019; viene data la possibilità di acquisire, per singolo anno, i crediti in maniera più flessibile ossia ad esempio

regolamentano la ricerca e la sperimentazione clinica anche il nuovo Ddl Lorenzin ha ripreso dei temi relativi alla questione etica della sperimentazione limitando il numero dei comitati etici ed aprendo le porte

*rimborsi le spese dirette e indirette connesse alla sperimentazione, nonché le mancate entrate connesse alla connotazione di studio come non profit*". In sostanza, si prova a spostare la ricerca no-profit



di ottenere 30 crediti quest'anno, 100 nel 2018 e 20 nel 2019. Rispetto al triennio precedente tutti i crediti possono essere ottenuti attraverso corsi FAD senza più alcuna limitazione.

## COME SI INSERISCE LA RICERCA INFERMIERISTICA NELLA FORMAZIONE?

La ricerca ha un'enorme influenza sulla pratica infermieristica attuale e futura, rendendola così una componente essenziale del processo educativo, si svolge secondo gli stessi standard etici di tutte le altre ricerche che coinvolgono i partecipanti. Numerosi sono i vincoli legislativi che

anche alla ricerca no-profit "la sperimentazione non sia finalizzata allo sviluppo industriale del farmaco o comunque ai fini di lucro". Con il Ddl Lorenzin si valorizza l'uso sociale ed etico della ricerca e si stabilisce che "l'azienda farmaceutica

dal "binario morto" in cui è finita per molti anni. Di fatto sino ad oggi la ricerca era già regolamentata dalla Dichiarazione di Helsinki del 1964 una dichiarazione sui tre principi etici, inizialmente applicata alla ricerca medica, ma che ora guida tutti i tipi di ricerca. Il più

importante è il "rispetto delle persone", in cui il benessere dei partecipanti ha la precedenza sugli interessi dei ricercatori, della società o della scienza. Gli infermieri devono comprendere e applicare i principi etici alla propria ricerca, La Dichiarazione



di Helsinki del 1964 è una dichiarazione sui principi etici, inizialmente applicata alla ricerca medica, ma che ora guida tutti i tipi di ricerca. Dei tre principi fondamentali, il più importante è il “rispetto delle persone”, in cui il benessere dei partecipanti ha la precedenza sugli interessi dei ricercatori, della società o della scienza. Le salvaguardie per i partecipanti sono di primaria importanza e includono strategie per mitigare i potenziali danni correlati al benessere emotivo, all’impatto sull’occupazione, sullo stato finanziario o sociale e altro ancora. Il secondo principio fondamentale è il beneficio, in cui i ricercatori dovrebbero sforzarsi di massimizzare i benefici della ricerca per la società in generale riducendo al minimo i rischi per i partecipanti alla ricerca. Il principio finale è la giustizia. In questo caso, i ricercatori dovrebbero garantire che la ricerca sia condotta in modo equo e in un modo che non sfrutti o svantaggi nessuno dei partecipanti. Sebbene ora accettiamo questi principi come norma, non è sempre stato così. Alcuni studi storici sono stati considerati così profondamente non etici da diventare il catalizzatore di linee guida e processi di revisione etica progettati per proteggere i partecipanti umani durante la ricerca. Uno di questi studi fu il Tuskegee Syphilis Experiment condotto tra il 1932 e il 1972 in cui gli uomini afroamericani in Alabama non furono informati della loro diagnosi di sifilide e i ricercatori non li trattarono consapevolmente.



## FORMAZIONE O.P.I. ANCONA

Il gruppo formazione O.P.I. Ancona ha cercato di rispondere alle esigenze degli iscritti producendo un calendario delle attività formative che racchiude i risultati di un’indagine conoscitiva sulla rilevazione del fabbisogno formativo. Sono state indagate le aree di interesse e le modalità didattiche preferite; il questionario realizzato ad hoc è stato divulgato attraverso l’invio di una mail a tutti gli iscritti dell’Ordine Professionale di Ancona. Il report ha evidenziato alcune necessità e sono emerse diverse tematiche che hanno permesso di stilare le proposte e le modalità formative di seguito elencate:

- ✓ I permessi secondo il CCNL: diritti dei professionisti e obbligo delle aziende area forense
- ✓ La documentazione clinica. Responsabilità
- ✓ Giornata Internazionale dell’Infermiere clinica
- ✓ BLS D
- ✓ FAD Formazione a distanza
- ✓ La ventilazione non invasiva. Approccio e tecniche
- ✓ Le raccomandazioni ministeriali e la gestione nella pratica.
- ✓ La gestione del paziente tossicodipendente in fase critica. Approccio e cura
- ✓ Infermiere a giudizio: dal procedimento disciplinare al procedimento penale

Per il 12 maggio, Giornata Internazionale dell’Infermiere, è stata programmata una Manifestazione con l’obiettivo di presentare il progetto “Sensibilizzazione alle procedure di Primo Soccorso e di educazione sanitaria” dedicato alle scuole di qualsiasi ordine e grado e alla cittadinanza, per divulgare l’importanza della rianimazione cardiopolmonare, anche con Defibrillatore semiautomatico(DAE). L’evento si articola su diversi ambiti oltre all’emergenza saranno attivati procedure finalizzate al “prendersi cura” come la rilevazione di parametri quali la pressione arteriosa, la misurazione della glicemia e i consigli su attività di promozione della salute. Il setting individuato è la piazza Pertini di Ancona, lo svolgimento delle varie attività avverrà dalle ore 8.00 alle 14.00. Si precisa che quanto sopra sarà allestito e gestito da professionisti a titolo gratuito, sia per gli Istruttori di Primo Soccorso che per gli Infermieri iscritti all’ordine della provincia di Ancona.



# CORSI BLS *Salvo anch'io* Società Nazionale di Salvamento

a cura della Prof.ssa Michela Vincitorio

**S**i sono svolti nel mese di marzo 2018 i corsi di formazione di primo soccorso "Salvo anch'io" rivolti agli alunni di scuola secondaria di I grado e 5<sup>a</sup> scuola primaria dell'Istituto Bruno da Osimo e 5<sup>a</sup> scuola primaria dell'Istituto Dante Alighieri di Collemarino promossi dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona.

Il corso ha puntato alla sensibilizzazione del ruolo attivo che ognuno può avere in situazione di emergenza: dal divenire canale immediato

e diretto con gli addetti ai soccorsi, all'essere in prima persona una opportunità di salvezza, inserendosi pertanto su aspetti formativi che mirano allo sviluppo del senso civico e delle competenze di cittadinanza attiva che contemplano atteggiamenti solidali e di aiuto alla persona.

Dopo essere stati introdotti alle fasi e alle procedure di primo soccorso, gli alunni hanno sperimentato sui manichini le manovre di rianimazione e primo intervento con grande coinvolgimento e interesse.

Dapprima i ragazzi si sono esercitati nell'attuazione delle manovre di rianimazione cardiopolmonare ed in seguito di quelle finalizzate alla disostruzione delle vie aeree. Ai ragazzi è stata sempre sottolineata l'importanza di mantenere un filo diretto con gli addetti ai soccorsi.

L'Istituto Bruno da Osimo e l'Istituto Dante Alighieri di Collemarino ringraziano l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ancona per la promozione della cultura dell'aiuto e soccorso alla persona attraverso queste iniziative.



**"Potenziamento della cultura della prevenzione degli infortuni e della normativa vigente rispetto a stage, tirocini e alternanza nel mondo del lavoro".**

Dal 1871 nel nostro DNA

per la salvaguardia della vita umana



# Noi infermieri, la nostra impronta sul sistema salute

a cura di Antonio Pio Tortorelli

“Dobbiamo scegliere ogni passo che facciamo con la massima cautela, perché le impronte che ci lasciamo alle spalle sono importanti quanto il percorso che seguiremo. Fanno parte dello stesso viaggio – la nostra storia.” Con questa frase di Lori R. Lopez si è concluso il primo congresso nazionale FNOPI, tenutosi a Roma dal 05 al 07 marzo nella suggestiva location dell’Auditorium Parco della Musica, che ha visto la partecipazione di oltre 3500 infermieri. La Presidente Barbara Mangiacavalli ed il suo direttivo, hanno incentrato il congresso sull’impronta che gli infermieri danno all’assistenza, gestendola ed affrontando le continue mancanze di risorse, soprattutto umane, dando il massimo per la collettività.

Passeggiando per gli spazi che conducono all’auditorium si nota quanto gli infermieri basano il loro operato sull’EBN e sulla ricerca infermieristica, quasi 300 i poster esposti, con lavori che toccano diverse aree tematiche quali formazione, organizzazione, deontologia e clinica.

L’intero dibattito si è svolto con il format del talk-show, condotti da giornalisti RAI, moderatori di prim’ordine, quali Salvo Sottile, Giuliano Giubilei e Maria Concetta

Mattei. Brillante e padrona del palco la conduttrice della tre giorni, Cinzia Spanò, capace di tenere il pubblico e accompagnarlo nelle varie fasi del programma.

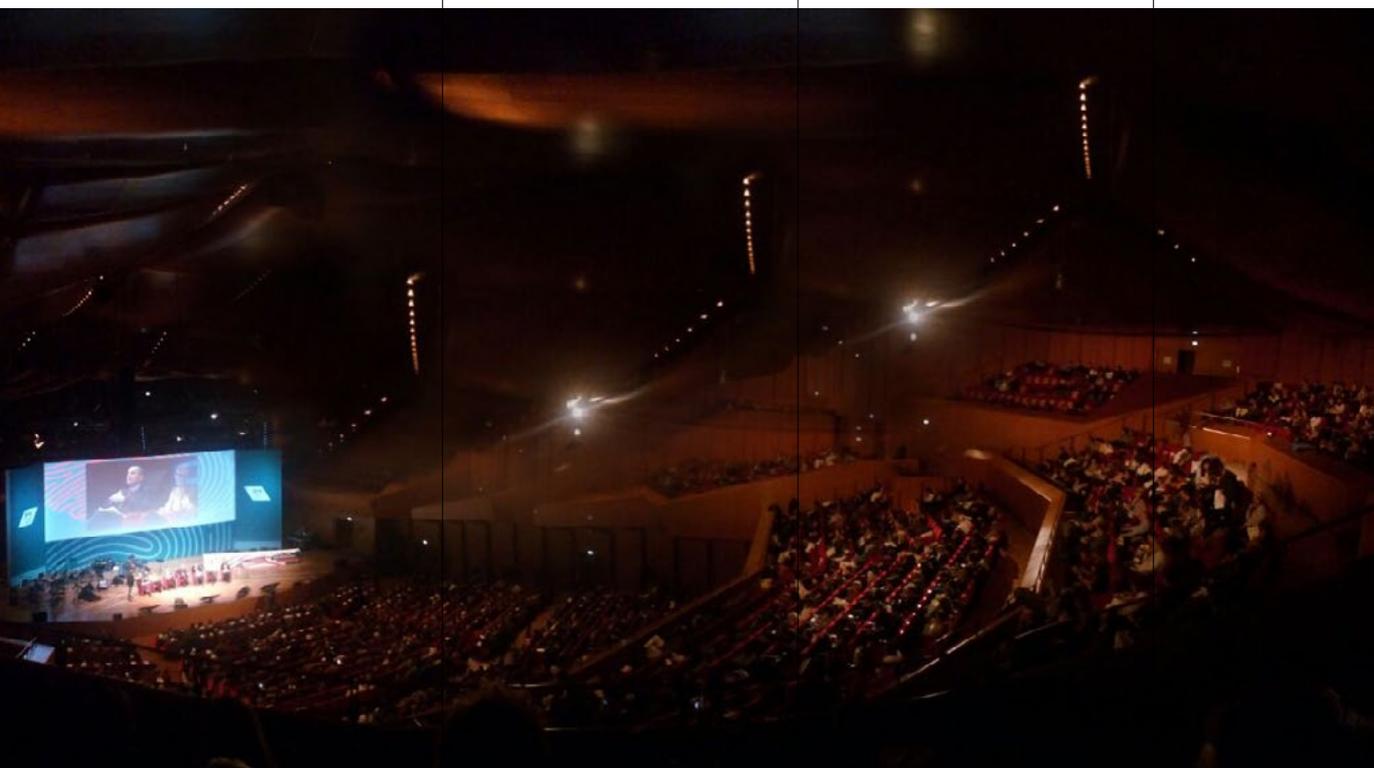
La prima giornata ha affrontato il tema del rapporto tra infermieri e cittadini, i quali chiedono la presenza più “vicina” e più numerosa degli infermieri al fine di sopperire alla carenza di personale, dati aggiornati indicano come ad oggi ne manchino oltre 30 mila sul territorio e circa 20 mila nelle corsie. Ad allietare la serata va ringraziata la musica dell’Oversea Orchestra guidata da maestro, nonché infermiere, Filippo Martelli. Altro momento d’ilarità è stato

quello con Giacomo Poretti con un monologo sul suo trascorso infermieristico tra siringhe di vetro e suore caposala.

La seconda giornata ha visto la presentazione di ben 18 studi interessantissimi provenienti da tutta Italia a riprova che la crescita professionale è insita nella professione stessa. A seguire due talk sull’esercitare in sicurezza e in partnership con le altre professioni in cui è emerso che la via giusta è quello dello skill-mix ossia la modifica di attribuzione di competenze tra medici ed infermieri, pratica diffusa nell’assistenza primaria e da diffondere nella gestione delle acuzie. Ad intrattenere



Alcuni consiglieri dell’OPI di Ancona assieme alla Presidente Nazionale Barbara Mangiacavalli.



la platea questa volta è stato lo spettacolo teatrale "E Johnny prese il fucile" a cura della compagnia Fonderia Mercury, toccante esibizione sulla sensibilità della comunicazione e quanto essa sia difficile in certi contesti.

La giornata conclusiva ha visto sul palco un talk sull'esercizio della professione al massimo delle potenzialità, con l'intervento anche del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che ha permesso di porre l'accento sulla mancanza di cattedre universitarie: in

Italia solo 39 gli infermieri la possiedono a fronte di ben altri numeri per la professione medica. La Presidente ha chiuso i lavori con la speranza di ottenere sempre maggiori risultati nei tavoli istituzionali a favore della nostra professione, nel sostenere sempre più le società scientifiche nella realizzazione della buona pratica e nel consolidare la sinergia tra i cittadini e le associazioni che li rappresentano. La stessa si è augurata di riuscire a far riconoscere e valorizzare le nuove competenze professionali, delineare un percorso di infungibilità del

professionista, contrastare l'abusivismo e identificare le aree di fragilità, creare intese a difesa la dignità dell'infermieristica, attivare modalità diverse dal minutaggio per calcolare il fabbisogno d'infermieri ed incrementare nelle università il corpo docente infermieristico.

Concludendo possiamo dire che sono stati tre giorni ricchi di emozioni, dove si è percepito chi siamo, quanti siamo e soprattutto le potenzialità che abbiamo per rendere la nostra professione davvero tale.



# Udienza Santo Padre

*a cura di Francesco Scuro e Addolorata Ungaro*



**R**oma, 03 marzo 2018 – È stata la data in cui Papa Francesco ha ricevuto in Udienza i Membri della Federazione degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). In una giornata fredda e uggiosa, ma tutti raggianti per l'incontro con il Santo Padre, che doveva avvenire in mattinata, ci si accingeva frenetici ad occupare i posti riservati a noi infermieri.

Con abbigliamento consono alla circostanza, elegante ma sobrio, si aspettava con pazienza; nell'attesa, già si respirava l'importanza dell'evento: anche i bambini, vestiti con papillon per l'occasione, avvertivano la serietà del momento. All'arrivo in aula di Papa Francesco si percepì subito il suo caldo abbraccio che riscaldava i nostri animi ed attenuava anche il freddo di una giornata piovosa. Tutti in piedi per salutare ma

anche per poter carpire una sua stretta di mano, un suo saluto o un suo sguardo, anche se fugace. Ed ecco, finalmente, le sue parole che riempivano il silenzio dell'attesa. Subito, il Santo Padre ha voluto esprimere la sua gioia per l'incontro, la riconoscenza e la stima per il lavoro che svolgiamo, definendo come insostituibile il ruolo degli infermieri nell'assistenza al malato. Ha ricordato, in particolare,

un'infermiera suora che è stata determinante per la sua guarigione. Ha messo in risalto l'elevata professionalità richiesta al nostro agire che si estrinseca sia in ambito curativo che preventivo, riabilitativo e palliativo,

richiedendo specializzazione ed aggiornamento continuo, ma senza tralasciare la sfera delle relazioni umane. Ha parlato della "medicina delle carezze", invitando ad adottare la "tenerezza" come "chiave" per capire l'ammalato. Ha indicato

come usurante ed esposto a rischi il lavoro degli infermieri ed ha sottolineato come la carenza di personale non può essere in alcun modo considerata una fonte di risparmio da un'amministrazione saggia. Infine, ha invitato gli stessi pazienti a non dare mai per scontato quanto ricevono, raccomandando a loro stessi di stare attenti all'umanità degli infermieri che li assistono. Dopo aver salutato i presenti e concesso loro

la sua benedizione, il Papa si allontanava pian piano dall'aula lasciando in noi una sensazione di affettuosità nei suoi confronti. Al di là delle proprie confessioni religiose, lui ha saputo arrivare ai nostri cuori, attraverso una sintonia emotiva, instaurata con un discorso empatico, percepito da tutti come un "sostegno" a quella professione che, forse, in questi ultimi anni non è stata adeguatamente considerata.





# Lauree infermieristiche aprile 2018: il mio punto di vista

a cura di Valeria Fabbri

**N**elle giornate 9/10- 23/24 aprile 2018, si è svolta la seconda sessione delle Lauree Infermieristiche all'Università Politecnica delle Marche di Ancona. L' O.P.I di Ancona è stato

impressioni, zero emozioni, zero personalità nel parlare di un'occasione nella quale invece l'emozione e l'orgoglio infermieristico sono parole chiave ... e no eh... così non va bene... proseguo ma a modo mio...

Gli esami di Stato sono stati un'esperienza molto interessante, ho fatto un vero e proprio "ripasso generale" delle varie nozioni...quindi anche molto utili!  
Le giornate più belle in assoluto però sono state il 23 e 24 aprile, dedicate alla discussione delle tesi e alla Proclamazione. In primis l'emozione di stare "dall'altra parte", l'ultima volta che ho partecipato alla discussione di una tesi, era la mia! Ma non per questo mi sono sentita meno emozionata, anzi assistere alla nascita di nuovi professionisti, nuovi colleghi, il nostro futuro ... sentire la loro

voce tremante durante la discussione della tesi per vederli poi rilassati e felici alla proclamazione... sono cose che ti rimangono dentro.

Io sono una semplice infermiera, fiera di esserlo e che ha la fortuna di far parte del consiglio direttivo del nostro ordine e in questa occasione ho sentito il peso schiacciante della responsabilità di parlare a tutta quella gente spiegando che cos'è l'O.P.I., la straordinarietà di essere finalmente diventati "Ordine", la meravigliosa giornata vissuta a Roma all'udienza privata con Papa Francesco, il quale ha avuto parole dolci, comprensive e di ammirazione per tutti noi professionisti.  
Da questa esperienza, esco sicuramente più "ricca" e ancora più fiera e orgogliosa, se possibile, di essere un'infermiera.



dunque chiamato a far parte della commissione di laurea e questa volta, l'onere e l'onore di rappresentare il nostro ordine è toccato alle due neo-consigliere Valeria Fabbri e Cristiana Angeloni.

Ecco, queste le prime righe del "classico trafiletto", un breve racconto descrittivo di un evento... zero





# La copertina di Confronto Professionale

a cura di Patrizia Prospitti

**M**i chiamo Patrizia Prospitti e lavoro nel reparto di Chirurgia Generale e Specialistica all' A.O.U. Umberto I° in Ancona. Ho iniziato a coltivare la mia passione per l'arte nel 1996, al fine di colmare l'inattività lavorativa tra un avviso pubblico e l'altro, mettendo in pratica quel sogno tenuto per anni nel cassetto e per cui mai avrei pensato di poter riscontrare elogi e gratificazioni.

In questo cammino non mi sono mai sentita sola, nel corso degli anni ho incontrato spesso molti altri colleghi, che come me, permettono di dar voce alla loro sensibilità attraverso l'espressione pittorica, scultorea e compositiva nelle più svariate forme.

Ultimamente, avendo avuto modo di conoscere i rappresentanti dell'O.P.I. della provincia di Ancona ed essendo venuti a conoscenza della mia "dote artistica", sono stata investita dell'onere di illustrare la copertina della rivista di categoria "Confronto Professionale" con qualcosa di diverso dalle illustrazioni delle precedenti edizioni.

Devo dire di essermi sentita onorata di poter assolvere a tale compito, anche se all'inizio è risultato alquanto



difficilissimo. Probabilmente non mi sono mai cimentata precedentemente in qualcosa che si rifacesse alla mia professione e inoltre trovare un soggetto attinente alla nostra categoria che non fosse ripetitivo è risultato un po' ostico.

Per questo numero un puzzle è risultato a mio avviso essere il motivo più appropriato. Un puzzle,

piccolo nell'illustrazione ma grande se rapportato al reale.

Lo sfondo formato da numerose tessere è il risultato di molteplici interpretazioni come le attività dell'ordine, i suoi obiettivi ma anche rappresentare ogni singolo iscritto.

In primo piano si osservano invece due mani simili al famoso dipinto della "Creazione di Adamo" del Maestro Michelangelo che

anch'esse come le tessere possono dar luogo a diversi significati.

Personalmente mentre stavo effettuando il disegno e rivedendolo una volta completato, il passaggio da Collegio ad Ordine delle Professioni Infermieristiche è stato il mio primo pensiero e il più forte tra tutte quelle che ho immaginato.

Lascio a voi ora decidere cosa potrà mai essere.

# Ospedale di Comunità nella Regione Marche: aspetti concettuali ed operativi

a cura di \*A.Frascati, \*G.Conti, \*\*R.Canestrone

\*Coordinatore ASUR MARCHE A.V.2, \*\*Infermiere INRCA Ancona

## ABSTRACT

### Introduzione:

Il radicale mutamento del quadro epidemiologico, demografico e tecnologico degli ultimi decenni impone un cambiamento nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria che deve caratterizzarsi per un crescente investimento nell'assistenza a favore di soggetti affetti da patologie cronico-degenerative: questa revisione del paradigma assistenziale richiede investimenti diversi, meno concentrati sull'area ospedaliera e orientati invece al rafforzamento del sistema territoriale (cure primarie e cure intermedie o sistema della domiciliarità e residenzialità delle cure) ed alla promozione dell'integrazione e del coordinamento, sia professionale che organizzativo, che rappresentano gli elementi imprescindibili per la concreta implementazione della presa in carico complessiva del paziente fragile e cronico

### Materiali e metodi:

Revisione integrativa dei protocolli organizzativi nell'attuale scenario

Marchigiano utilizzando risorse disponibili in free access (articoli giornali locali, decreti giunta regionale) con riferimento alla progettualità e all'organizzazione dei servizi erogati

### Risultati e Discussione:

Per affrontare una programmazione efficace ed efficiente, è necessario attivare un cambiamento sostanziale delle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria e, soprattutto, occorre concentrarsi sull'assistenza territoriale, a discapito di quella ospedaliera, ponendo particolare attenzione al coordinamento tra le reti assistenziali. Da questa esigenza nasce il modello organizzativo - gestionale della Casa della Salute/OdC come nuovo modello della sanità territoriale dove in uno stesso spazio si realizza la prevenzione, la promozione della salute e il benessere sociale.

### Conclusioni:

Nel panorama internazionale tali strutture sono attive e a regime da diversi anni, in Italia sono sorte le prime realtà a partire dal 1997, ma negli ultimi anni

stanno raggiungendo una maggiore diffusione con numerosi progetti di ulteriore espansione. Un aspetto particolarmente significativo è rappresentato dalla gestione delle liste di attesa per l'accesso e il ricovero in OdC. Molto probabilmente, una commissione di valutazione composta da più professionisti, alla quale fanno capo tutte le fonti di potenziale invio dei pazienti (domicilio, pronto soccorso, reparti ospedalieri di degenza ordinaria) potrebbe gestire meglio il flusso dei pazienti verso tale struttura dandone la giusta priorità.

### Parole chiave:

Community Hospital, Chronicity Management, Chronic Care, Regione Marche.

# Uno strumento operativo nella gestione della Ned. progetto di implementazione e formazione del caregiver

a cura di \*A. Iacovino; \*\*A. Frascati, \*\*\*Santilli Carolina

\*Infermiera H RIUNITI Ancona, \*\*Coordinatrice ASUR MARCHE A.V.2, \*\*\* Infermiera ASUR MARCHE A.V.2

## ABSTRACT

### Introduzione:

La Nutrizione enterale Domiciliare (NED), è l'insieme delle modalità organizzative condotte a domicilio della persona in condizioni di stabilità clinica; tale gestione evita il protrarsi dell'ospedalizzazione, facilita la totale reintegrazione familiare, sociale e lavorativa del malato, migliora la sua qualità di vita e quella del suo nucleo familiare e riduce sensibilmente la spesa sanitaria. L'indicazione alla NED viene posta su base clinica, etica, di adeguatezza ambientale e del paziente/caregiver alla gestione domiciliare del trattamento, poiché la gestione necessita di specifiche competenze che garantiscano la conoscenza, la prevenzione ed il trattamento delle più frequenti complicanze tecniche e metaboliche.

### Materiali e metodi:

È stata condotta una ricerca bibliografica preliminare consultando i maggiori data base come pub-med embase cochrane e cinahl utilizzando termini liberi e termini

MASCH "Ned Management" "Family health Nurse" e "enteral nutrition". sono stati selezionati 23 articoli di pertinenza utili al progetto di creazione di un opuscolo quale strumento operativo nella gestione domiciliare della nutrizione enterale artificiale.

### Risultati e discussione:

L'educazione terapeutica, come definito dall'OMS, consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita, in modo da permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutino a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Una tra le modalità di educazione terapeutica, proposto per la persona che al domicilio si alimenta tramite la Gastrostomia Endoscopica Percutanea PEG, è rappresentato dalla realizzazione e diffusione di un opuscolo informativo, realizzato sulla base delle Linee guida SINPE Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale

### Conclusioni:

l'infermiere di famiglia e di comunità è la nuova figura pensata per rispondere a questa sfida che ha come obiettivo prioritario quello di aiutare i cittadini e le loro famiglie ad affrontare la malattia e la disabilità cronica, nei periodi di maggiore fragilità della vita, per migliorarne la qualità. L'indicazione alla NED viene posta su base clinica, etica, di adeguatezza ambientale e del paziente/caregiver alla gestione domiciliare del trattamento, poiché la gestione necessita di specifiche competenze che garantiscano la conoscenza, la prevenzione ed il trattamento delle più frequenti complicanze tecniche e metaboliche.

### Parole chiave:

Nutrizione Enterale Domiciliare, Formazione, Caregiver.

# L'indice di complessità assistenziale (I.C.A.): metodologia e sperimentazione presso l'I.N.R.C.A. di Ancona

a cura di \*Antonio Pio Tortorelli

\*Infermiere I.N.R.C.A. Ancona

## ABSTRACT

### Introduzione:

La misurazione dell'indice di complessità assistenziale (I.C.A.) con la metodica di B. Cavaliere ha lo scopo di supportare il professionista nell'applicazione del processo di assistenza per il raggiungimento degli outcome. Diversi studi hanno dimostrato che riducendo il numero degli infermieri aumentano le infezioni ospedaliere, le re-ospedalizzazioni in regime di urgenza e le complicanze. I minuti d'assistenza, previsti dalla regione Marche di accreditamento delle strutture sanitarie (Legge 20/2000), non rispecchiano l'effettiva tempistica necessaria ad una corretta assistenza. Si vuole portare alla luce che il fabbisogno di personale va calcolato secondo l'I.C.A. e non in base alla tipologia di reparto. Rispetto a quando non erano stati condotti studi sugli esiti assistenziali, dai dati ottenuti in questo lavoro, è inevitabile notare come i minuti di assistenza minimi previsti si rifanno a leggi obsolete

### Materiali e metodi:

Lo studio osservazionale (prospettico) è stato

realizzato da ottobre 2013 a febbraio 2014 presso la struttura ospedaliera I.N.R.C.A. di Ancona. Sono state coinvolte sette Unità Operative, rilevando per 15 giorni l'I.C.A. giornaliero. Sono stati rispettati i criteri di inclusione ed esclusione del programma di ricerca e raccolte 1608 rilevazioni, con 263 pazienti arruolati. Per calcolare il fabbisogno del personale è stato necessario rilevare l'I.C.A. medio di ogni U.O. per attribuire la classe di gravità.

### Risultati e discussione:

Dalla nostra indagine emerge che la rilevazione del fabbisogno di personale sanitario, tenendo conto dei livelli di staffing, è per certi versi sovrapponibile al minutaggio di assistenza previsto dalla legge regionale con discrepanze per i reparti che gestiscono le cronicità. Ad esempio, la U.O. di Geriatria ha un I.C.A. medio di 34.53 medio corrispondente alla complessità grave, con 15.7 unità di personale calcolate. Il dato è in discordia con l'evidenza regionale, dove alla specialità sono attribuiti solo 120 minuti di assistenza giornaliera a fronte dei 180 necessari. La U.O. di RRF (Riabilitazione E Recupero

Funzionale) ha un I.C.A. medio di 27.65 corrispondente alla complessità media, con 14.05 unità di personale calcolate. La legge regionale attribuisce alla specialità 200 minuti di assistenza giornaliera, a fronte dei 150 necessari. In uno studio di Chiarelli l'I.C.A. medio dell'Istituto Scientifico di Riabilitazione di Castel Goffredo è di 25.26, in linea con quello rilevato nel nostro studio.

### Conclusioni:

L'I.C.A. è una metodologia che aiuta i professionisti ad avere un quadro completo su che tipo di complessità si sta lavorando. È inevitabile notare come i minuti di assistenza minimi previsti si rifanno a leggi obsolete. Dalle varie rilevazioni ottenute si possono quindi notare come i principali bisogni di assistenza di cui necessitano i pazienti siano: l'assistenza basata sui bisogni primari, la cura dell'igiene per quanto riguarda le degenze mediche, un maggior tempo dedicato all'effettuazione di procedure terapeutiche e l'esecuzione di indagini diagnostiche per l'Accettazione d'Urgenza.

### Parole chiave:

Indice di Complessità Assistenziale, ICA.

# Accesso all'ospedale di comunità, nella realtà marchigiana: uno studio osservazionale descrittivo

a cura di \*A. Ungaro, \*\*R. Stoico, \*\*\*A. Frascati

\*Infermiera H. RIUNITI Ancona, \*\*Coordinatrice H RIUNITI Ancona, \*\*\* Coordinatrice ASUR MARCHE A.V.2

## ABSTRACT

### Introduzione:

Nei paesi sviluppati, tra cui anche l'Italia, l'invecchiamento della popolazione, il progressivo aumento della speranza di vita e l'incremento delle patologie cronico-degenerative, hanno portato come conseguenza l'aumento dei bisogni assistenziali "a lungo termine" con implicazioni importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza a questo tipo di paziente, ma, soprattutto, richiede un cambiamento di clinical governance: il paziente cronico, affetto da situazioni di comorbidità, richiede un approccio integrato e multidisciplinare. La Regione Marche con DRG 735/2013 ha ridefinito la rete ospedaliera regionale, introducendo misure per la riduzione della frammentazione ospedaliera, prevedendo la riqualificazione dei piccoli ospedali in Case della Salute composte anche da posti letto di Day Surgery, Lungodegenza/Riabilitazione e Cure Intermedie.

### Materiali e metodi:

Lo studio si è svolto in prima fase attraverso una ricerca

bibliografica finalizzata a recuperare documentazione utile al progetto di reclutamento, in seconda fase sono stati arruolati all'ospedale di Comunità di Loreto (An) 50 pazienti nell'anno 2017 con una % maggiore di sesso femminile. Sono state analizzate variabili socio-demografiche e specifiche cliniche per analizzare la fruibilità degli utenti che afferiscono all'ospedale di comunità.

### Risultati e discussione:

Dall'esame dei dati si rileva che l'età anagrafica media dei pazienti ricoverati è di 82 anni, per il 68% sono donne il 32% sono uomini. Il 26% dei pazienti arruolati risulta affetto da patologie cardiologiche, il 23% pneumologiche, il 22% neurologiche, l'11% ortopediche, il 10% patologie oncologiche, il 6% patologie infettive, il 2% patologie ematologiche. L'ultima variabile analizzata è la diagnosi infermieristica dove si rileva una maggioranza della diagnosi relativa al rischio cadute

Tra il 30-35%: 00155-; Stipsi; 00011- , e la deambulazione compromessa 20-25% 00088-

### Conclusioni:

La realizzazione degli Ospedali di Comunità unisce l'esigenza dell'assistenza all'ottimizzazione delle risorse umane e materiali presenti sul territorio, rispondendo al meglio ai bisogni socio-assistenziali della popolazione e unendo la professionalità, l'intelligenza organizzativa e l'uso oculato delle risorse finanziarie, all'appropriatezza dell'intervento, sgravando le Strutture Ospedaliere, appesantite da ricoveri impropri. Il ricorso all'Ospedale di Comunità permette alle Strutture ospedaliere di ridurre, se non eliminare del tutto, i "ricoveri impropri", che spesso ne appesantiscono e rallentano la funzionalità, a vantaggio di altre fasce di utenza per le quali il ricovero in ospedale è indispensabile.

### Parole chiave:

Ospedale di Comunità, Regione Marche, Bisogni Assistenziali.





# EDITORIALE

*Margherita Piermaria*

*Presidente*



**C**are Colleghe/i, come già sapete, dopo un faticoso e laborioso iter legislativo, per usare un termine a noi caro, ha visto la luce "la Legge Lorenzin". Con essa il legislatore ha ridisegnato l'organizzazione delle professioni sanitarie ad oggi riconosciute ed il cui funzionamento interno risale al 1946 senza prevederne l'abrogazione ma collocandole negli Ordini costituiti dalla trasformazione degli attuali Collegi. In essa vengono inoltre inserite disposizioni finalizzate a migliorare la funzionalità degli Organi, a chiarire i loro compiti valorizzandone il rilievo pubblico e la loro funzione deontologica favorendo la partecipazione interna da parte degli iscritti. La Legge 11/01/2018 n°3 "Delega al governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché di disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute" innovando quindi la disciplina delle professioni sanitarie degli organi di rappresentanza delle stesse, come previsto all'art 4 dalla data di entrata in vigore della legge, impone altresì il cambio di denominazione sia della FNCO che è diventata FNOPO Federazione Nazionale degli Ordini della

professione Ostetrica sia dei Collegi. Il nostro assume la denominazione di Ordine della Professione di Ostetrica delle Provincia di Ancona. A breve saranno emanati una serie di decreti attuativi per rendere operativa la nuova legge e la Federazione avrà tempo sei mesi, dalla sua entrata in vigore, per adottare uno o più regolamenti in attuazione di quelli ministeriali e che dovranno avere il via libera con un'intesa in Conferenza Stato Regioni. La Legge conferma comunque la natura giuridica dell'Ordine che è quella di ente pubblico non economico, dotato di autonomia patrimoniale, finanziaria e organizzativa e l'applicazione di due principi fondamentali dell'ordinamento: il Principio della sussidiarietà e della terzietà. Gli Ordini sono sottoposti inoltre alla disciplina sulla trasparenza della Pubblica Amministrazione e l'ANAC ha fatto definitiva chiarezza sull'applicazione della normativa a cui tutti noi ci dobbiamo adeguare. Per comprendere quali ricadute queste importanti novità avranno nel nostro agire professionale, l'Ordine di Ancona, in occasione della assemblea annuale delle iscritte/i, ha organizzato un corso di formazione tenuto dall'Avv. Vania

Cinese dal titolo: "Il nuovo Ordine Professionale delle Ostetriche: opportunità e criticità".

Il 5 maggio torna l'appuntamento annuale con la comunità mondiale delle Ostetriche. In Italia come nel resto del mondo molteplici saranno le attività previste per celebrare questa giornata. Al momento di andare in stampa non abbiamo un calendario certo da poter diffondere, ma quello che è importante ricordare ogni giorno a noi stesse ed alle nostre assistite è l'impegno quotidiano che mettiamo per svolgere al meglio il nostro lavoro al servizio della comunità per garantire e tutelare la salute delle mamme e dei loro bambini affinché possano ricevere in modo tempestivo tutte le cure di qualità che meritano. Concludendo integriamo le informazioni relative alla composizione del nuovo Consiglio Direttivo insediato dopo le recenti elezioni di novembre u.s., di cui avete già avuto comunicazione via PEC, con la diffusione delle nostre immagini ed il ruolo rivestito all'interno dell'organizzazione. "Pitfalls della cardiocografia" è l'articolo della Collega Giulia Sabbatini che ospitiamo in questo numero. Buona lettura.

# Ordine della Professione di **Ostetrica** delle Provincia di Ancona

COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO PROTEMPORE ANNO 2018-2020.



**PRESIDENTE:**  
**Piermaria Margherita,**  
nata il 16/06/1957  
Ostetrica presso Ambulatorio Ost./  
Gin. Del P.O.U. di Osimo



**TESORIERE:**  
**Lazzarini Chiara,**  
nata il 05/04/1986  
Ostetrica presso Azienda  
Ospedaliera Ospedali Riuniti di  
Ancona - Presidio Ospedaliero  
"G.Salesi"  
Degenza SOSD Divisione  
Ostetrica e Ginecologia - Sala  
Parto



**CONSIGLIERA:**  
**Ferrini Ilaria,**  
nata il 04/11/1988  
Ostetrica presso A.S.U.R. 2,  
Presidio Ospedaliero "E. Profili" di  
Fabriano.  
U.O.S.D. Ostetrica e Ginecologia -  
Sala parto



**REVISORE DEI CONTI**  
**Pirani Laura,**  
nata il 26/12/1979  
Ostetrica presso Centro Diagnosi  
Prenatale di Loreto



**VICE PRESIDENTE:**  
**Bontempi Daniela,**  
nata il 22/08/1967  
Ostetrica presso Consultorio di  
Senigallia



**CONSIGLIERA:**  
**Cristofanelli Graziella,**  
nata il 17/05/1959  
Ostetrica presso C/o Casa  
Maternità Presidio alta  
Specializzazione G. Salesi A.O.U.  
Ospedali Riuniti Ancona



**REVISORE DEI CONTI**  
**De Vietro Elisabetta,**  
nata il 08/07/1961  
Ostetrica presso A.S.U.R. 2,  
Presidio Ospedaliero "E. Profili" di  
Fabriano.  
U.O.S.D. Ostetrica e Ginecologia -  
Sala parto



**REVISORE SUPPLENTE**  
**Cesarini Cinzia,**  
nata il 18/09/1967  
Ostetrica libera professionista  
presso Laboratorio analisi Bios  
di Castelfidardo e ambulatorio  
per la riabilitazione del pavimento  
pelvico.



**SEGRETARIA:**  
**Zoppi Sara,**  
nata il 19/11/1986  
Ostetrica presso Azienda  
Ospedaliera Ospedali Riuniti di  
Ancona - Presidio Ospedaliero  
"G.Salesi"  
Clinica Ostetrica e  
Ginecologia - Sala Parto



**CONSIGLIERA:**  
**Cingolani Caterina,**  
nata il 14/07/1983  
Ostetrica presso Azienda  
Ospedaliera "Ospedali Riuniti  
Marche Nord" - Presidio S.  
Salvatore di Pesaro  
U.O.C. Ostetrica e Ginecologia -  
Sala Parto



**REVISORE DEI CONTI**  
**Sabbatini Giulia,**  
nata il 20/11/1992  
Ostetrica Dedicata per la  
donazione del sangue cordonale  
ombelicale presso  
Azienda Ospedaliera Ospedali  
Riuniti di Ancona - Presidio  
Ospedaliero "G.Salesi"

# Pitfalls della cardiocotografia

a cura di \*Giulia Sabbatini

\*Ostetrica

## ABSTRACT

### Introduzione:

La cardiocotografia è considerata uno "standard of care" per la valutazione del benessere fetale in travaglio e nelle gravidanze a rischio ipossico volta a rilevare e valutare tale eventuale problematica.

La cardiocotografia è importante nella pratica clinica per la prevenzione della morbilità/mortalità perinatale, tuttavia l'interpretazione della frequenza cardiaca fetale durante il travaglio rimane la questione più controversa e problematica in Ostetricia.

### Materiali e Metodi:

E' stata condotta un'analisi su tracciati cardiocotografici per evidenziare situazioni in cui è importante tener conto dei "pitfalls".

### Risultati e Discussione:

La metodica della cardiocotografia ha dei limiti, infatti la CTG fetale presenta tutt'oggi un 5% di falsi negativi, ovvero tracciati apparentemente normali cui corrispondono feti sofferenti e il grado di predittività (probabilità che in presenza di un tracciato definito patologico si sviluppino lesioni encefaliche) è molto basso, quindi un ottimo indice di sensibilità nel senso che raramente sfugge una sofferenza fetale e un tracciato normale è una buona assicurazione sullo stato di benessere fetale.

La CTG presenta però anche un 40% di falsi positivi e quindi una bassa specificità nel senso che può presentare un quadro falsamente allarmante mentre il feto è in perfette condizioni, quindi tracciati apparentemente patologici cui corrispondono feti del tutto sani. L'avvento della cardiocotografia ha permesso di ridurre notevolmente la

sofferenza e morte fetale in travaglio ma ha contribuito ad aumentare la frequenza del taglio cesareo per sospetto distress fetale. L'utilizzo della CTG nelle gravidanze "a rischio" risulta molto utile ai fini diagnostico-terapeutici ed anche medico-legali.

### Conclusioni:

È importante eseguire una corretta lettura ed interpretazione del tracciato cardiocotografico al fine di evitare interventismi inutili; nella valutazione "esperta" di un tracciato è indispensabile una lettura analitica, non si deve dare l'interpretazione prima di aver preso in considerazione tutti i parametri di valutazione della frequenza cardiaca fetale.

### Parole chiave:

Cardiocotografia – standard of care - lettura analitica  
\*Traduzione "Pitfall": tranello, trabocchetto, inganno

I "Pitfalls" della cardiocotografia sono fattori che possono trarre in inganno impedendo una corretta lettura del tracciato cardiocotografico, l'interpretazione della frequenza cardiaca fetale durante il travaglio rimane la questione più controversa e problematica in Ostetricia. La CTG è la metodica comunemente utilizzata

nella pratica clinica per la prevenzione della morbilità/mortalità perinatale, anche se studi randomizzati e controllati non sono riusciti a dimostrare i suoi benefici. L'ipossia perinatale grave rimane un evento raro, ma può portare a risultati catastrofici angoscianti come la morte perinatale o danni neurologici permanenti. Attualmente, le due tecniche più ampiamente

accettate di monitoraggio fetale sono l'auscultazione intermittente (IA) della frequenza cardiaca fetale e la cardiocotografia (CTG). Auscultazione intermittente (IA) Il NICE suggerisce che circa il 45% di tutti i parti sono a basso rischio di ipossia fetale e raccomanda fortemente l'auscultazione intermittente. È consigliato monitorare la frequenza cardiaca fetale con doppler o Pinard stetoscopio

per 60 secondi dopo una contrazione ogni 15 minuti nella prima fase e ogni 5 minuti nel secondo stadio del travaglio. L'intento è quello di rilevare una decelerazione della frequenza cardiaca fetale.

Cardiotocografia (CTG)

Ciò comporta registrazione continua della frequenza cardiaca fetale e le contrazioni uterine.

Sono possibili errori di interpretazione della cardiotocografia.

1. Acquisizione del segnale.

La registrazione errata del segnale della frequenza cardiaca materna invece della frequenza cardiaca fetale dovrebbe essere cosa del passato. Potrebbe infatti, a volte, succedere che invece della frequenza cardiaca fetale sia registrata la frequenza cardiaca materna e dunque dovrebbe essere sempre verificato che quella registrata sia realmente la frequenza cardiaca fetale con eventuali decelerazioni o variazioni della linea di base.

2. Interpretazione dei modelli FHR.

L'interpretazione del CTG rimane un problema.

Gli attuali sistemi di classificazione analizzano i diversi parametri della FHR come linea di base, la variabilità di base e tipi di decelerazioni per permettere una corretta lettura del tracciato cardiotocografico. Le linee guida per l'interpretazione CTG sono ancora in evoluzione, e potrebbero subire ulteriori cambiamenti significativi.

Inoltre le anomalie CTG hanno un più grave implicazione in presenza di fattori di 'ad alto rischio, come ritardo di crescita, meconio, le infezioni e il diabete. Infine, diversi fattori umani possono influenzare l'interpretazione.

3. Interventismo clinico.

Questo ultimo punto è

direttamente responsabile per migliori outcome fetali, infatti la scelta e la rapidità dell'intervento clinico deve essere basata sull'evoluzione e la progressione della anomalia CTG.

Si tratta di raggiungere un equilibrio complesso delle decisioni appropriate da prendere senza indebitamente aumentare intervento chirurgico.

In questo articolo voglio prestare attenzione a questo argomento nuovo al quale non è stata mai rivolta l'attenzione e nessuno ha mai trattato.

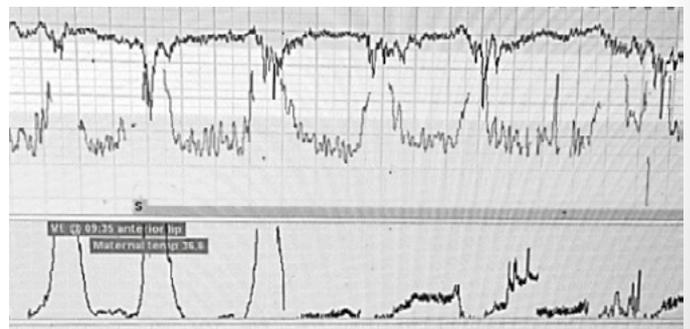
I "Pitfalls" sono errori nella lettura e nell'interpretazione del tracciato cardiotocografico, qui tratterò come questi si realizzano e appaiono.

### Monitoraggio della frequenza cardiaca materna involontaria

La frequenza cardiaca materna (attraverso i vasi iliaci materni) può essere scambiato per la frequenza cardiaca fetale, sia se il monitoraggio viene effettuato addominale o, più raramente, tramite un elettrodo per scalpo fetale. Alcuni esiti perinatali associati ad un errato monitoraggio della frequenza cardiaca materna come frequenza cardiaca fetale hanno fatto sì che sia stato rilasciato un messaggio di allerta ("Medical Device Alert" dal MHRA ("Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency") nel 2010.

Lo scambio della frequenza cardiaca fetale con quella materna ha un'incidenza maggiore durante la seconda fase del travaglio aumenta nella quale aumenta la possibilità di tale monitoraggio errato. Lo sforzo della spinta espulsiva delle donne

durante la seconda fase del travaglio è associato ad una tachicardia materna e quindi le "accelerazioni" della frequenza cardiaca fetale osservate durante le contrazioni uterine durante la seconda fase associate alla spinta materna devono essere valutate con estrema cautela. Un metodo per cercare di evitare questo è quello di posizionare il trasduttore sulla linea mediana, piuttosto che lateralmente durante la seconda fase per evitare di captare i segnali acustici dai vasi iliaci materni.



**Figura 1**

Tracciato cardiotocografico con registrazione simultanea del battito cardiaco fetale e materno

La frequenza cardiaca materna mostra accelerazioni mentre la frequenza cardiaca ha decelerazioni. (Vedi Figura 1)

La figura mostra il monitoraggio materno e la frequenza cardiaca fetale registrate simultaneamente. In questo caso, il feto era monitorato utilizzando un elettrodo sullo scalpo fetale utilizzando ECG fetale (ST-Analyser o STAN).

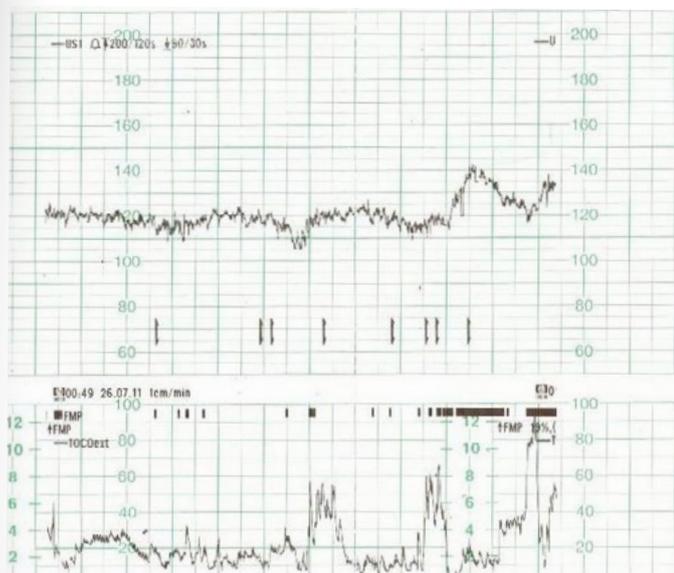
Il picco indica molto probabilmente il momento in cui il trasduttore ha letto la frequenza del cuore materno in modo sbagliato scambiandola per la frequenza cardiaca fetale e pensando che fosse una decelerazione prolungata. Questo perché i segnali provenienti da un più potente

vaso iliaco materno vengono più facilmente rilevati dal trasduttore. In questo caso, la ST Analyser ha evidenziato 'ST Events' secondari di ipossia del miocardio dati da una prolungata decelerazione che ha permesso ai medici di prendere la decisione di un'azione tempestiva e adeguata.

Nel 2012, Nurani et al. ha dimostrato in un suo studio che accelerazioni in coincidenza con le contrazioni uterine sono state osservate nel 11% dei casi quando

era utilizzato il monitoraggio esterno, rispetto al 4% quando si utilizzava un monitoraggio interno con un elettrodo per scalpo fetale. Inoltre, la presenza di onde 'p' sulla linea dell'ECG ha contribuito a differenziare tra la frequenza materna e le frequenze cardiache fetali, infatti la 'p' onda non sarà visibile se la frequenza cardiaca materna è erroneamente scambiata come fetale.

### Caso clinico 1



**Figura 2**  
Tracciato cardiotocografico riferito al caso clinico 1

La paziente alle ore 0.40 circa si rivolge all'accettazione del DAIMI per travaglio di parto. Trattasi di una paziente alla 37<sup>a</sup> settimana in stato febbrile (38°C). All'ingresso in accettazione viene sottoposta a CTG (ora di inizio 0.45) (Vedi Figura 2) che viene staccato dopo circa 14 minuti sia perché giudicato normale, sia perché a causa dell'intensa attività contrattile la paziente deve essere inviata in sala parto. La raccolta dell'anamnesi e la compilazione della cartella

in relazione agli eventi che si verificano viene compilata a posteriori. Il parto, precipitoso, si verifica dopo circa 15 minuti dalla sospensione di questo tracciato. La paziente arriva in sala parto alle ore 1.12 e la visita diagnostica risulta con dilatazione completa con testa al piano perineale. Il battito ascoltato è nel "range" della norma".

Il parto avviene dopo pochi minuti alle ore 1.15 con nascita di feto premorto, macerato di sesso maschile che viene comunque affidato al neonatologo che ne conferma la morte dopo qualche tentativo di rianimazione. Al momento del secondamento, spontaneo, si assiste all'espulsione di grosso ematoma retro placentare. La placenta e il feto vengono inviati rispettivamente per esame anatomico-patologico e riscontro diagnostico c/o l'Istituto di Anatomia Patologica. Verrà diagnosticata una intensa corioamniotite (infezione membrane amniotiche e placenta) e la macerazione fetale.

Dunque nel tracciato che abbiamo osservato la registrazione della frequenza cardiaca fetale è stata scambiata con quella materna che era sopra la linea basale normale considerato che la donna era in un evidente stato febbrile (38°C).

### Il monitoraggio dei gemelli

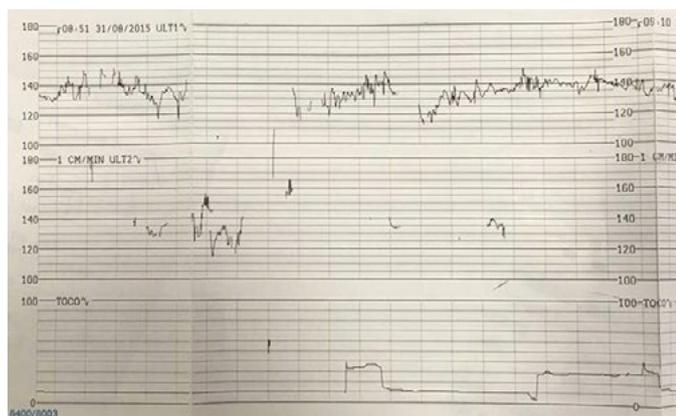
La linea guida del NICE sulle gravidanze multiple si riferisce solo all'assistenza prenatale e non a quella durante il travaglio. Tuttavia il NICE raccomanda il monitoraggio continuo nel lavoro per tutti gravidanze multiple a causa del maggior rischio ben documentato di eventi avversi. Come in una gravidanza singola, la

frequenza cardiaca materna può essere inavvertitamente registrata e scambiata, ma con il rischio aggiunto che questa venga monitorata doppia due volte.

Al fine di ridurre tale rischio, molte unità ostetriche ora prediligono il monitoraggio interno utilizzando un elettrodo per scalpo fetale (FSE), se non ci sono controindicazioni (vale a dire il rischio di trasmissione verticale di infezioni o disturbi della coagulazione fetale), per la doppia presentazione e si utilizza il monitoraggio esterno per il secondo gemello. E' anche buona norma usare gli ultrasuoni per individuare i due battiti cardiaci fetali separati all'inizio del monitoraggio e in qualsiasi fase del travaglio se ci sono delle difficoltà nel determinare la frequenza cardiaca fetale o il sospetto che lo stesso gemello viene monitorato due volte.

Il monitoraggio del cuore fetale del secondo gemello, dopo la registrazione della frequenza cardiaca fetale del primo gemello, può essere particolarmente difficile ed è anche possibile che venga scambiata la frequenza cardiaca fetale con quella materna in questa precisa fase del travaglio. L'uso degli ultrasuoni in tempo reale è spesso utile in questa situazione per individuare la frequenza cardiaca fetale prima del posizionamento del trasduttore.

## Caso clinico 2



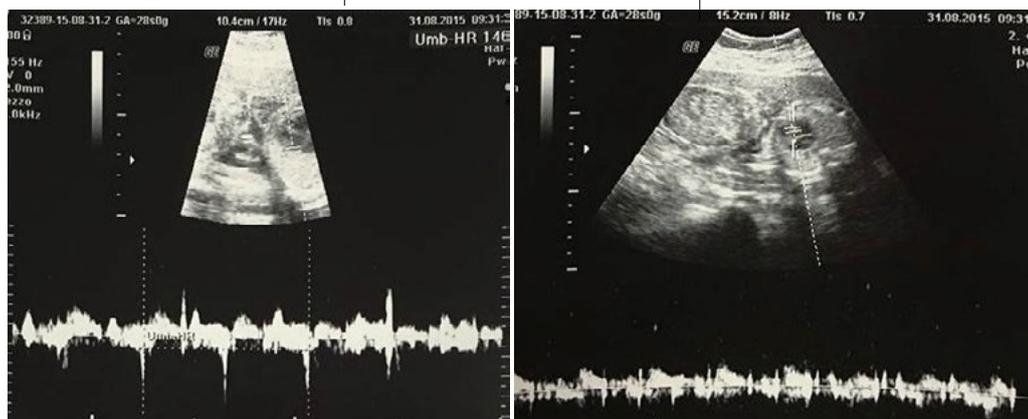
**Figura 3**  
Tracciato cardiotocografico riferito al caso clinico

Paziente bigemina biamniotica bicoriale si ricovera alla 24esima settimana di gestazione per ritardo di crescita intrauterino precocissimo di entrambi i feti gemelli.

Durante il ricovero vengono eseguiti tracciati cardiotocografici e flussimetria che risulta alterata.

Il tracciato riportato (Vedi Figura 3) è stato effettuato alla 28esima settimana di gestazione alle ore 08:50 del mattino che viene sospeso alle ore 09:10 per la difficoltà nel rilevare la frequenza cardiaca di uno dei due feti.

Alle ore 09:31 si effettua un'ecografia con la quale si riscontra solo uno dei due battiti, quello del feto sinistro



**Figura 4**  
Ecografia Doppler feto sinistro

**Figura 5**  
Ecografia Doppler feto destro

che ha una frequenza di 146 bpm (Vedi Figura 4), mentre il battito del feto destro è assente. (Vedi Figura 5) Alle ore 10:14 si esegue taglio cesareo d'urgenza con nascita di un feto nato vivo maschio di 600 grammi, con apgar 5-8-9 e un feto nato morto maschio di 410 grammi.

Le due placenti vengono inviate per esame anatomico patologico.

### Monitoraggio durante il parto vaginale operativo

L'interpretazione del tracciato cardiotocografico durante il secondo stadio del travaglio dovrebbe essere fatta accuratamente in base alla risposta fetale durante le contrazioni uterine, perché è possibile che ci sia una situazione di ipossia. Durante questo stadio una buona variabilità è indice del benessere fetale ed è rassicurante perché indica che vi è una buona ossigenazione degli organi centrali del feto (sistema nervoso e miocardio).

È fondamentale continuare a monitorare la frequenza cardiaca fetale quando ci si prepara per un parto vaginale operativo, così come durante il parto vaginale operativo. I medici devono essere consapevoli che l'applicazione di una ventosa sulla testa fetale può portare ad una stimolazione del sistema parasimpatico improvvisa e sostenuta che può condurre

ad una decelerazione prolungata. Questa decelerazione è secondaria ad una stimolazione meccanica e non a causa di ipossia fetale. Pertanto, se la variabilità della frequenza cardiaca fetale viene mantenuta durante questa decelerazione prolungata e se non vi era alcuna evidenza di ipossia in corso sul tracciato CTG prima dell'inizio della decelerazione prolungata, si dovrebbe evitare di aumentare le contrazioni per accelerare l'espletamento del parto; ciò può provocare traumi fetale o la necessità di agire a livello strumentale, che può portare ad un ulteriore ritardo nell'espletamento del parto. Viceversa, se c'è assente o ridotta variabilità dalla linea di base durante una decelerazione prolungata, dovrebbe essere accelerato l'espletamento del parto molto velocemente per evitare lesioni a livello cerebrale del feto.

### CONCLUSIONI

La cardiotocografia è una metodica atta ad indagare il rischio ipossico ovvero un'insufficiente presenza di ossigeno nei tessuti.

**È utilizzata durante il travaglio, perché con le contrazioni uterine raggiunta l'acme si riducono gli scambi a livello dello spazio intervilloso; è anche usata durante la gravidanza per quelle gravidanze predisposte ad un rischio ipossico.**

La cardiotocografia è la metodica comunemente usata nella pratica clinica per la prevenzione della morbidità/mortalità perinatale, tuttavia l'interpretazione della frequenza cardiaca fetale durante il travaglio rimane la questione

più controversa e problematica in Ostetricia.

Con l'avvento della tecnologia e l'introduzione della cardiocografia computerizzata l'interpretazione del tracciato cardiocografico è divenuta sicuramente più oggettiva e reale evitando la soggettività dell'interpretazione.

Tuttavia la metodica della cardiocografia presenta dei limiti, infatti la CTG fetale presenta tutt'oggi un 5% di falsi negativi, ovvero tracciati apparentemente normali cui corrispondono feti sofferenti e il grado di predittività (probabilità che in presenza di un tracciato definito patologico si sviluppino lesioni encefaliche) è molto basso, quindi un ottimo indice di sensibilità nel senso che raramente sfugge una sofferenza fetale e un tracciato normale è una buona assicurazione sullo stato di benessere fetale.

La CTG presenta però anche un 40% di falsi positivi e quindi una bassa specificità nel senso che può presentare un quadro falsamente allarmante mentre il feto è in perfette condizioni, quindi tracciati apparentemente patologici cui corrispondono feti del tutto sani.

Questa metodica può dirsi in un certo senso fallace per ciò che abbiamo detto prima; tra i vari problemi vi sono anche i "PITFALLS" che possiamo tradurre con la parola italiana "trappola" o "trabocchetto", questi son fattori che possono influenzare la lettura del tracciato cardiocografico così da darne un'errata interpretazione.

L'interpretazione della CTG comporta la valutazione di un complesso di più parametri; le linee guida nazionali, la standardizzazione della terminologia e i sistemi sono fattori chiave per un'interpretazione significativa

e corretta.

Gli operatori sanitari dovrebbero applicare il pensiero critico e cercare di riflettere sulle tecniche disponibili e i casi clinici al fine di raggiungere una giusta decisione che produca risultati positivi per i pazienti.

Per una corretta interpretazione del tracciato cardiocografico è importante seguire precisi passaggi. Per prima cosa si deve effettuare una lettura analitica di tutti i parametri rilevati, ricercando in primo luogo i segni di benessere come normocardia, variabilità e accelerazioni che sono il più grande indice di reattività; in secondo luogo si osserverà la presenza o meno dei segni di malessere come decelerazioni e riduzione della variabilità, secondo precisi criteri ingravescenti. Inoltre il tracciato va «contestualizzato», esistono infatti fattori che possono modificare i criteri di lettura e interpretazione del tracciato come ad esempio l'età gestazionale, patologie materne e/o fetali, farmaci, parità o la fase del travaglio. Abbiamo deciso di trattare questo argomento perché non era mai stato affrontato prima d'ora ed è importante invece che gli sia data più importanza. I "Pitfalls" son dunque fattori che possono trarre in inganno impedendo una corretta lettura del tracciato cardiocografico; presentati e analizzati questi possibili errori si vuole trasmettere questo messaggio affinché ci sia un maggiore controllo e che sia il più accurato possibile; si consiglia il controllo e la registrazione della frequenza cardiaca materna e la registrazione poi di questo parametro in cartella così come è richiesto e previsto nel partogramma, per evitare così uno degli errori che abbiamo descritto, ovvero lo scambio

della frequenza cardiaca materna con quella fetale. E' importante dunque agire secondo le linee guida, le definizioni e i limiti che ci permettono di definire un tracciato normale per così agire qualora si presenti una situazione anomala, tenendo conto anche dei "Pitfalls". Certamente un altro metodo per ovviare a questo tipo di problema potrebbe essere l'assistenza one to one tra paziente e ostetrica, questo potrebbe garantire un maggiore controllo durante il tracciato cardiocografico, ma a volte questo non è sempre possibile. Si raccomanda dunque una maggiore attenzione da parte dell'ostetrica nella registrazione di tutti i parametri.

Inoltre con l'avvento della tecnologia sono stati introdotti nuovi strumenti più adeguati, che permettono una controllo più accurato e dettagliato dei parametri fetali e materni, per limitare dunque questi errori di interpretazione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Van Gejin HP: Developments in CTG analysis. *Baill Clin Obstet Gynaecol* 1996;10: 185-207
2. Di Renzo GC, Copray FJA, O'Herlihy C, Van Gejin HP: Maternal-fetal surveillance within the European community. In: Van Gejin HP, Copray FA, eds. *A critical appraisal of fetal surveillance*. Amsterdam: Elsevier Science 1994: 11-5
3. Wulf K.H.: History of fetal heart rate monitoring, in Kunzel W (ed), *Fetal Heart Rate Monitoring*. Berlin, Springer-Verlag 1985: 3-5
4. Wulf KH: History of fetal heart rate monitoring, in Kunzel W (ed), *Fetal Heart Rate Monitoring*. Berlin, Springer-Verlag 1985: 7
5. Arduini D, Valensise H: *Cardiocografia clinica*. Edizioni Internazionali Roma 2003; 11: 221

# CONFRONTO

PROFESSIONALE

O.P.I.



Ordine delle Professioni Infermieristiche  
Ancona



## 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;
- 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.

#### Table, grafici e figure

Table, 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@ipasviancona.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.

Ruole  
&  
Valore

# CONFRONTO

PROFESSIONALE

O.P.I.



Ordine delle Professioni Infermieristiche  
Ancona



## OPI ANCONA

### INDIRIZZO:

Via Ruggeri 3/N - 60131 AN  
Tel: +39 071 205516  
Fax: +39 071 2077491  
info@ipasviancona.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