numero 1

Filodiretto

Anno XXXVIII / numero 1 gennaio/febbraio 2020 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari n° 732/83 / Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari

L'IDENTITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO PUGLIESE

in evidenza

EDITORIALE

La situazione professionale in Puglia. Un disastro

PRIMO PIANO

L'emergenza sanitaria in corso di infezione da COVID-19

PRIMO PIANO

Infermieri a concorso

OPI

Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico degli Ordini delle Professioni Sanitarie di Bari
Anno XXXVIII - N° 1 gennaio/febbraio 2020
Spedizione in A.P.
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.
Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199

Questo periodico è associato alla
Unione Stampa Periodica Italiana

Filodiretto

PERIODICO DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE DI BARI

numero 1

Direzione/Redazione/Amministrazione
V.le Salandra 1/L - 70124 Bari - T. 080 9147070 - F. 080 54 27 413
redazionefilodiretto@libero.it - bari@ipasvi.legalmail.it

Editrice L'Immagine
Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
T. 080 337 50 34 - www.editricelimmagine.it
Finito di stampare il 4 marzo 2020

Direttore Responsabile
Saverio Andreula

Vicedirettore
Pasquale Nicola Bianco

Direttore Scientifico
Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione
Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri, Elena Guglielmi, Antonia Iodice, Vanessa Manghisi.

Comitato di esperti
Saverio Andreula, Pasquale Nicola Bianco, Maria Caputo, Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia, Giuseppe Notarnicola

Coordinamento di Redazione
Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione
Vanessa Manghisi

Hanno collaborato
Giovanni Carbone, Claudia Carella, Domenico Cimarusti, Pietro Corvace, Domenico Dentico, Francesco Ferri, Michele Fighera, Vera Anna Fiorella, Vincenzo Inglese, Emilio Jirillo, Michela Lacasella, Gianna Palmisano, Chiara Perniola, Angela Sardella.

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

FiloDiretto è un periodico dell'OPI di Bari, utilizzato dall'Ordine Professioni Sanitarie di Bari, che pubblica, nelle sue sezioni, contributi originali (articoli scientifici inerenti alla teoria e alla pratica infermieristica, alla organizzazione dei servizi socio-sanitari, alla politica sanitaria, ecc), in lingua italiana, relativi ai vari ambiti della professione infermieristica. Per la pubblicazione, saranno considerati i lavori su temi specifici purché abbiano le caratteristiche della completezza, siano centrati su argomenti di attualità e apportino un contributo nuovo e originale alla conoscenza dell'argomento. Il testo deve essere inviato come file di un programma di videoscrittura (Word o RTF o TXT) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica è necessario sempre fornire una foto dell'autore con risoluzione di almeno 300 DPI in formato TIFF o JPG, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. Le citazioni bibliografiche devono essere numerate progressivamente nel testo e al termine dell'articolo andranno inserite tutte le citazioni dei lavori a cui ci si è riferiti. In allegato all'articolo deve essere inviata una breve nota biografica dell'autore. L'invio e la pubblicazione degli articoli sono tutti a titolo gratuito ed in nessun caso danno diritto a compensi di qualsiasi natura. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli. Ogni lavoro deve riportare il nome e cognome dell'Autore (o degli Autori) per esteso, e l'indirizzo completo dell'Autore di riferimento per la corrispondenza. La Redazione si riserva il diritto di apportare modificazioni al testo dei lavori, variazioni ritenute opportune ed eventualmente ridurre il numero delle illustrazioni. I lavori non pubblicati non si restituiscono. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione della rivista, preferibilmente utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: e-mail: redazionefilodiretto@libero.it. Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 1/L, 70123 Bari - tel. 080/9147070. Per l'invio tramite posta ordinaria, è necessario allegare alla versione cartacea il formato digitale su CD-Rom. *Responsabilità:* L'Autore è responsabile dei contenuti dell'articolo. Quando il contenuto dell'articolo esprime o può coinvolgere responsabilità e punti di vista dell'Ente nel quale l'Autore lavora, o quando l'Autore parla a nome dell'Ente, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili dell'Ente. Le opinioni espresse dall'Autore così come eventuali errori non impegnano la responsabilità del periodico. L'Autore è tenuto a dichiarare: che l'articolo proposto per la pubblicazione è inedito e non è già stato pubblicato e/o proposto contemporaneamente ad altre riviste per la pubblicazione; l'autenticità ed originalità dell'articolo inviato; l'assenza di conflitto di interessi relativamente all'articolo proposto; eventuali finanziamenti, di qualunque tipo, ricevuti per la realizzazione dell'articolo.

EDITORIALE

3 **LA SITUAZIONE PROFESSIONALE IN PUGLIA. UN DISASTRO**
Saverio Andreula

PRIMO PIANO

5 **LISTE D'ATTESA RESTANO LE CRITICITÀ**
Salvatore Petrarolo

7 **L'EMERGENZA SANITARIA IN CORSO DI INFEZIONE DA COVID-19**
Emilio Jirillo

10 **ATTIVITÀ EXTRAMOENIA, GOVERNO CONTRO LEGGE REGIONALE**
Salvatore Petrarolo

12 **CORONAVIRUS, IL PRE-TRIAGE AFFIDATO A INFERMIERI**
Salvatore Petrarolo

14 **MOZIONE DEL CONSIGLIO NAZIONALE FNOPI**
Giovanni Carbone, Chiara Perniola

19 **INFERMIERI A CONCORSO**
Angela Sardella

PROFESSIONE IN AZIONE

21 **PNEUMOLOGIA "IN AZIONE"**
Pietro Corvace

RICERCA INFERMIERISTICA

24 **PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE**
Vera Anna Fiorella, Giuseppe Notarnicola

26 **LA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA**
Domenico Dentico, Francesco Ferri

SICUREZZA E BENESSERE

29 **INFEZIONE DA CORONAVIRUS 2019-NCOV**
Vincenzo Inglese, Michela Lacasella

31 **COVID-19 E PRATICHE DI PREVENZIONE**
Gianna Palmisano, Michele Fighera

IN FORMAZIONE

34 **INFEZIONI DA COVID-19: RACCOMANDAZIONI**
Domenico Cimarusti

37 **LA NON INVASIVE VENTILATION (NIV)**
Claudia Carella

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli

LA SITUAZIONE PROFESSIONALE IN PUGLIA. UN DISASTRO!

Saverio ANDREULA

È di tutta evidenza che il Sistema Sanitario Pugliese vive un momento di reale difficoltà poiché incapace di rispondere appieno ai bisogni di salute dei suoi cittadini. A evidenziare la "sofferenza" della sanità pugliese è la quotidianità delle criticità patite dai cittadini raccontate dai media, in particolare sui tempi di risposta del sistema alla propria domanda di salute.

C'e invero un'altra "faccia", ovvero quella istituzionale del Governatore della sanità Michele Emiliano, che racconta di un sistema sanitario "rose e fiori" in costante miglioramento, soprattutto per quanto attiene l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sempre più in linea con i parametri nazionali riguardo all'appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse.

Fa da cornice al contesto generale di sofferenza e difficoltà del sistema, la dinamica della spesa sanitaria sostenuta dai cittadini pugliesi che per ottenere in tempi ragionevoli prestazioni sanitarie si svincolano dalle interminabili liste di attesa preferendo formule onerose di accesso alle cure.

Numeri precisi sulla spesa sanitaria privata sostenuta dai cittadini e soprattutto la sua incidenza sul totale della spesa sanitaria complessiva non è dato sapere dalle fonti governative, nonostante le stesse potrebbero essere facilmente monitorate.

Il dato certo è che in Puglia la dinamica della spesa sanitaria privata sul totale della spesa sanitaria sostenuta dai cittadini è in forte crescita; a testimoniarlo, la sempre più crescente richiesta di accreditamento istituzionale dell'imprenditoria sanitaria privata.

Sembra un paradosso, ma è un dato di fatto: La sanità privata in crescita aiuta il Sistema sanitario pugliese a recuperare punti nella griglia LEA poiché tanto riduce sensibilmente la percentuale di cittadini che si rivolgono al sistema sanitario pubblico per ottenere risposte immediate e celeri ai propri bisogni di salute.

Insomma, tra quanto si legge nei siti istituzionali governativi sul sistema sanitario pugliese e la realtà che evidenzia le corsie ospedaliere, i pronto soccorso e la domiciliarità delle cure ci sono ampi margini di "confusione" e "disordine" .

Vittima inconsapevole del disordine del sistema è la professione infermieristica, spesso raccontata nelle pagine istituzionali del sistema puglia come la professione "sana e buona" cui la sanità pubblica non può fare a meno.

Paradossalmente, in quest'ultimo triennio il numero di infermieri in servizio nella sanità pugliese ha subito, grazie alle politiche occupazionali adottate, un calo numerico di migliaia di unità, come evidenzia-

»

no i rapporti della FNOPI su dati del Conto Annuale della Ragioneria dello Stato.
A preoccupare la comunità professionale infermieristica pugliese oltre al dato numerico, anche l'assenza di politiche di assunzione chiare e lungimiranti in prospettiva di modelli di assistenza specifici e funzionali allo sviluppo del sistema sanitario.
Altro elemento preoccupante è il venir meno della Puglia agli impegni che la stessa ha istituzionalmente preso per una concreta sinergia istituzionale con gli Infermieri che gli Ordini professionali rappresentano, quali Enti pubblici non economici sussidiari dello Stato.
Infatti, la regione Puglia ha disatteso il protocollo d'intesa sottoscritto 20 dicembre 2018 con la FNOPI (Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri) attraverso la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome per l'attivazione di tavoli permanenti regionali con gli ordini provinciali per l'esame delle tematiche sotto riportate:

- *Sviluppo di nuovi modelli organizzativo - assistenziali e delle competenze esperte e specialistiche anche alla luce del nuovo CCNL del personale del comparto Sanità e delle responsabilità definite dalla legge 24/2017;*
- *Standard del personale infermieristico del SSR anche in considerazione della riduzione degli organici per il blocco del turn over;*
- *Sviluppo professionale e di carriera, formazione ed aggiornamento del personale infermieristico del SSR - formazione manageriale;*
- *Definizione del fabbisogno formativo degli infermieri e infermieri pediatrici;*
- *Avvio di percorsi per lo sviluppo del corpo docente universitario afferente ai settori scientifico-disciplinari dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.*

Il risultato, in terra di puglia, regione che declama e vanta tradizione di confronto e partecipazione, in sanità, tutto si muove in modo sconclusionato, solo attraverso il telefono del Governatore della Salute.
Rispetto agli argomenti e alle tematiche cui al protocollo su riportato, in sintesi punto per punto:

- *Determinare nuovi modelli organizzativo – assistenziali conseguenti all'applicazione della nuova disciplina contrattuale in tema di competenze specialistiche e avanzate in un contesto di riassetto organizzativo del sistema sanitario pugliese?, nemmeno a parlarne.*
- *Standard di personale determinati sul fabbisogno del proprio sistema sanitario? Non è argomento cui sono capaci gli "uffici" di governo del dipartimento salute costruito dal Governatore, in primo luogo perché, diversamente da altre regioni non dispongono di quadri dirigenti della professione infermieristica. Si pensi alla circostanza che al Policlinico di Bari, la più grande azienda universitaria del sud Italia gli uffici regionali hanno tagliato circa 200 unità di personale infermieristico dalla proposta di determinazione del piano del fabbisogno determinata dalla stessa azienda su parametri predeterminati dalla stessa regione.*
- *Sviluppo professionale e di carriera, formazione del personale … nulla. Anzi, sulla carta ancora oggi è on line, nel portale della Puglia l'ORFS (Organismo Regionale per la Formazione in Sanità) con zero iniziative Sic. …. una leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati …*
- *L'argomento relativo allo sviluppo e formazione del corpo docente universitario afferente ai settori scientifico-disciplinari dei corsi di laurea delle professioni sanitarie è opera morta poiché l'ultimo protocollo d'intesa Regione Università per l'attivazione dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie è fermo all'anno 2008.*

Il fatto nuovo è certamente rappresentato dall'impegno che ha sottoscritto il ministro della salute Speranza in occasione dell'ultimo Consiglio Nazionale degli Ordini Professionali riportato a pagina 14.
Magari invito il Ministro Speranza a telefonare al Governatore Emiliano?
Mi spiace molto non aver utilizzato un tono "istituzionale" in questo editoriale ma … la situazione professionale pugliese è assurdamente compromessa e serve una svolta.

LISTE D'ATTESA, RESTANO LE CRITICITÀ

Salvatore PETRAROLO

Le buone intenzioni non mancano: la Asl Bari, come ha fatto sapere di recente con una comunicazione ufficiale, va avanti per mettere a punto il Piano di riduzione dei tempi d'attesa. C'è stata, nei primi giorni di febbraio, la terza riunione della cabina di regia costituita, spiegano dalla direzione della Asl, "per seguire da vicino l'evolversi della situazione e i correttivi adottati". Al tavolo, oltre al direttore generale della Asl Bari, Antonio Sanguedolce e i rappresentanti delle dodici sigle sindacali che hanno aderito ai protocolli d'intesa regionali sottoscritti il 12 dicembre del 2016, ha preso parte anche il responsabile unico delle liste d'attesa, Carmine Parlati che ha illustrato i passaggi più importanti degli ultimi sette mesi. Le buone intenzioni, come detto, non mancano ma al momento restano le criticità sulle quali si sta provando ad intervenire.

La parola d'ordine è quella di rimettere ordine alle agende delle prenotazioni, accorciare i tempi d'attesa e rientrare nelle previsioni dei codici di priorità: 72 ore per le U, 10 giorni per le B, dai 30 ai 60 giorni per le D e 180 giorni per le P (anche se queste ultime dovrebbero attestarsi sui 120 giorni nel nuovo piano nazionale di governo delle liste d'attesa). I risultati positivi, seppur impercettibili verrebbe da dire, non mancano a giudizio della Asl Bari: la distinzione tra prestazioni di controllo e primo accesso ha evitato di ingolfare le liste, così come anche l'eliminazione di richieste ripetute con prestazioni multiple, è servito per incidere sui tempi delle liste d'attesa.

Ci sono interventi da adottare nel breve: una maggiore correttezza prescrittiva e una stretta collaborazione sia con i medici di famiglia che con gli specialisti, ne sono convinti alla direzione della Asl, porterebbe a ridurre le liste d'attesa, come anche l'utilizzo di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali dedicati, a pazienti bisognosi di pacchetti di prestazioni, di fatto sganciandoli dal circuito prenotazione del Cup.

In attesa che le buone intenzioni si trasformino in realtà, il problema delle liste d'attesa resta e si trascina, nella sanità pugliese, da diverso tempo. Così come non mancano le proposte per ridurre quei tempi che, in alcuni casi, diventano uno schiaffo alla richiesta di salute dei cittadini. "Si potrebbe riprendere la sperimentazione iniziata a gennaio del 2014 e terminata a giugno dello stesso anno" rilancia Elena Gentile, ex europarlamentare del Partito democratico e assessore alla sanità nel Governo Vendola. "Il modello organizzativo – spiega a Filodiretto - prevedeva l'apertura dei servizi con liste di attesa molto al di là dei tempi massimi previsti dall'accordo Stato-Regioni. L'apertura era prevista nelle ore pomeridiane il sabato e la domenica mattina. Medici, infermieri e tecnici venivano retribuiti con le prestazioni aggiuntiva come da pre-

»

Elena Gentile PD

visione contrattuale". In occasione di quella sperimentazione, ricorda ancora la Gentile, "avviammo uno screening delle stesse liste che frequentemente presentavano anomalie (stessi esami prenotati per lo stesso paziente più e più volte)".

rio regionale, lo pagano con il ticket, lo pagano con la libera professione (out of pocket), lo pagano con i costi sociali diretti e indiretti. Se non si interverrà pesantemente sul Servizio sanitario nazionale e, indirettamente, su quello regionale, nel giro di cinque anni, i due sistemi non saranno più economicamente sostenibili e dovremo abbandonare l'attuale modello, cosiddetto Beveridge, già oggi sempre meno solidaristico e universalistico, e saremo costretti al modello Bismarck, alla tedesca, oppure, peggio ancora, al mercato libero all'americana completamente assicurativo". Intanto la Asl Bari, annuncia di aver già messo in atto la revisione delle agende attraverso il recall automatico e con personale dedicato e l'informatizzazione capillare di ospedali e ambulatori distrettuali sfruttando le potenzialità della fibra ottica e del nuovo Cup unico regionale. Un secondo passaggio riguarda l'assunzione di nuovo personale e il reimpiego di fondi provenienti dall'attività in libera professione intramuraria del 2019 per l'abbattimento delle liste d'attesa.

E se non dovessero bastare i pomeriggi, i sabati e le domeniche per abbattere le liste d'attesa, si potrebbe aggiungere, a giudizio della Gentile "l'utilizzo delle prestazioni intramoenia per l'abbattimento delle stesse senza aggravio di costi per i pazienti come già accade in Emilia Romagna". Che il problema più sentito dai pugliesi è quello delle liste d'attesa, lo ripete da tempo anche il consigliere regionale del Movimento Cinque Stelle, Mario Conca.
"Da sempre sono favorevole – sono parole del consigliere regionale - previa riforma del sistema sanitario nazionale, all'abolizione della libera professione.
L'Alpi ha creato disuguaglianze nonostante i cittadini paghino quattro volte per un sistema che non funziona. Lo pagano con il gettito fiscale che alimenta il fondo sanita-

Mario Conca Movimento 5 Stelle

L'EMERGENZA SANITARIA IN CORSO DI INFEZIONE DA COVID-19

Particolare riguardo al ruolo del personale infermieristico presso l'Ospedale Zhongnan (Università di Wuhan, Cina) nel periodo dicembre 2019-Febbraio 2020

Emilio **JIRILLO***

In passato i coronavirus erano stati definiti come agenti infettivi relativamente innocui responsabili di manifestazioni respiratorie ed enteriche minori fino allo scoppio di due gravi epidemie da coronavirus, la SARS in Cina (2002-2003) e la MERS in Arabia Saudita (2012), entrambe caratterizzate da compromissioni respiratorie severe e talora letali [1,2].

Recentemente (31.12.2019) la commissione sanitaria della provincia di Hubei in Cina aveva segnalato nella città di Wuhan alcuni casi di polmonite di origine ignota [3].

A seguire le autorità cinesi avevano informato il WHO che la maggior parte dei pazienti affetti da polmonite lavoravano presso il mercato del pesce in Huanan dove vengono venduti anche animali selvatici vivi o macellati (pipistrelli, serpenti, gatti selvatici etc). Il 09.01.2020 il Centro Cinese di Controllo e Prevenzione delle Malattie annunciava l'isolamento di un nuovo coronavirus (denominato COVID-19 dalla WHO in data 11.02.2020) da un paziente con polmonite e successivamente da altri 16 pazienti [4]. Le prime sequenze del virus sono state postate il giorno dopo (10.01.2020) ad opera del team della Università di Shangai diretto dal Dottore Yong-Zhen Zhang. Inoltre, il virus è stato anche isolato da campioni di animali venduti presso il mercato del pesce in Huanan, inclusi i pipistrelli, ma ancora non si conosce l'identità di potenziali ospiti intermedi. Altri dati sul genoma di COVID19 sono stati pubblicati il 03.02.2020 sulla rivista Nature [5].

Nel frattempo si segnalavano in Wuhan i primi casi di contagio interumano nell'ambito di componenti di famiglie di personale sanitario infettato, ipotizzandosi pertanto il concetto del "paziente superdisseminatore" [6].

In breve tempo, attraverso l'indagine dei primi casi risultava che il virus poteva essere reperito nell'epitelio respiratorio umano anche dopo 96 ore dall'isolamento, mentre il tempo di diffusione del virus nell'ambiente da parte del paziente non è stato ancora chiarito.

La via di trasmissione del virus è rappresentata dalle goccioline respiratorie e dal contatto con infetti. Per quanto riguarda il periodo di incubazione, esso è compreso tra i 3 e i 7 giorni fino a due settimane. Infine, l'età media dei primi casi era attorno ai 50 anni e le principali malattie intercorrenti nei pazienti erano rappresentate da diabete, ipertensione e patologie cardiovascolari. Ulteriori approfondimenti sui succitati dati sono reperibili in [7].

Linee guida per fronteggiare l'epidemia da COVID19

Il rapido diffondersi della epidemia nella città di Wuhan (11 milioni di abitanti) ha »

comportato un numero elevato di ricoveri sia di soggetti infetti che di sospetti presso l'Ospedale di Zhongnan, in breve tempo e in maniera esponenziale. Molti pazienti con infezione sospetta sono stati anche ricoverati in ambiente extra-ospedalieri e due nuovi ospedali sono stati allestiti in tempi record sempre nell'ambito della città di Wuhan, completamente isolata dal resto di altre città cinesi.

Come riportato da Jin e collaboratori [8], il personale medico-infermieristico dell'Ospedale di Zhongnan di fronte ad un'emergenza sanitaria inaspettata e di dimensioni globali per via della diffusione del virus (si segnalavano nel frattempo altri casi di importazione in Asia, Australia, Usa e Europa) ha elaborato delle linee guida molto realistiche.

Infatti, esse derivano dalla cosiddetta "expert evidence" di medici e infermieri dell'Ospedale, basata su descrizione di casi clinici, bollettini medici e modalità di risoluzione di emergenze sanitarie imprevedibili soprattutto legate alla massa enorme di pazienti infetti ricoverati.

Si è costituita pertanto una commissione sanitaria di medici e infermieri che ha contribuito a elaborare attraverso riunioni periodiche e frequenti una serie di "raccomandazioni" cliniche derivanti dalla "expert evidence" accumulata in breve tempo ma costruita sul campo. Le "raccomandazioni" venivano validate dalla commissione sanitaria con una maggioranza di almeno il 70%.

Le linee guida hanno, ad esempio, definito come molti contagi diretti si siano verificati a scuola, sul posto di lavoro e in famiglia, al di fuori dai primi contagi presso il mercato del pesce. Altri contagi sono stati quelli ospedalieri tra personale sanitario e pazienti e tra pazienti stessi o durante il trasporto in ospedale, quando il virus era ancora ignoto. Inoltre, nei casi di infezione sospetta si è deciso di effettuare un ricovero domiciliare che comunque ha comportato un continuo monitoraggio medico-infermieristico del paziente sia diretto che per intervista telefonica.

Le attuali misure internazionali di prevenzione (igiene delle mani, uso di mascherine, manifestazioni cliniche quali la febbre e quarantena di 14 giorni) per passeggeri che erano stati in Cina e rientravano verso altre nazioni derivano dalle succitate linee guida dell'Ospedale di Zhongnan, le quali hanno senza dubbio contribuito alla limitazione della diffusione del virus.

"L'impegno sanitario è stato notevole e sicuramente al di sopra di quanto i contenuti dei lavori scientifici stessi possano rappresentare.
Si staglia la figura dell'infermiere che oltre alle sue competenze sanitarie specifiche costituisce il reale "frontline" per il rapporto continuo e continuato nel tempo con il paziente e con i suoi famigliari. "

Attualmente, presso l'Ospedale di Zhongnan il paziente viene continuamente e periodicamente monitorato dal punto di vista clinico e laboratoristico e i pazienti con sindrome respiratoria severa sono sottoposti a ossigeno terapia. Non esiste una terapia antivirale specifica e i pazienti vengono trattati con alfa interferone per via inalatoria o con Lopinavir/Ritovavir per via orale ma tale approccio terapeutico è considerato di basso grado nelle "raccomandazioni" formulate dalla commissione sanitaria. La dieta è ricca in proteine e in carboidrati.

Lo stato mentale del personale sanitario durante l'epidemia in Wuhan

In un articolo del 05.02.2020 pubblicato su Lancet Psychiatry, Kang e collaboratori (9) hanno esaminato la condizione men-

tale del personale sanitario operante in Wuhan durante l'epidemia. Infatti emerge come medici e infermieri siano stati sottoposti ad una enorme pressione lavorativa con rischio elevato di infezione, protezione inadeguata contro la contaminazione, isolamento, discriminazione e mancanza di contatto con le famiglie. Ad onta del breve tempo intercorso dall'inizio dell'epidemia sono stati diagnosticati nel personale sanitario problemi mentali quali stress, ansia, insonnia, rabbia e paura che putativamente hanno potuto influenzarne la performance professionale. Pertanto, è stata costituita dalle autorità cinesi una Unità di Crisi mirante a rafforzare il personale sanitario in Wuhan con colleghi provenienti da altri ospedali cinesi ma anche a monitorare lo stato mentale di medici e infermieri impegnati a curare i pazienti infetti e comunque a fronteggiare una epidemia le cui proporzioni sono ancora imprevedibili.

"Si è costituita pertanto una commissione sanitaria di medici e infermieri che ha contribuito a elaborare attraverso riunioni periodiche e frequenti una serie di "raccomandazioni" cliniche derivanti dalla "expert evidence" accumulata in breve tempo ma costruita sul campo."

Conclusioni

Con questo breve resoconto su alcuni aspetti dell'epidemia da COVID-19 ho cercato di far emergere lo sforzo notevole che colleghi medici e infermieri hanno profuso in Wuhan e le cui conseguenze psicofisiche in alcuni di loro sono state indicate sopra. Lavorare in condizioni di estrema emergenza sanitaria non è per niente facile soprattutto quando l'emergenza è improvvisa e inaspettata. Comunque, come si evince dalle pubblicazioni sulle quali mi sono basato, l'impegno sanitario è stato notevole e sicuramente al di sopra di quanto i contenuti dei lavori scientifici stessi possano rappresentare. Si staglia la figura dell'infermiere che oltre alle sue competenze sanitarie specifiche costituisce il reale "frontline" per il rapporto continuo e continuato nel tempo con il paziente e con i suoi famigliari. Sicuramente la competenza infermieristica avrà dato un contributo notevole alle linee guida di cui abbiamo discusso prima. Infatti, l'anamnesi infermieristica penetra profondamente nella storia clinica e personale del paziente con l'accumulo di una serie di dettagli utili a ricostruire l'evoluzione dell'epidemia. Sarebbe auspicabile che nelle informazioni divulgate attraverso la televisione e i media si mettesse in risalto l'opera giornaliera del personale sanitario in Wuhan, "eroi invisibili" che sicuramente contribuiscono e contribuiranno a sconfiggere l'epidemia da COVID-19.

**Dipartimento di Scienze Mediche di Base Neuroscienze e Organi di Senso, Scuola di Medicina Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"*

BIBLIOGRAFIA

1. Drosten C. et al. N Engl J Med 348: 1967-76,2003
2. Zaki AM et al. N Engl J Med 367: 1814-20, 2012
3. Habibzadeh P, Stoneman EK. Int J Occup Environ Med 11: 65-71, 2020
4. Kahn N. Wall Street Journal 2020
5. Wu F et al. Nature 2020
6. Wang C et al. Lancet 2020
7. Gralinski LE, Menachery VD. Viruses 2020
8. Jin Y-F et al. Military Med Res 2020
9. Khang L et al. Lancet Psychiatry 2020

ATTIVITA' EXTRAMOENIA, GOVERNO CONTRO LEGGE REGIONALE

Salvatore PETRAROLO

Per il momento le polemiche sono congelate, ma la questione della possibilità di un primario, negli ospedali pugliesi, di poter esercitare attività extramoenia anche senza avere un rapporto di esclusiva con il servizio sanitario nazionale, ha comunque alzato il velo su una vicenda controversa. Tutto nasce dall'articolo 44 della legge regionale 52: poche righe nella quali, il governo Emiliano, garantisce "la possibilità di scelta tra esclusività e non esclusività del rapporto di lavoro alle dipendenze del Servizio sanitario regionale ai fini della titolarità dell'incarico dirigenziale di direttore di struttura semplice e complessa".

Poche righe, appunto, impugnate dal Governo nazionale, così da sospendere, al momento, l'efficacia di quel testo di legge. "Resta valido il regolamento 24 del 2013 sulla libera professione" ha ribadito nei giorni scorsi il consigliere regionale del Movimento Cinque Stelle, Mario Conca. Nessuna abrogazione del rapporto di esclusività, obbligatorio per i primari degli ospedali pugliesi, in atta dell'emendamento di modifica all'articolo 44 della legge 52. Perché si debba continuare ad applicare il regolamento 24 del 2013 lo spiega ancora il consigliere Conca: "L'articolo 44 della legge regionale 52 con cui si chiede la modifica del regolamento regionale 24 del 2013, abrogando l'obbligo del rapporto di esclusività per i primari che lavorano negli ospedali pugliesi, "avendo natura programmatica e non di indirizzo non ha una efficacia direttamente precettiva. Per questo si deve continuare ad applicare quanto prescritto dal regolamento regionale, nelle more della rimodulazione della disciplina da parte della Giunta regionale e per i primari vige l'obbligo di non esercitare l'attività extramoenia". La precisazione dell'esponente del Movimento Cinque Stelle è diretta conseguenza del chiarimento arrivato con una nota dal Dipartimento regionale delle politiche della salute che risponde, a sua volta, ad una specifica richiesta di chiarimenti della Asl Bari. "Non posso che essere soddisfatto per questa precisazione – sottolinea Conca - anche se l'obiettivo a cui tendere resta sempre quello dell'abrogazione di questa norma e non della modifica regolamentare, un dovere morale oltre che una tutela per le casse pubbliche".

Le polemiche, su quell'articolo 44 della legge 52, ha sollevato però non poche polemiche da parte dei sindacati. Il coordinatore della Funzione pubblica Cgil Medici e dirigenti sanitari della Puglia, Antonio Mazzarella, ha parlato di un vero e proprio "colpo di mano". In pratica con quell'articolo la Regione Puglia ha dato il via libera all'attività privata dei primari extramoenia senza alcun controllo. Mazzarella, in un lungo intervento dello scorso mese di gennaio, ha anche ripercorso le tappe della regolamentazione

dell'attività privata dei medici che avessero scelto l'esclusività del rapporto con il Servizio sanitario nazionale.
"La legge Bindi – spiegava Mazzarella - consentiva, a chi avesse scelto l'esclusività di rapporto con il SSN, di poter svolgere attività privata controllata, però, dalle aziende (attività libero professionale intramoenia o A.LP.I.) sia all'interno degli spazi aziendali o, in mancanza, presso i propri studi privati ma sempre sotto il controllo aziendale. Ai medici che avessero optato per la non esclusività di rapporto era consentito di poter fare attività privata (extramoenia) senza particolari restrizioni e controllo aziendale rispetto all'Alpi ma si precludeva la nomina a Direttore. Ci pensò Berlusconi nel 2004 a garantire la direzione delle strutture anche ai medici in extramoenia. Successivamente la legge è stata ulteriormente modificata, all'italiana, nel senso che si è delegata ogni Regione a legiferare al riguardo.
Nel frattempo norme nazionali (legge 120/2008 e la legge Balduzzi del 2012) hanno ulteriormente precisato limiti e condizioni per poter esercitare "Alpi". Con l'articolo 44 della legge 52 la Puglia, in sostanza, darebbe il via libera all'attività privata dei primari in extra senza alcun controllo, chiosa Mazzarella.
Come detto la questione, al momento, resta congelata a seguito della decisione del Governo Conte di impugnare quella parte della legge regionale. Ma, se anche emendato, quel testo dovesse consentire ai medici che non scelgono il rapporto di esclusività con il servizio sanitario nazionale di essere nominati direttori di struttura semplice o complessa in un ospedale?
"Chi vigilerà sull'attività dei primari in regime di extramoenia che, per norma, non è sottoposta a controllo?" si chiede Antonio Mazzarella.

CORONAVIRUS, IL PRE-TRIAGE AFFIDATO A INFERMIERI

Salvatore PETRAROLO

Situazioni differenti, ma la sostanza è la stessa, in questo periodo di emergenza legata al Coronavirus: nelle strutture ospedaliere della provincia di Bari e in quelle della Bat, sono stati allestiti dei punti di pre-triage, per garantire un accesso sicuro ai pazienti a rischio Covid-19. Al Policlinico di Bari il paziente con infezione sospetta da Covid-19 che accede al pronto soccorso in autonomia, senza essere passato dal medico di famiglia o dal servizio 118, viene gestito da un infermiere dedicato all'accoglienza e dotato di dispositivi individuali di protezione e sottoposto a pre-triage per individuare la presenza di fattori di rischio. In caso di sintomi è previsto l'accompagnamento nel nucleo di isolamento e di decontaminazione del pronto soccorso e il trasporto protetto nell'unità operativa di Malattie Infettive. Senza contaminazioni con le sale di attesa e con i pazienti in visita. L'attivazione di un percorso differenziato, è stata resa possibile anche dalla recente implementazione dell'area dell'emergenza-urgenza del Policlinico barese: questo ha consentito, si legge in una nota ufficiale, "di disegnare percorsi riservati di pre-triage e di isolamento in camere a pressione negativa per tutti coloro che dovessero arrivare direttamente e autonomamente al pronto soccorso". Dalla direzione sanitaria del Policlinico spiegano che "le misure di sicurezza per tutti i pazienti a rischio patologie diffusive sono già previste nei protocolli di accesso al pronto soccorso". Con questo ulteriore passaggio ci si prepara a fronteggiare ogni situazione potenziale di rischio. Sono state create due task force, una per il Policlinico e una per l'ospedale "Giovanni XXIII", che condividono le disposizioni ministeriali e regionali in relazione alla situazione. "Siamo orgogliosi del lavoro che medici, infermieri e tecnici sanitari stanno svolgendo con grande professionalità e sacrificio in questi giorni sostenendo il peso dell'emergenza – dichiara il direttore generale del Policlinico di Bari, Giovanni Migliore - a loro va il ringraziamento di tutta la direzione del Policlinico che è impegnata per garantire agli operatori le condizioni migliori per affrontare la situazione in uno sforzo straordinario. Il sistema Policlinico si fonda sulle loro competenze e sulla loro passione". Nei presidi

ospedalieri della Bat (quelli di Barletta, Andria e Bisceglie) il pre-triage per affrontare l'emergenza Coronavirus, è stato allestito a ridosso dei pronto soccorso, con il montaggio di tende da parte degli operatori della Protezione Civile. Anche in questo caso si tratta di un'attività di prevenzione (nella Bat così come in provincia di Bari, al momento in cui scriviamo questo articolo non si registrano casi di Coronovirus n.d.r.) che non devono allarmare la popolazione. Nelle tende pre-triage saranno a lavoro operatori dei Pronto Soccorso, debitamente muniti di dispositivi individuali di protezione, per valutare tutti i casi con sintomatologia e precondizioni (provenienza dalle regioni del nord segnalate) che, sulla base delle linee guida emanate dalla Regione Puglia, devono essere sottoposti a controllo e monitoraggio. L'allestimento delle tende per il pre-triage risponde all'esigenza di limitare quanto più possibile la diffusione del virus e di proteggere pazienti e operatori presenti nelle aree di emergenza-urgenza. Va ricordato che in Puglia, al momento in cui andiamo in stampa con questo numero di Filodiretto, si sono registrati sette casi di Coronavirus: si tratta del 43enne di Torricella, in provincia di Taranto, proveniente da Codogno (che è uno dei comuni ricompresi nella cosiddetta "zona rossa"), di sua moglie e suo fratello, contagiati dopo essere stati a contatto proprio con il 43enne. Il cosiddetto "paziente 1" però sta bene e rimarrà sotto monitoraggio fino a quanto i tamponi non si negativizzeranno. A quel punto verrà dimesso dall'ospedale "Moscati" di Taranto dove è attualmente ricoverato nel reparto di malattie infettive. Gli altri due contagiati, fanno sapere dal Dipartimento sanità della Regione Puglia, sono risultati positivi al Covid-19 ma asintomatici e per questo rimangono in quarantena.

MOZIONE DEL CONSIGLIO NAZIONALE FNOPI

Mozione del Consiglio nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche per lo sviluppo della professione e del Servizio sanitario nazionale

Giovanni **CARBONE**

Chiara **PERNIOLA**

I presidenti della Federazione nazionale degli ordini degli infermieri, hanno incontrato a Roma il ministro della Salute Roberto Speranza. Il 15 febbraio u.s. si è tenuto a Roma l'Assemblea ordinaria del Consiglio Nazionale della FNOPI durante il quale è intervenuto il Ministro della salute Roberto Speranza. In tale sede è stata approvata e successivamente consegnata e condivisa dal Ministro la mozione del Consiglio Nazionale FNOPI. ll Ministro della Salute ha manifestato gratitudine verso gli operatori del SSN che in queste settimane stanno affrontando nella task force del ministero, negli ospedali e sul territorio il rischio-coronavirus per tutelare la salute dei cittadini. "Il SSN è la cosa più importante che abbiamo e dobbiamo difenderlo con il coltello tra i denti, e va difeso su tre aspetti fondamentali che – ha detto agli infermieri – dobbiamo affrontare insieme: risorse, riforme e digitalizzazione per accelerare il futuro". "Nel metodo – ha spiegato il ministro – bisogna saper ascoltare perché chi ascolta sa decidere meglio e affrontare meglio ogni argomento. Nel merito, le risorse non sono spesa pubblica: la salute è un diritto fondamentale e sono quindi un investimento sulla qualità della vita delle persone". "La nostra prima sfida è fermare la stagione dei tagli e aprire ai finanziamenti. Lo abbiamo fatto con l'aumento di 2 miliardi del fondo e altri 2 per l'edilizia sanitaria e il presidente Conte ha assicurato un investimento entro fine legislatura di almeno 10 miliardi". Ma secondo il ministro le risorse non bastano se non ci sono le riforme. E tra le prime ha indicato un nuovo modello di programmazione della spesa, senza "silos chiusi" e tetti a questi "che danno illusione di risparmio ma non ci consentono di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini".

Ha indicato come punto di maggiore sofferenza proprio il personale del SSN. "Dobbiamo poi realizzare – ha proseguito – una relazione positiva tra territorio e ospedale per la nuova demografia che porta verso maggiori necessità di cronicità ed età anziana. In questo, ha affermato, gli ospedali di Comunità e l'infermiere di famiglia sono due risorse essenziali per il territorio". Poi la sanità digitale per migliorare la qualità, aumentare i risparmi e aiutare a casa propria i cittadini. "Il Patto per la salute è un patto istituzionale ed è la prima "mattonella" del sistema. Ora serve un grande "patto sociale": è questa la sfida del 2020 che devono raccogliere tutti, non solo i professionisti, anche le imprese, le università e il terzo settore".

Per tutto questo, ha sottolineato ancora il ministro, la formazione è decisiva, sia nell'Università che ECM. E un altro settore su cui è necessario agire rapidamente ("lo avremmo già fatto se non si fosse presentata l'emergenza coronavirus", ha spiegato) è quello dell'emergenza-urgenza: una riforma necessaria, ha detto, per realizzare un modello condiviso al servizio dei pazienti. La mozione FNOPI: gli obiettivi degli infermieri. La prima richiesta della Federazione degli infermieri nella mozione che il ministro ha condiviso è di applicare in fretta il Patto per la Salute perché: "l'obiettivo della professione infermieristica è rendere coerente l'esercizio professionale con le competenze acquisite nel corso degli anni, grazie a uno specifico percorso di studi rigoroso e robusto e in continua evoluzione e che necessità anche di una profonda revisione dei percorsi didattici alla luce della nuova epidemiologia della popolazione e della necessità improcrastinabile di avere infermieri specializzati".

E da qui i presidenti degli Ordini che rappresentano 450mila professionisti indicano tre punti per la valorizzazione della professione: l'emergenza-urgenza-118 dove sottolineano di non volere passi indietro, ma solo modelli innovativi e si mettono a disposizione per studiarli insieme; l'"immediata" realizzazione in tutte le Regioni dell'infermiere di famiglia/comunità come previsto da Patto; l'approvazione certa dell'Ospedale di Comunità. Poi, sollecitano la revisione degli ordinamenti didattici per prevedere una serie di novità nei corsi di laurea triennale e lauree magistrali anche a indirizzo clinico e chiedono per questo sostegno al ministro Speranza. E puntano sull'ECM che giudicano "il mezzo e non il fine" integrato e solidale tra il livello nazionale, regionale e provinciale basato su regole comuni e condivise e su principi di efficacia, trasparenza, e indipendenza da interessi commerciali". "Queste sono le priorità e in questa riorganizzazione – afferma la presidente della Federazione degli infermieri Barbara Mangiacavalli – non c'è alcun esproprio di professionalità o invasione di competenze altrui, atti questi che non devono essere nel pensiero di nessuno: nessun professionista vuole fare il lavoro di altri, nessuno che ha scelto una disciplina intende confonderla con quelle di altri". FNOMCEO. Anelli su mozione Fnopi: "Insieme sulla strada giusta della valorizzazione delle competenze". Appello alle Regioni: "Abbandonino l'ottica del risparmio nell'utilizzo dei professionisti". La mozione si apre con il riconoscimento esplicito della Consulta Permanente delle Professioni sanitarie, istituita dal Ministro della Salute Roberto Speranza, quale luogo dove rafforzare la sinergia delle professioni, sinergia che può essere raggiunta solo con la collaborazione e il dialogo – argomenta Anelli -.

Di questo siamo sin dall'inizio fermamente convinti, così come non possiamo non essere d'accordo, sin nelle virgole, sulla definizione che della Consulta viene data: "strumento per permettere l'innovazione che serve nelle politiche professionali sanitarie, con la valorizzazione e il rafforzamento delle competenze di ciascuno, acquisite da oltre un quarto di secolo nelle università, con le lauree, i master e i dottorati di ricerca, i ruoli di docenza, con una formazione capillare ognuno nel suo ruolo, per far crescere davvero il SSN: tutti protagonisti e allo stesso modo, con un Ministro garante di tutto questo". "Condivisibile inoltre, appare l'obiettivo di "rendere coerente l'esercizio professionale con le competenze acqui-

site nel corso degli anni" – aggiunge Anelli -. Si tratta di migliorare e favorire la qualità dell'esercizio professionale proprio attraverso percorsi formativi che devono valorizzare le peculiarità di ogni singola professione, senza sovrapposizioni e sconfinamenti". "E, a questo proposito, come non trovarsi d'accordo sull'affermazione secondo la quale "non c'è alcun esproprio di professionalità o invasione di competenze altrui, atti questi che non devono essere nel pensiero di nessuno: nessun professionista vuole fare il lavoro di altri, nessuno che ha scelto una disciplina intende confonderla con quelle di altri"?" constata Anelli. "Proprio partendo da questi presupposti invitiamo le Regioni ad abbandonare la logica del passato, ove il trasferimento delle funzioni era considerato solo ai fini del risparmio economico e non per valorizzare le abilità e le competenze peculiari di ogni singola professione – conclude il Presidente Fnomceo -. Ripensare l'assistenza dell'emergenza - urgenza - 118 rappresenta sicuramente un primo banco di prova per valorizzare le abilità e le competenze delle professioni medica e infermieristica. Così come ripensare il rapporto tra ospedale e territorio significa mettere i professionisti nelle condizioni di offrire risposte adeguate nella gestione della cronicità. La fine della stagione dei tagli può finalmente consentire di mettere a disposizione dei cittadini strumenti per la diagnostica e infermieri di famiglia per l'assistenza potendo contare anche su strutture flessibili come gli ospedali di comunità".

I presidenti degli Ordini provinciali e interprovinciali, riuniti nel Consiglio nazionale della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) a Roma il 15 febbraio 2020:

- Prendono atto dell'impegno fattivo del ministro della Salute nel realizzare la Consulta delle professioni sanitarie e sociosanitarie. Ciò conferma ancora una volta la sua attenzione al tema delle professioni sanitarie e ha come obiettivo immediato di riflettere sul ruolo delle Federazioni nella loro veste di enti sussidiari dello Stato, a supporto delle politiche dell'assistenza, pur mantenendo per ogni Federazione la piena titolarità della propria politica professionale.
- Sottolineano quanto già affermato dalla presidente FNOPI che la Consulta sia strumento per permettere l'innovazione necessaria nelle politiche professionali sanitarie, con la valorizzazione e il rafforzamento delle competenze di ciascuno, acquisite da oltre un quarto di secolo nelle università, con le lauree, i master e i dottorati di ricerca, i ruoli di docenza, con una formazione capillare ognuno nel suo ruolo, per far crescere davvero il SSN: tutti protagonisti e allo stesso modo, con un ministro garante di tutto questo.
- Prendono anche atto degli importanti risultati ottenuti dal ministro per quanto riguarda l'aumento del fondo sanitario nazionale, lo sblocco delle assunzioni, il nuovo finanziamento dell'edilizia sanitaria finalizzato anche all'essenziale ammodernamento tecnologico, l'abrogazione imminente del superticket, l'approvazione del Nuovo Patto per la Salute 2019-2021, l'impegno per la sicurezza degli operatori e la buona gestione della crisi legata al Coronavirus.
- Ritengono necessaria un'opera capillare perché le previsioni del Patto e i controlli sulla sua reale attuazione siano stimolati a livello territoriale "tenendo conto dei livelli di formazione acquisita nell'ambito di quanto previsto nei CCNL di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali", come scritto nel Patto per la Salute.
- Chiedono con fermezza che sia attuata anche un'altra previsione del Patto per la Salute: quella che prevede la "graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario delle regioni in equilibrio economico nonché per valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche".
- Ritengono necessario, in questo senso, in applicazione del Patto per la Salute, tenere conto delle attività svolte in servizi e zone disagiate, come definiti da linee di indirizzo regionali, sulla base dei dati delle effettive carenze di organico degli ultimi tre anni e "destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2% del monte

salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, da definirsi nell'ambito del tavolo di verifica per gli adempimenti".

- Sottolineano che l'obiettivo della professione infermieristica è rendere coerente l'esercizio professionale con le competenze acquisite nel corso degli anni, grazie a uno specifico percorso di studi rigoroso e robusto e in continua evoluzione e che necessita anche di una profonda revisione dei percorsi didattici alla luce della nuova epidemiologia della popolazione e della necessità improcrastinabile di avere infermieri specializzati.
- Giudicano in questo senso la prima valorizzazione da attuare quella sul tema dell'emergenza-urgenza-118 per la quale respingono con forza passi indietro e accettano solo modelli innovativi, coraggiosi e responsabili per realizzare i quali sono a disposizione delle Istituzioni.
- Ritengono che la seconda valorizzazione nell'immediato sia quella dell'infermiere di famiglia/comunità, una figura innovativa del SSN per contrastare le disuguaglianze, riavvicinare il SSN ai cittadini portandolo nelle loro case, aumentare la capacità di presa in carico delle vecchie e nuove fragilità, come parte essenziale del processo di riordino dell'assistenza territoriale con servizi sanitari basati sui principi di equità, integrità, giustizia e rispetto di genere e dei diritti umani, per la quale, come scritto nel Patto, è essenziale "la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica" e "la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche", oltre che di quelle delle altre professioni.
- Giudicano ancora che il terzo passo per la valorizzazione della professione e dell'assistenza sia costituito dall'approvazione dell'intesa sugli Ospedali di comunità già il 20 febbraio, quando è all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni, perché ormai ferma da troppo tempo per motivi politici e non organizzativo-strutturali: serve ai cittadini e al SSN.
- Sollecitano anche un intervento presso i ministri competenti per la revisione del piano di studi in infermieristica e per il biennio di laurea magistrale. Nel primo prevedendo un percorso che preveda anche l'apprendimento di tecniche e meccanismi in grado di limitare i fenomeni di aggressione al personale sanitario e comunque un più alto livello di comunicazione con gli assistiti nell'ottica di quanto prescritto dal Codice deontologico in cui si prevede che "il tempo di relazione è tempo di cura". Nel biennio magistrale prevedendo un indirizzo clinico oltre che organizzativo-manageriale che indirizzi l'infermiere verso un percorso ad esempio mirato all'infermieristica di famiglia/comunità, all'infermieristica pediatrica, all'infermieristica nei servizi di emergenza-urgenza e così via.
- Ribadiscono la necessità di un processo di aggiornamento permanente di alto livello in ambito sanitario in cui si realizza il mantenimento e lo sviluppo delle competenze e abilità professionali per rispondere in maniera sempre più appropriata al continuo modificarsi del contesto demografico, epidemiologico, dei bisogni di salute, del progresso scientifico e tecnologico: il sistema ECM

"La fine della stagione dei tagli può finalmente consentire di mettere a disposizione dei cittadini strumenti per la diagnostica e infermieri di famiglia per l'assistenza potendo contare anche su strutture flessibili come gli ospedali di comunità. Emergenza-urgenza primo banco di prova"

»

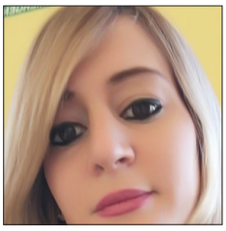
è sempre più "il mezzo e non il fine" integrato e solidale tra il livello nazionale, regionale e provinciale basato su regole comuni e condivise e su principi di efficacia, trasparenza, e indipendenza da interessi commerciali.

- Rivendicano un sistema dove il professionista sia veramente il principale protagonista della costruzione e realizzazione del proprio percorso formativo successivo alla formazione di base: un "long life learning" da sviluppare lungo tutta la vita professionale, rendendo evidente, prima di tutto, una maggiore consapevolezza nell'ottica della responsabilità condivisa tra professionista e organizzazione, certi che tutto questo costituisca requisito indispensabile per svolgere un'attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista su cui gli Ordini, organi sussidiari dello Stato, vigilano perché sia rispettata e adempiuta da parte degli iscritti. Chiedono quindi il potenziamento e la valorizzazione dei fattori di sviluppo del capitale umano in sanità; strumento-cardine del management delle aziende sanitarie e della sicurezza delle cure.
- Ribadiscono in queste priorità e in questa riorganizzazione, a nome degli oltre 450mila iscritti, che non c'è alcun esproprio di professionalità o invasione di competenze altrui, atti questi che non devono essere nel pensiero di nessuno: nessun professionista vuole fare il lavoro di altri, nessuno che ha scelto una disciplina intende confonderla con quelle di altri.
- Sottolineano con forza che non sostenere tale percorso vuol dire sprecare risorse e competenze, negare sviluppo, innovazione e cambiamento di cui ha bisogno il SSN per metterlo in grado di rispondere di più e meglio alle nuove sfide, ai nuovi bisogni delle comunità affinché lo sviluppo del SSN non sia solo di facciata e ancorata a vecchi schemi ormai lontani dai bisogni reali.
- Aggiungono che ciò vuol dire anche ignorare le sollecitazioni a livello internazionale (Oms e Ocse) circa la necessità di investire in più servizi guidati da infermieri che consentano loro di lavorare al massimo delle potenzialità; impiegare più infermieri specializzati; rendere gli infermieri centrali per l'assistenza sanitaria di base, fornendo servizi e supervisionando gli operatori sanitari della comunità; supportare gli infermieri nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie; investire nella leadership infermieristica.
- Rinnovano la richiesta ufficiale ai ministri competenti - quello della Salute in prima battuta - e alle Regioni, che si affronti in tempi brevi questo tema in modo strutturato, attingendo alle evidenze e sottraendolo alla strumentalizzazione politica.
- Ribadiscono ancora una volta e con maggiore forza e intendono portare avanti con ogni mezzo il "diritto al futuro" della professione infermieristica, di un'assistenza accessibile, equa, sicura, universale e solidale, senza accettare prese di posizione, deroghe o tempi di attesa con l'unico effetto di rimanere ancorati a un immobilismo pericoloso per l'assistenza e i diritti dei cittadini.

INFERMIERI A CONCORSO

UPDATE del sapere professionale

Angela SARDELLA



Qualità, innovazione, equità, sostenibilità sono tutti temi al centro delle politiche di consolidamento e sviluppo del sistema sanitario italiano che sta affrontando un momento particolarmente complesso e complicato, la cui definizione e attuazione richiedono quadri diversi, visioni e soluzioni operative chiare cui collegare processi di cambiamento efficacemente governati. La risposta al progressivo ridursi delle risorse pubbliche destinate al welfare sanitario, sarà l'evoluzione verso modelli che interpreteranno in maniera più snella non solo l'organizzazione dell'ospedale e la sua integrazione con il territorio, ma anche le strutture sanitarie private, delle case di riposo, delle RSA protette, ecc.. La sfida futura sarà tracciata nello sviluppare servizi socio-sanitari all'interno di un perimetro con risorse limitate ma attenti dal punto di vista epidemiologico alle fragilità, alle cronicità, all'innovazione clinica che impone grandi evidenze e che richiede in campo nuovi saperi, cambiando così i paradigmi organizzativi e di funzionamento. Gli ultimi anni di crisi hanno permesso di mettere a fuoco le politiche e le azioni che servono per dare un futuro sostenibile al sistema intero; ecco l'importanza di organizzare come Ordini delle Professioni Infermieristiche delle provincie di Bari e Bat un percorso formativo e di aggiornamento sulle conoscenze dei professionisti che alla luce di questo scenario, devono necessariamente intervenire per garantire qualità assistenziale e sicurezza dei processi. Il corso è stato implementato tenendo conto delle esperienze rilevate nella gestione delle procedure concorsuali attuate dalla P.A. in attuazione alle norme che disciplinano e regolano i concorsi pubblici.

Obiettivi del corso di preparazione

- Presentare le principali conoscenze ed evidenze disponibili nell'ambito delle Scienze Infermieristiche, analizzandone i trend ed i possibili sviluppi teorici e pragmatici in un'ottica dei cambiamenti avvenuti e in corso.
- Discutere le diverse logiche legislative sanitarie sorte negli ultimi anni con le declinazioni legislative regionali e i correlati modelli di programmazione e valutazione delle attività.
- Analizzare le principali innovazioni presenti nel best practice nazionale e del SSN e regionale in tema di competenze avanzate in area sanitaria medica, chirurgica, critica e territoriale, ponendo l'accento sui nuovi assetti organizzativi degli ospedali, delle cure primarie - territoriali, dove la presa in carico della persona tiene conto dell'integrazione sanitaria e socio sanitaria.

Il corso è stato pensato e approntato per tutti gli infermieri iscritti agli Ordini delle Professioni Infermieristiche della provincia »

di Bari e Bat interessati ad approfondire alcune tematiche professionali utili alle prove concorsuali.
Per consentire agli Infermieri di affrontare questa nuova fase di cambiamento con la necessaria consapevolezza e preparazione, acquisendo gli indispensabili strumenti di conoscenza, gli OPI di BARI e BAT promuovono, ai propri iscritti, un percorso di aggiornamento professionale in linea con i loro bisogni formativi e informativi.

Il corso di formazione si prefigge lo scopo di affrontare in modo ampio tutte le problematiche presenti all'interno dei sistemi sanitari assistenziali con un taglio teorico-pratico con approfondimenti sull'organizzazione del mercato sanitario, sugli elementi tipici del processo di professionalizzazione dell'infermiere a seguito delle novità della Legge n. 3/2018, nonché evidenziare gli aspetti innovativi della professione e l'utilizzo dei nuovi strumenti operativi.

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche delle provincie di Bari e Bat con la fattiva collaborazione di docenti universitari hanno implementato un percorso formativo e di aggiornamento sulle conoscenze dei professionisti infermieri che si accingono a sostenere le prove di un concorso di pubblico impiego con la prospettiva di ricoprire ruoli decisionali e tecnici a ogni livello nella P.A. sanitaria
Gli argomenti e le modalità di realizzo del corso sono perfettamente pertinenti alle esperienze rilevate nella gestione delle procedure concorsuali attuate dalla P.A. in attuazione alle norme che disciplinano e regolano i concorsi pubblici.
Durata del corso (5 moduli didattici) di preparazione e metodologia didattiche:
• 20 ore di lezioni frontali.
• 5 ore di esercitazioni attraverso la metodologia di Learning by Doing e Role Playing.
• 5 ore di esercitazioni con materiale per home Working con utilizzo di banche dati per quesiti a risposta sintetica e multipla.

PNEUMOLOGIA "IN AZIONE"

L'infermiere e le procedure avanzate nella "Pneumologia Interventistica"

Pietro CORVACE

Nel contesto clinico - assistenziale respiratorio, la cosiddetta e definita "pneumologia interventistica"[1] ricopre un importante ruolo, in considerazione degli sviluppi notevoli raggiunti e della sua particolare specificità.

Le metodologie interventistiche in ambito diagnostico e terapeutico, grazie al progresso, hanno permesso di raggiungere obiettivi rilevanti, implementando le correlate competenze sanitarie, nonché infermieristiche.

La "pneumologia interventistica" è quel "campo" della disciplina specialistica, dove vengono impiegate attività e procedure generalmente invasive, con l'utilizzo di metodologie innovative e strumenti sempre più tecnologici, talvolta in "overlapping" (sovrapposizione) naturale e collaborativo, con altre discipline come la Chirurgia Toracica, delineando comunque una sua specificità.

Tra le procedure maggiormente utilizzate, troviamo quelle endoscopiche, come la broncoscopia, correlate spesso ad altre attività medico-assistenziali, come ad esempio le procedure bioptiche, le quali rivestono particolare importanza, come anche la gestione della sterilizzazione della strumentazione e relativa manutenzione.

Tra le altre procedure clinico - assistenziali troviamo in particolare, il posizionamento di drenaggi toracici, l'ecografia toracica, l'emogasanalisi, la sostituzione di cannule tracheali, la toracentesi ecoguidata e non, ecc.. .

Un ruolo importante, nella "pneumologia interventistica" è rivestito dall'infermiere, professionista fondamentale, in considerazione della specializzazione infermieristica richiesta.

Il percorso di professionalizzazione dell'infermiere costituito da numerose tappe, ha ottenuto nel tempo, conquiste e riconoscimenti in termini di responsabilità, autonomia, competenze e "specializzazione", di fatto a livello normativo è evidente quest'ultimo aspetto, che si delinea con:

- il Decreto n. 739/94;
- il quadro e ambito della Legge n. 43/2006, dove vengono indicati aspetti specialistici (formazione);
- il CCNL Sanità attualmente in vigore nel quale si fa riferimento al "professionista specialista"e "professionista esperto".

In questo contesto clinico - assistenziale, l'infermiere è impegnato, quindi, nelle seguenti procedure e attività:

Toracentesi: è una procedura invasiva, che permette di rimuovere del materiale presente nel torace e nello specifico, tra la »

pleura parietale e viscerale; viene effettuata generalmente, come indica la letteratura, a scopo diagnostico (raccolte di campioni del liquido pleurico, ecc..), e di espletamento di azioni terapeutiche (es.: somministrare farmaci specifici, praticare aspirazioni di aria o materiale liquido presente).
L'infermiere è impegnato nell'organizzazione dei materiali (es. set/kit per procedura), del setting assistenziale appropriato, nella preparazione del paziente per la procedura (es. corretto posizionamento), nella collaborazione sinergica con personale medico, assicurando una raccolta specifica dei campioni e relativa conservazione ed invio nei laboratori.
L'infermiere, inoltre, garantisce una costante osservazione e monitoraggio dei parametri vitali (in particolare: SpO, frequenza cardiaca e respiratoria) pronto ad eventuali complicanze che richiedono interventi d'urgenza (es. PNX, emorragie, perdita di coscienza, compromissione dei parametri vitali).

"Le metodologie interventistiche in ambito diagnostico e terapeutico, grazie al progresso, hanno permesso di raggiungere obiettivi rilevanti, implementando le correlate competenze sanitarie, nonché infermieristiche"

Drenaggio toracico: il posizionamento del drenaggio toracico è una procedura interventistica pneumologica che permette l'opportuna eliminazione di materiale presente nel cavo pleurico.
L'esperto infermiere, in quest'ambito, è un prezioso collaboratore per il personale medico, in quanto possiede competenza e conoscenza nell'utilizzo dei presidi e materiali specifici della procedura, nonché capacità e abilità nella panificazione e gestione specifica degli stessi drenaggi, occupandosi della relativa medicazione del sito interessato, pianificandone l'assistenza nel tempo.
L'infermiere collabora nel controllo del sistema di drenaggio (in riferimento alle diverse tipologie), nonché nella valutazione/osservazione, qualitativa e quantitativa del materiale drenato.
Il contributo infermieristico in tale procedura costituisce un impegno assistenziale specifico.
Broncoscopia: è una procedura invasiva pneumologica, che utilizza il broncoscopio, strumento costituito in fibra ottica, flessibile.
Tale procedura permette di formulare diagnosi cliniche (es. ispezionando le vie aeree, raccogliendo campioni, ecc..) e per finalità a carattere terapeutico (es. rimuovere materiale nelle vie aeree come le secrezioni, materiali estranei, ecc..).
La broncoscopia permette, anche, di effettuare opportunamente lavaggi bronchiali e prelievi bioptici, ecc..
L'infermiere collabora con il personale medico nelle diverse fasi della procedura ed è responsabile della preparazione del paziente, è impegnato nell'osservazione, nel monitoraggio dei parametri vitali, nell'invio e corretta preparazione dei campioni raccolti, inoltre, si occupa del processo di sterilizzazione del broncoscopio e dei presidi specifici utilizzati.
Emogasanalisi: in ambito pneumologico è una procedura di frequente utilizzo, anche nel contesto interventistico contribuisce in modo importante nei processi diagnostici e di controllo.
Essa consiste in un prelievo arterioso a scopo diagnostico, che valuta generalmente parametri utili alla funzionalità dell'apparato respiratorio e può essere effettuato dall'infermiere con competenze adeguate e specifiche e in riferimento alle racco-

mandazioni ed indicazioni relative alla procedura.

Cambi cannula: nel contesto interventistico pneumologico i cambi di cannule tracheali, rappresentano procedure di urgenza e di routine.

L'infermiere collabora strettamente con il personale medico nella delicata procedura, occupandosi della disposizione e gestione dei presidi e predisponendo le risorse per eventuali interventi in urgenza in caso di complicanze.

Ecografia toracica: riveste un ruolo importante in diverse procedure interventistiche pneumologiche; l'infermiere collabora in questa pratica, contribuendo con il suo apporto per garantire l'efficacia delle procedure, fondamentali ai fini degli esiti clinico – assistenziali.

Il professionista infermiere, in ogni procedura, deve operare nel rispetto dei protocolli specifici di riferimento, osservare le linee guida ed adoperarsi nelle buone pratiche, che rappresentano fondamenti operativi del professionista sanitario.

Nel Codice deontologico delle professioni infermieristiche del 2019, in particolare nell'Art. 37, a tal proposito, è così citato: […] "L'Infermiere, […] si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento." […].

"Un ruolo importante, nella "pneumologia interventistica" è rivestito dall'infermiere, professionista fondamentale, in considerazione della specializzazione infermieristica richiesta"

In tutte le procedure, contestualmente, l'infermiere provvede alla puntuale e corretta documentazione dell'assistenza.

In questo ambito assistenziale, l'infermiere, nel suo agire professionale, s'impegna a garantire le competenze avanzate e specializzate richieste e a prendersi cura della relazione e degli aspetti della comunicazione caratterizzata da gesti, comportamenti, parole, nonché di azioni educative, che permettono di raggiungere efficacemente gli obiettivi clinico - assistenziali.

Le competenze avanzate specifiche espresse in tale contesto, oltre all'orientamento delle norme, indicano un bisogno importante di specializzazione nella situazione attuale, auspicabile ai fini di un "riconoscimento", da percorsi formativi specifici (es. master universitari), senza dimenticare l'apporto dell'esperienza, cardine fondamentale. Il paziente ha diritto ad essere assistito da un infermiere attento nel prendersi cura della relazione, empatico, che rifletta il decoro della professione, in termini morali e deontologici, tecnicamente competente e aggiornato, in virtù della continua ed indispensabile specializzazione professionale, pronto nell'azione.

BIBLIOGRAFIA

1. U.O.C. Pneumologia – Utir - Link: https://www.sanita.puglia.it/ricerca_det/-/journal_content/56/25619/u-o-c-pneumologia-utir - Gazzetta Ufficiale - Link: https://www.gazzettaufficiale.it/eli id/1995/01/09/095G0001/sg
2. L 43/2006 - Link: https://www.camera.it/parlam/leggi/06043l.htm
3. CCNL comparto SANITA' definitivo_sito .pdf – Link: https://www.aranagenzia.it/attachments/article/9016/CCNL%20comparto%20SANITA%27%20definitivo_sito%20.pdf
4. Deontologia FNOPI | Federazione Nazionale degli OPI - Link: https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/#1571846131365-8f70c763-6358

PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Vera Anna **FIORELLA**

Giuseppe **NOTARNICOLA**

Florence Nightingale affermava che "Uno dei primi requisiti di un ospedale è far sì che la malattia non costituisca un pericolo". Le infezioni contratte in ambiente ospedaliero, tuttavia, rappresentano la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Alla base della loro insorgenza, c'è l'introduzione di nuovi presidi che, se da un lato garantiscono la sopravvivenza a pazienti ad alto rischio, dall'altro facilitano l'insediamento dei microrganismi patogeni, in sedi corporee normalmente sterili, causando malattie severe o morte. Il contenimento del complesso fenomeno delle infezioni ospedaliere, diventato obiettivo di salute pubblica nazionale nella maggior parte dei paesi ad alto reddito, dipende dalla messa in opera di una "strategia globale" che interessi tutti i settori dell'ospedale e che necessita, per realizzarsi, della collaborazione di tutti coloro che vengono a contatto con l'ambiente ospedaliero, a partire dai degenti e loro parenti fino al personale sanitario. Alla luce di ciò, la gestione del controllo delle infezioni ospedaliere si è profondamente modificata nel tempo, passando da un approccio esclusivamente clinico ad uno multidisciplinare, che coinvolge più figure professionali e che si avvale dell'utilizzo di tecniche statistiche, ma soprattutto di misure di carattere generale, a partire dalla corretta igiene delle mani, mirate a prevenire e controllare la trasmissione di microrganismi da un paziente all'altro, e a gestire misure specifiche per pazienti esposti alle principali procedure invasive. Nell'ambito del controllo delle infezioni ospedaliere è importante riuscire a:

- Limitare il ricorso a procedure invasive ai casi strettamente necessari;
- Diminuire la durata di degenza totale e postoperatoria;
- Individuare e correggere le misure profilattiche di efficacia scientifica dubbia.

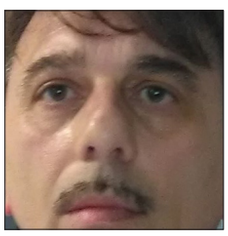
Particolare rilevanza nell'insorgenza delle infezioni ospedaliere risultano avere le resistenze batteriche, che oggi rappresenta una grande emergenza sanitaria, favorendo il ritorno di malattie infettive che si pensavano sconfitte o sotto controllo. Si stima, infatti, che gli antibiotici rappresentino dal 20 al 50% della spesa farmaceutica totale e che circa la metà di essi venga prescritto in modo errato, sia per quanto riguarda la tipologia di farmaco da somministrare, sia per quanto concerne la posologia. Tutti i Paesi che hanno deciso di avviare programmi di controllo della problematica in questione, hanno individuato come soluzione la creazione di un Comitato multidisciplina-

re a livello ospedaliero, definito CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere), che abbia come obiettivo: "promuovere e migliorare la qualità dei percorsi assistenziali e della vita dei pazienti, prevenendo l'insorgenza delle infezioni ospedaliere". In particolare, il CIO deve favorire le conoscenze delle problematiche e della pratica inerente alle infezioni ospedaliere, tramite l'utilizzo di procedure, protocolli e corsi periodici di formazione e aggiornamento, rivolti a tutti gli operatori sanitari. L'obiettivo da raggiungere per la gestione delle infezioni ospedaliere è la sorveglianza ed il controllo dei singoli casi, allo scopo di mettere in atto interventi finalizzati ad evitare la comparsa di nuovi episodi infettivi ed eventualmente introdurre nuove metodiche di prevenzione, riducendo il rischio di infezioni per i pazienti, i visitatori e gli operatori sanitari. È questo lo scopo dello studio intitolato "Controllo e prevenzione delle infezioni in ambiente ospedaliero", effettuato presso l'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli", nelle U.O.C. di Geriatria e Ortopedia, nell'arco temporale di due mesi. Con l'ausilio di materiale circa definizioni di caso e criteri di inclusione utili allo scopo della rilevazione, lo studio si è basato principalmente sulla consultazione delle cartelle cliniche, al fine di conoscere l'incidenza dei casi di infezione del suddetto nosocomio. In particolare, la ricerca si è concentrata sulla rilevazione dei microrganismi coinvolti, le sedi di infezione dei pazienti risultati infetti e la formulazione del tasso di incidenza per entrambi i reparti. L'incidenza di infezioni ospedaliere nella U.O.C. di Geriatria è risultata essere del 9,6%, evidenziando come la tipologia di paziente, che risulta essere più a rischio a causa dell'età e della storia clinica caratterizzata da patologie croniche e ingravescenti, incida in modo significativo sullo sviluppo delle infezioni ospedaliere, nonostante la corretta messa in atto delle linee guida.
L'incidenza delle infezioni ospedaliere nella U.O.C. di Ortopedia, invece, è risultata essere del 2%, dimostrando un'aderenza rigorosa ai protocolli di profilassi antibiotica e un'attenzione non indifferente ai casi di sospetta infezione post-chirurgica, contribuendo negli ultimi anni a diminuire l'incidenza delle infezioni in ambito ospedaliero, in particolare in campo chirurgico, e a sottolineare l'efficacia di alcune metodiche di prevenzione.
Anche gli operatori sanitari, gli infermieri, i medici e i chirurghi possono essere soggetti a infezioni correlate all'assistenza, per cui è buona norma gestire correttamente il paziente dal punto di vista clinico e assistenziale e rispettare tutti i protocolli di prevenzione, a partire dal corretto lavaggio delle mani (sia sociale che chirurgico) fino all'utilizzo rigoroso di dispositivi di protezione individuale, in particolare mascherine e guanti, ogni qual volta sia necessario e si venga a contatto con il paziente o con presidi sanitari, in modo da poter evitare la diffusione di microrganismi pericolosi. Per i pazienti chirurgici di fondamentale importanza risulta essere l'utilizzo di medicazioni sterili e il monitoraggio rigoroso della ferita chirurgica e del post-operatorio in generale, nonché la corretta gestione della sala operatoria attraverso la pulizia approfondita, secondo i protocolli del nosocomio, al fine di garantire la sterilità degli strumenti e degli apparecchi utilizzati durante l'intervento chirurgico. Inoltre, la corretta gestione della terapia e profilassi antibiotica deve rispettare dosi, tempi e via somministrazione, al fine di ridurne l'abuso ed evitare la comparsa di antibiotico-resistenze, che potrebbero impedire di eliminare e combattere microrganismi patogeni.
Un altro metodo preventivo da considerare potrebbe essere quello di attenersi il più possibile agli orari di visita del reparto, così da diminuire il tempo e il rischio di esposizione dei pazienti immunodepressi e più suscettibili, ai microrganismi che i visitatori potrebbero introdurre nel nosocomio. È fondamentale, inoltre, che il personale sanitario sia in continuo aggiornamento (Capo 3, Art. 11 del Codice Deontologico dell'Infermiere), in modo da acquisire una conoscenza più ampia e specifica e una maggiore "coscienza" dei rischi correlati alla pratica assistenziale. L'infermiere è considerato il garante del benessere e della salute dei pazienti, per cui è essenziale che metta in pratica tutte le misure di prevenzione e un'assistenza rigorosa e adeguata alle esigenze dell'assistito: è fondamentale che si occupi del paziente in toto, avendo cura degli accessi vascolari, dei presidi sanitari utilizzati, della corretta profilassi e terapia antibiotica e di tutto quello che potrebbe determinare un'infezione.

LA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Il neonato in ventilazione meccanica invasiva e la gestione infermieristica: una revisione della letteratura

Domenico **DENTICO**



Francesco **FERRI**

Introduzione

La ventilazione meccanica invasiva è un supporto vitale alla funzione polmonare, utilizzata in caso di insufficienza respiratoria grave e il cui obiettivo è favorire e raggiungere una buona ventilazione alveolare che permetta la rimozione della CO2, una soddisfacente ossigenazione e una riduzione del lavoro respiratorio. L'approccio alla gestione della ventilazione meccanica è legata a diverse variabili come la diversità dei quadri clinici, le risorse disponibili e le diverse esperienze degli infermieri nelle terapie intensive neonatali.

Obiettivo

Lo scopo dello studio è stato ricercare le evidenze scientifiche aggiornate per quanto riguarda gli interventi infermieristici più comunemente erogati durante l'assistenza ai neonati in ventilazione meccanica, come la broncoaspirazione, l'umidificazione della miscela gassosa, il corretto posizionamento del tubo endotracheale (TET), la riduzione del dolore e stress, la posizione ottimale del neonato per una migliore ventilazione, la prevenzione delle polmoniti associate alla ventilazione (VAP) e lo svezzamento dal ventilatore (weaning).

Materiali e metodi

Sono state consultate le principali banche dati, utilizzando le seguenti parole chiave: neonate, newborn, pneumonia ventilator associated, suctioning, ventilation, variamente combinate tra loro con gli operatori booleani.

Risultati

La broncoaspirazione viene raccomandata al bisogno e non di routine, preossigenando il neonato, per ridurre lo stress della procedura, e ponendo particolare attenzione a somministrare un supplemento di ossigeno non superiore al 10-20% rispetto alla FiO2 di partenza per evitare di esporre il neonato, specialmente se pretermine, ai danni da iperossia (Pritchard et al., 2003).

La broncoaspirazione eseguita con circuito chiuso è correlata, come riportato da diversi studi, ad una diminuzione degli episodi di ipossiemia e bradicardia, in quanto il sistema evita di interrompere l'ossigenazione e la ventilazione durante la procedura (Woodgate et al. 2011) e a una riduzione dell'instabilità del flusso ematico a livello cerebrale. Il sistema chiuso, inoltre, è risultato maggiormente efficace, con cambio del sondino di aspirazione ogni 24 ore, rispetto al sistema aperto, per la rimozione delle secrezioni, la riduzione della frequenza delle aspirazioni, degli episodi di estubazione accidentale, dell'incidenza di infezioni e sepsi. Uno studio comparativo randomizzato

ha confrontato, però, gli effetti dell'utilizzo del circuito di aspirazione chiuso e aperto, in neonati pretermine, non rivelando differenze significative tra i due sistemi (Paula et al., 2010). Le pressioni di aspirazione da -50 a -80 mmHg, si sono dimostrate sicure ed efficaci nei neonati, per evitare ipossiemia e atelettasia, utilizzando un tempo di aspirazione non superiore ai 10 - 15 secondi (Gardner et al.; 2009). Il diametro esterno del catetere di aspirazione non deve essere più grande della metà del diametro interno del tubo endotracheale, per evitare l'ostruzione totale del TET e permettere alla miscela gassosa di continuare ad entrare nell'albero respiratorio, anche durante l'aspirazione (Trevisanuto et al. 2009). L'instillazione di soluzione fisiologica sterile all'interno del TET prima dell'aspirazione endotracheale è una pratica diffusa nelle unità di terapia intensiva per fluidificare i muchi, ma diversi studi sconsigliano questa procedura in quanto responsabile di desaturazioni e distribuzione di microrganismi distalmente nel polmone, con possibile e preoccupante aumento di incidenza di VAP. Gli stessi studi evidenziano che sia sufficiente umidificare, in maniera corretta il gas inspiratorio attraverso umidificatori-riscaldatori posizionati lungo il circuito respiratorio, per rendere fluide le secrezioni (Galbusera et al., 2010; Gardner et al., 2009; Ridling et al., 2003). La posizione del tubo endotracheale dovrà essere controllata almeno ogni 2 ore verificando la profondità di inserzione dalla rima buccale, auscultando i polmoni e valutando l'espansione toracica (Galbusera et al., 2010).

"Per lo svezzamento dalla ventilazione artificiale è risultata fondamentale l'importanza del ruolo dell'infermiere nell'osservare le risposte del neonato ai cambiamenti dei parametri ventilatori, potendo offrire, così, indicazioni utili alla eventuale estubazione e al possibile passaggio dalla ventilazione invasiva alla ventilazione non invasiva"

L'appropriata profondità di inserzione del sondino di aspirazione è determinata misurando la lunghezza del tubo endotracheale, per evitare che l'estremità del sondino non arrivi a toccare la carena (Raymond et al., 1995).

Un altro intervento che potrebbe apportare qualche beneficio alla respirazione è il posizionamento del neonato. È emerso, da diversi lavori, che la posizione prona migliora la saturazione, riducendo gli episodi di desaturazione, mentre le posizioni laterali su entrambi i lati non hanno apportato alcun beneficio, in termini di miglioramento della ventilazione, rispetto alla posizione classica supina. Il cambio frequente di posizione del neonato, rimane, comunque, una ottima soluzione per ridurre gli effetti negativi dell'immobilità sull'apparato respiratorio (Joanna et al., 2015; Balaguer et al., 2013; Gillies et al., 2012).

La ventilazione meccanica è un intervento potenzialmente doloroso e stressante per il neonato e per ridurre queste conseguenze, accanto ai presidi farmacologici, gli studi sottolineano il ruolo fondamentale dell'infermiere nell'adozione di una contenzione adeguata, nell'utilizzo della tecnica di saturazione sensoriale e suzione non nutritiva, nel ridurre e concentrare in momenti unici le varie manovre assistenziali (clustering care) e nel diminuire gli stimoli ambientali, quali la luce e i rumori, come raccomandato, anche, dall'Accademia Americana di Pediatria (2016).

La polmonite associata a ventilazione (VAP) è quella che, assente al momento dell'inizio della ventilazione meccanica, si mani-

»

festa dopo almeno 48-72 ore dall'inizio della ventilazione meccanica stessa (Chastre et al., 2002), per migrazione verso i polmoni della flora batterica presente nell'orofaringe (Crnich et al., 2005). I fattori che aumentano il rischio di sviluppare una VAP sono la durata della ventilazione meccanica e quindi della persistenza del TET, la prematurità, il peso, l'età gestazionale, la somministrazione di antibiotici ad ampio spettro con sviluppo di germi multi-resistenti, l'uso prolungato di procedure e dispositivi invasivi (Foglia et al. 2007). Un intervento consigliato da attuare è eseguire l'igiene del cavo orale con una garza morbida imbevuta di acqua sterile ogni 2 ore applicando, eventualmente, olio di vaselina sulle labbra (Gillies et al., 2011). Questa procedura, secondo alcuni studi, può essere anche effettuata utilizzando il latte materno o colostro per i principi protettivi contenuti al loro interno (Ceballos et al., 2013; Thibeau et al., 2013). Il tubo endotracheale, inoltre, non solo costituisce una via di accesso per i batteri, ma inibendo il riflesso faringeo e la tosse, causa facilmente l'insorgenza di xerostomia, cioè la secchezza delle fauci. L'ultimo punto importante che abbiamo considerato è stato lo svezzamento inteso come riduzione dalla dipendenza dal ventilatore, che nel neonato deve avvenire il prima possibile, per evitare e ridurre il rischio di malattia polmonare cronica, retinopatia e infezioni (Friedman et al., 2013; Davis et al., 2003).

"La ventilazione meccanica è un intervento potenzialmente doloroso e stressante per il neonato e per ridurre queste conseguenze, accanto ai presidi farmacologici, gli studi sottolineano il ruolo fondamentale dell'infermiere nell'adozione di una contenzione adeguata, nell'utilizzo della tecnica di saturazione sensoriale e suzione non nutritiva, nel ridurre e concentrare in momenti unici le varie manovre assistenziali (clustering care) e nel diminuire gli stimoli ambientali, quali la luce e i rumori, come raccomandato, anche, dall'Accademia Americana di Pediatria"

Discussione e conclusioni

In questo nostro lavoro sono state ricercate le ultime evidenze disponibili in relazione ad alcuni aspetti importanti dell'assistenza al neonato ventilato meccanicamente. Abbiamo reperito studi che hanno dato indicazioni forti all'utilizzo di attività infermieristiche finalizzate alla riduzione del dolore, all'igiene del cavo orale per la prevenzione della VAP e all'ottimizzazione dell'umidificazione dei gas in arrivo dal ventilatore per fluidificare le secrezioni tracheobronchiali, evitando così il lavaggio con fisiologica. Per quanto riguarda gli altri aspetti, oggetto della nostra ricerca, cioè l'utilizzo o meno della preossigenazione prima dell'aspirazione, il circuito chiuso contro quello aperto, la posizione supina vs prona vs laterale del neonato in ventilazione meccanica non sono emerse forti evidenze a supporto dell'uno o dell'altra opzione. Per lo svezzamento dalla ventilazione artificiale è risultata fondamentale l'importanza del ruolo dell'infermiere nell'osservare le risposte del neonato ai cambiamenti dei parametri ventilatori, potendo offrire, così, indicazioni utili alla eventuale estubazione e al possibile passaggio dalla ventilazione invasiva (Invasive Mechanical Ventilation) alla ventilazione non invasiva (Non-Invasive Ventilation).

INFEZIONE DA CORONAVIRUS 2019-NCOV

La famiglia dei coronavirus ed il nuovo coronavirus

Vincenzo **INGLESE**

Michela **LACASELLA**

L'11 febbraio 2020 l'OMS ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus è stata chiamata COVID-19. La nuova sigla è la sintesi dei termini CO-rona VIrus D-isease e dell'anno d'identificazione, 2019.

I coronavirus, virus RNA che al microscopio elettronico assumono un aspetto simile ad una corona, appartengono ad una vasta famiglia di virus, noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la MERS (Sindrome Respiratoria Mediorientale, anno 2012, virus trasmesso dai dromedari agli uomini) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, anno 2002-2003, virus trasmesso dagli zibetti agli uomini).

La sottofamiglia Orthocoronavirinae della famiglia Coronaviridae, è classificata in quattro generi di coronavirus (CoV): Alpha, Beta, Delta e Gammacoronavirus.

Il genere del betacoronavirus è ulteriormente diviso in cinque sottogeneri tra i quali il Sarbecovirus.

Tali virus sono stati identificati a metà degli anni "60" e sono noti per infettare l'uomo ed alcuni animali compresi uccelli e mammiferi, e le cellule bersaglio primarie sono rappresentate da quelle epiteliali del tratto respiratorio e gastrointestinale.

Come diverse malattie respiratorie, l'infezione da nuovo coronavirus può procurare sintomi lievi come mal di gola, tosse e febbre, raffreddore, oppure sintomi più severi quali polmonite e difficoltà respiratorie. Le persone più suscettibili alle forme gravi sono gli anziani e quelle con malattie preesistenti, come il diabete e malattie cardiache.

Certamente sono necessarie maggiori informazioni per meglio comprendere le modalità di trasmissione e le manifestazioni cliniche di questo nuovo virus, comunque è stata ormai dimostrata la possibilità di trasmissione da persona a persona sia in Cina sia in altri paesi.

Attualmente il nuovo coronavirus sta circolando in Cina dove è segnalato il maggior numero di contagi. Negli altri paesi la maggioranza dei casi riportati, appartiene a chi ha effettuato recentemente un viaggio in Cina.

La fonte di questo nuovo virus non è ancora nota, quindi, sarebbe prudente ridurre il rischio generale di infezioni respiratorie acute durante i viaggi verso o dalle aree colpite.

Ad oggi, i coronavirus che hanno dimostrato di essere in grado di infettare l'uomo sono:

- Coronavirus umani comuni, HCoV- »

OC43 e HCoV-HKU1 (Betacoronavirus) e HCoV-229E e HCoV-NL63 (Alphacoronavirus), possono causare raffreddori comuni ma anche gravi infezioni del tratto respiratorio inferiore.

- Coronavirus umani (Betacoronavirus): SARS-CoV, MERS-CoV e 2019-nCoV.

Il nuovo coronavirus (nCoV) è un nuovo ceppo di virus che non è mai stato precedentemente identificato nella specie umana. In particolare quello denominato 2019-nCoV, non è mai stato identificato prima di essere segnalato, a Wuhan in Cina, nel dicembre 2019.

La cosa certa è che alcuni coronavirus possono essere trasmessi da persona a persona, generalmente dopo un contatto stretto con un paziente infetto (ad esempio tra familiari o in ambiente sanitario). Il nuovo coronavirus, infatti, è un virus respiratorio che si diffonde principalmente attraverso il contatto stretto con una persona malata.

La via primaria è rappresentata dalle goccioline del respiro delle persone infette ad esempio tramite la saliva, tossendo e/o starnutendo, contatti diretti personali, le mani (ad esempio toccando con le mani contaminate, non ancora lavate, bocca, naso o occhi).

In casi rari il contagio può avvenire attraverso contaminazione fecale.

Normalmente le malattie respiratorie non si trasmettono con gli alimenti, che comunque devono essere manipolati rispettando le buone pratiche igieniche ed evitando il contatto fra alimenti crudi e cotti.

Il nuovo coronavirus è, quindi, un virus respiratorio che si diffonde principalmente attraverso il contatto con le goccioline del respiro delle persone infette, ad esempio quando starnutiscono o tossiscono o si soffiano il naso.

È importante perciò che le persone ammalate applichino misure di igiene quali starnutire o tossire in un fazzoletto o con il gomito flesso e gettare i fazzoletti utilizzati in un cestino chiuso immediatamente dopo l'uso e lavare le mani frequentemente con acqua e sapone o usando soluzioni alcoliche.

In base ai dati finora disponibili, le persone sintomatiche sono la causa più frequente di diffusione del virus.

Il periodo di incubazione (il periodo di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici) varia fra 2 e 11 giorni, fino ad un massimo di 14 giorni.

Tra i principali consigli da adottare si evidenziano i seguenti:

- Lavarsi spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni a base di alcol per eliminare il virus dalle mani;
- Mantenere una certa distanza (almeno 1 metro) da altre persone, in particolare quando tossiscono o starnutiscono o se hanno la febbre, poichè il virus, presente nelle goccioline di saliva, può essere trasmesso col respiro a distanza ravvicinata;
- Evitare di toccare occhi, naso e bocca, perché le mani possono toccare superfici contaminate dal virus.
- Le malattie respiratorie, normalmente, non si tramettono con gli alimenti, che comunque devono essere manipolati rispettando sempre le buone pratiche igieniche e inoltre evitare il contatto fra alimenti crudi e cotti.

Al momento, l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di indossare una mascherina solo se si ha il sospetto di aver contratto il nuovo coronavirus e comunque in presenza di sintomi quali tosse o starnuti, nonchè di posticipare i viaggi non necessari in aree a rischio della Cina.

Tutto ciò sta creando specie nella popolazione cinese una psicosi non indifferente, al punto da portare ad uccidere cani ed altri animali in strada, perchè ritenuti erroneamente fonte di contagio.

Per non parlare poi della crisi dei mercati cinesi, sempre più in ribasso gravando in questo modo sull'impatto dell'intera economia mondiale.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/aggiornamenti
2. https://www.units.it/news/15-domande-e-risposte-sul-coronavirus
3. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/identify-assess-flowchart.html

COVID-19 E PRATICHE DI PREVENZIONE

Gianna PALMISANO

Michele FIGHERA

L'Organizzazione mondiale della sanità ha comunicato l'11 febbraio 2020, un nome ufficiale per la malattia che sta causando l'attuale focolaio della malattia di coronavirus, COVID-19. Per l'infezione 2019-nCoV, non esiste un trattamento antivirale specifico raccomandato. Le persone infette da 2019-nCoV devono ricevere cure di supporto per alleviare i sintomi. Per i casi più gravi, il trattamento include cure a supporto delle funzioni vitali degli organi.

Ogni persona che pensa di essere stata esposta al "2019-nCoV" deve contattare il proprio medico, immediatamente.

Al momento non esiste un vaccino per prevenire l'infezione da COVID-19.

Il modo migliore per prevenire l'infezione è evitare di essere esposti a questo virus.

A tal proposito, il CDC raccomanda una serie di azioni preventive quotidiane, che possono aiutare a prevenire la diffusione di diversi virus respiratori, tra cui:

- Evitare contatti ravvicinati con persone che sono malate;
- Evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani non lavate;
- Restare a casa in caso di malattia;
- In caso di colpi di tosse o di starnuti utilizzare un fazzoletto monouso;
- Pulire e disinfettare oggetti e superfici frequentemente toccati utilizzando un normale spray per la pulizia domestica e un panno.

Seguire i consigli di CDC per l'utilizzo della maschera facciale:

- Il CDC non raccomanda, a qualunque persona, l'uso di una maschera facciale o di respiratori per proteggersi dai virus respiratori, incluso il COVID-19;
- La maschera facciale deve essere utilizzata da persone che mostrano sintomi del coronavirus 2019, al fine di proteggere gli altri dal rischio di infezione.
- L'uso di maschere facciali è cruciale anche per gli operatori sanitari e le persone che si prendono cura di qualcuno con sintomatologia specifica e che sono in ambienti vicini (come assisterli a casa o in una struttura sanitaria);
- Lavarsi spesso le mani con acqua e sapone per almeno 20 secondi, soprattutto dopo essere andato in bagno, prima di mangiare, dopo essersi soffiato il naso, dopo colpi di tosse o starnuti: se il sapone e l'acqua non sono prontamente disponibili, utilizzare un disinfettante per le mani a base di alcool con almeno il 60% di alcol. Comunque, lavarsi sempre le mani con acqua e sapone se le mani sono visibilmente sporche.

»

Il personale sanitario, quando si prende cura dei pazienti, deve proteggersi aderendo alle pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni, che includono l'uso appropriato di controlli tecnici e dispositivi di protezione individuale (DPI). L'uso di DPI è solo un aspetto dell'assistenza sicura dei pazienti con COVID-19.
In commercio sono disponibili diversi tipi di maschere: le mascherine igieniche, le mascherine chirurgiche e i respiratori.
La mascherina igienica serve unicamente a proteggere il prodotto o l'alimento che si sta lavorando, non serve a proteggere le vie respiratorie.
Questo tipo di mascherina non offre alcun tipo di protezione in quanto si lascia facilmente attraversare dalle goccioline di saliva e dalle secrezioni respiratorie. È riconoscibile dall'assenza del marchio CE e riporta ben chiara la notazione che non svolge alcuna funzione di protezione delle vie respiratorie.
La mascherina chirurgica è utilizzata in particolare in ambiente ospedaliero, e serve a evitare che la persona che la indossa contamini l'ambiente (e quindi i soggetti con cui viene a contatto).
Può essere di 4 tipi: I, IR, II e IIR. Quelle di tipo II (tre strati) e IIR (quattro strati) offrono una maggiore efficienza di filtrazione batterica (≥ 98%), inoltre la IIR è resistente anche agli spruzzi.
L'uso della mascherina non garantisce una valida difesa contro il virus dell'influenza, in quanto non offre una sicura protezione

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE BARI

E' convocata l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bari, ai sensi di legge, con all'ordine del giorno:

1) Relazione del presidente
2) Conto consuntivo 2019
3) Bilancio di previsione 2020

L'Assemblea è convocata presso la sede dell'OPI di Bari sita in Viale Salandra 1/L, in prima convocazione alle ore 19.00 del 27/03/2020 ed in **seconda convocazione presso la sede dell'OPI di Bari sita in Viale Salandra 1/L alle ore 10,00 del 4/04/2020**. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il facsimile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede dell'Ordine.

Il Presidente *Saverio Andreula*

DELEGA PER L'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI BARI

IL SOTTOSCRITTO_____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL _____

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2020

DATA _____ FIRMA _____

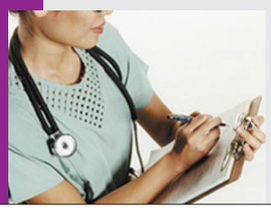
alla penetrazione di polveri ed aerosol, ma presenta comunque alcuni vantaggi: riduce il rischio di contagio se indossata dalla persona malata, in quanto limita il numero di microorganismi immessi nell'ambiente (es. con uno starnuto) e, può protegge, in alcuni casi, la persona sana da schizzi di liquidi infetti.
Questo tipo di maschera è riconoscibile per la presenza sulla confezione della marcatura CE e dall'indicazione del tipo (II o IIR). Dopo 2 -3 ore di uso, le mascherine vanno sostituite in quanto, inumidendosi, perdono di efficacia. L'uso di mascherine di tipo II e IIR è raccomandato per le persone affette dal virus (quando sono a contatto con altre persone ad esempio nel tram, nella sala d'aspetto di un ambulatorio, ecc.).
L'impiego di mascherine chirurgiche, da parte della popolazione sana, è opportuno, per coloro che si prendono cura dei malati (familiari, personale sanitario).
Non è dimostrato invece che l'uso della mascherina chirurgica da parte delle persone sane nelle loro normali attività quotidiane, riduca la trasmissione del virus dell'influenza. Il respiratore è l'unica maschera a garantire, se dotata di particolari filtri, la protezione delle vie respiratorie dal virus dell'influenza.
Particolarmente adatti sono i facciali filtranti antipolvere.
Questo tipo di respiratore a filtro è costituito interamente o prevalentemente di materiale filtrante attraverso il quale passa l'aria inspirata; il respiratore copre almeno il naso e la bocca. L'aria espirata può essere scaricata attraverso lo stesso materiale filtrante o attraverso una valvola di espirazione. Alcuni tipi, per migliorare l'adattamento del volto, ricorrono ad un adattatore attorno al naso (monouso). L'utilizzatore deve modellare lo stringinaso prima dell'uso.
I facciali filtranti vengono classificati in:

- FF P1 facciale filtrante con bassa separazione contro le particelle solide (efficienza filtrante minima 78%);
- FF P2 facciale filtrante con media separazione contro le particelle solide e liquide (efficienza filtrante minima 92%);
- FF P3 facciale filtrante con alta separazione contro le particelle solide e liquide (efficienza filtrante minima 98%).

Contro l'influenza sono indicati solo i facciali di tipo FF P2, FF P3 o N95 (classificazione americana).
Accanto alla classificazione (FFP2 e FFP3), a secondo della protezione che offrono, sono marcati con S (contro aerosol solidi e contro aerosol liquidi a base acquosa) o SL (contro aerosol solidi e liquidi). Inoltre potremo trovare anche la marcatura C (se è stata effettuata la prova di intasamento con polvere di carbone) o D (se è stata effettuata la prova con polvere di dolomite).
La maschera di protezione delle vie respiratorie contro il virus dell'influenza è riconoscibile per la presenza sul respiratore della marcatura CE EN 149, e dalla classificazione FFP2 o FFP3.
Questo tipo di maschera va sostituita dopo 8 ore di uso. L'efficacia della maschera è legata soprattutto ad una buona tenuta sul volto, per questo va indossata in assenza di barba e baffi, e all'attuazione di altre misure quali il lavaggio delle mani, il corretto indossamento e rimozione, la corretta eliminazione dopo l'uso.
Tuttavia, vista la difficoltà di impiego (è richiesta una perfetta aderenza al viso), il basso confort che offrono, la non facile reperibilità, e che possono risultare pericolose per le persone con difficoltà respiratorie, sono da preferire le mascherine chirurgiche, lasciando l'uso delle maschere (respiratori) ai soli operatori del ramo sanitario. Un uso scorretto può aumentare il rischio di trasmissione piuttosto che ridurlo.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/healthcare-supply-ppe.html
2. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/aggiornamenti
3. https://www.units.it/news/15-domande-e-risposte-sul-coronavirus
4. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/identify-assess-flowchart.html
5. http://www.sicurezzainnanzitutto.it/efficacia-protettiva-maschere-contro-virus/



INFEZIONI DA COVID-19: RACCOMANDAZIONI

Domenico CIMARUSTI

Il coronavirus COVID-19 si contrae per via aerea attraverso il contatto stretto con un soggetto infettato da questo virus che viene emesso nell'ambiente fondamentalmente attraverso la tosse e gli starnuti. Detto coronavirus (2019-nCoV) è stato rilevato anche nelle feci di pazienti infetti ma ad oggi non vi è evidenza di trasmissione per via oro-fecale. In considerazione dell'attuale situazione derivante dal 2019-nCoV e della disponibilità di DPI, il CDC ha evidenziato alcune raccomandazioni specifiche, in tema di misure precauzionali (attività di prevenzione e protezione) ed in particolar modo i pazienti con infezione da 2019-nCoV, confermata o possibile, devono indossare una maschera facciale durante la valutazione medica mentre il personale sanitario deve attenersi alle precauzioni standard compreso l'uso di protezioni per gli occhi (occhiali protettivi o visiera) quando si prendono cura di pazienti con infezione 2019-nCoV. Queste precauzioni includono l'uso di DPI, camici, guanti, protezione per gli occhi, ecc. Attualmente il CDC NON raccomanda l'uso di maschere facciali per uso pubblico, piuttosto, raccomanda di seguire le azioni preventive quotidiane, come lavarsi le mani, in caso di presenza di colpi di tosse coprire con un fazzoletto monouso la bocca e rimanere a casa quando si è malati. Per la valutazione di pazienti che potrebbero essere malati o che potrebbero essere stati esposti al Coronavirus (2019-nCoV) necessario accertare se negli ultimi 14 giorni dalla prima insorgenza dei sintomi c'è stato un viaggio in Cina o contatto con una persona che aveva la malattia 2019-nCoV; se la persona ha febbre o sintomi di malattie dell'apparato respiratorio. Se sono presenti sia esposizione che malattia è necessario l'isolamento del paziente e far utilizzare la maschera facciale al paziente; indossare dispositivi di protezione individuale adeguati; valutare lo stato clinico (la febbre è presente?; è presente la tosse?; ha difficoltà a respirare?).

Indispensabili seguire alcune Raccomandazioni.

A) Istruzione, Formazione e Addestramento

- Fornire istruzione e formazione specifiche per mansioni o compiti sulla prevenzione della trasmissione di agenti infettivi associati all'assistenza sanitaria durante la permanenza in una struttura sanitaria.
- Rivolgersi a tutto il personale sanitario per l'istruzione e la formazione (medici, infermieri, tecnici clinici, personale di laboratorio, operatori addetti alle attività di sanificazione, di lavanderia, manutentori, studenti, volontari).
- Sviluppare un sistema per garantire che il personale sanitario impiegato da agenzie esterne soddisfi questi requisiti di istruzione e formazione attraverso programmi offerti dalle agenzie o partecipando al programma della struttura sanitaria progettato per il personale a tempo pieno.
- Includere, nei programmi di istruzione e formazione, informazioni sull'uso dei vaccini come misura aggiuntiva di controllo

delle infezioni.
- Fornire materiale didattico per pazienti e visitatori sull'igiene delle mani raccomandata e sulle pratiche di igiene respiratoria, sulla tosse e sull'applicazione delle precauzioni basate sulla trasmissione.

B) Responsabilità amministrative
- Sviluppare e attuare politiche e procedure per limitare la visita dei pazienti da parte di persone con segni o sintomi di un'infezione trasmissibile. Effettuare lo screening dei visitatori nelle aree di cura del paziente ad alto rischio (ad es. unità oncologiche, unità di trapianto di cellule staminali ematopoietiche, unità di terapia intensiva, altri pazienti gravemente immunocompromessi) per possibili infezioni.
- Sviluppare e implementare sistemi per la diagnosi precoce e la gestione di persone potenzialmente infette nei punti iniziali dell'incontro del paziente in contesti ambulatoriali (ad es. aree di triage, emergenza reparti, cliniche ambulatoriali, studi medici) e al momento del ricovero in ospedale e strutture di assistenza a lungo termine.

C) Precauzioni standard per l'igiene delle mani

Quando le mani sono visibilmente sporche, contaminate da sangue o fluidi corporei, lavarsi le mani con acqua e sapone non antimicrobico o acqua e sapone antimicrobico. Se le mani non sono visibilmente sporche o dopo aver rimosso il materiale visibile con acqua e sapone non antimicrobico, effettuare la decontaminazione delle mani con uno sfregamento a base di alcol. In alternativa, le mani possono essere lavate con un sapone antimicrobico e acqua. L'uso frequente di strofinare le mani a base di alcol immediatamente dopo il lavaggio delle mani con sapone non antimicrobico può aumentare la frequenza della dermatite.

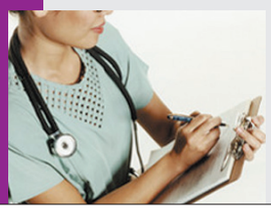
Eseguire l'igiene delle mani nelle seguenti situazioni cliniche:
- Prima di avere un contatto diretto con i pazienti;
- In seguito a contatto con sangue, fluidi corporei o escrezioni, mucose, cute non intatta o medicazioni per ferite;
- Dopo il contatto con la pelle intatta di un paziente (ad esempio, quando si prende un polso o la pressione sanguigna o si solleva un paziente);
- Se le mani si sposteranno da un sito contaminato a un sito pulito durante la cura del paziente;
- Dopo il contatto con oggetti inanimati (comprese le attrezzature mediche) nelle immediate vicinanze del paziente;
- Dopo aver rimosso i guanti;
- Non indossare unghie artificiali o estensori se le funzioni includono il contatto diretto con pazienti ad alto rischio di infezione e risultati avversi associati (ad esempio, quelli in terapia intensiva o sale operatorie).

D) Precauzioni standard per i dispositivi di protezione individuale
- Indossare DPI quando la natura dell'interazione con il paziente indica che può verificarsi un contatto con sangue o fluidi corporei;
- Prevenire la contaminazione di indumenti e della cute durante il processo di rimozione dei DPI;
- Prima di lasciare la stanza del paziente, rimuovere ed eliminare i DPI;
- Indossare i guanti quando si può ragionevolmente prevedere che potrebbero verificarsi contatti con sangue o altri materiali potenzialmente infettivi, mucose, cute non intatta o cute intatta potenzialmente contaminata;
- Rimuovere i guanti dopo il contatto con un paziente e/o l'ambiente circostante (comprese le attrezzature mediche) usando una tecnica adeguata per prevenire la contaminazione delle mani. Non indossare lo stesso paio di guanti per la cura di più di un paziente;
- Non lavare i guanti ai fini del riutilizzo poiché questa pratica è stata associata alla trasmissione di agenti patogeni;
- Sostituire i guanti durante la cura del paziente se le mani si sposteranno da un sito contaminato (ad es. area perineale) a un sito pulito (ad es. viso);
- Utilizzare i DPI per proteggere le mucose degli occhi, del naso e della bocca durante le procedure e le attività di cura del paziente che possono generare schizzi o spruzzi di sangue, fluidi corporei, secrezioni ed escrezioni;
- Selezionare maschere, occhiali, visiere e combinazioni di ciascuno in base alle esigenze previste dall'attività eseguita.

E) Igiene respiratoria

Pubblicare segnali agli ingressi e in luoghi strategici (ad es. ascensori, mense) all'interno di ambienti ambulatoriali e ospedalieri con istruzioni per pazienti e altre persone con sintomi di infezione respiratoria a coprire la bocca / il naso quando tossiscono

»



o starnutiscono, usare e gettare i fazzolettini monouso, ed eseguire l'igiene delle mani dopo che le mani sono state in contatto con le secrezioni respiratorie.
Rendere disponibili fazzolettini e recipienti senza contatto (ad es. coperchio a pedale o cestello per rifiuti aperto, rivestito in plastica) per lo smaltimento dei fazzoletti.
Fornire dispositivi e istruzioni per eseguire l'igiene delle mani in o vicino alle aree di attesa in ambienti ambulatoriali e ospedalieri;.
Fornire distributori di detersivi per le mani a base di alcol in una posizione comoda e, dove sono disponibili lavelli, prodotti per il lavaggio delle mani.

F) Posizionamento del paziente

- Collocare i pazienti che presentano un rischio di trasmissione ad altri (ad es. Secrezioni non contenute, escrezioni o drenaggio della ferita; bambini con sospetta infezione respiratoria o gastrointestinale virale) in una stanza per un solo paziente quando disponibile.

G) Apparecchiature e dispositivi per la cura del paziente

- Stabilire politiche e procedure per contenere, trasportare e maneggiare apparecchiature e strumenti / dispositivi per la cura dei pazienti che potrebbero essere contaminati da sangue o fluidi corporei.
- Rimuovere il materiale organico da strumenti / dispositivi critici e semi-critici, utilizzando i detergenti raccomandati prima della disinfezione e della sterilizzazione di alto livello per consentire efficaci processi di disinfezione e sterilizzazione.
- Indossare DPI (ad es. Guanti, camice), in base al livello di contaminazione prevista, quando si maneggiano attrezzature e strumenti / dispositivi per la cura del paziente che sono visibilmente sporchi o che potrebbero essere stati in contatto con sangue o fluidi corporei.

H) Cura dell'ambiente

Stabilire politiche e procedure per la pulizia ordinaria e mirata delle superfici ambientali, come indicato dal livello di contatto del paziente e dal grado di sporco. Pulire e disinfettare le superfici che potrebbero essere contaminate da agenti patogeni, compresi quelli che si trovano nelle immediate vicinanze del paziente (ad es. tavoli sopra il letto) e superfici toccate frequentemente nell'ambiente di cura del paziente (ad es. pomelli delle porte, superfici nelle toilette circostanti e nelle stanze dei pazienti) con un programma più frequente rispetto a quello di altre superfici (ad es. superfici orizzontali nelle sale d'attesa). Utilizzare disinfettanti che svolgono attività microbiocida contro i patogeni che hanno maggiori probabilità di contaminare l'ambiente di cura del paziente. Utilizzare secondo le istruzioni del produttore.
Nelle strutture che forniscono assistenza sanitaria ai pazienti pediatrici o che hanno aree di attesa con giochi per bambini (ad es. uffici e cliniche ostetriche / ginecologiche), stabilire politiche e procedure per la pulizia e la disinfezione dei giocattoli a intervalli regolari. Utilizzare i seguenti principi nello sviluppo di questa politica e procedure:

- Selezionare giochi che possono essere facilmente puliti e disinfettati;
- Non consentire l'uso di giocattoli pelosi imbottiti se saranno condivisi;
- Pulire e disinfettare i giocattoli fissi di grandi dimensioni (ad es. attrezzatura da arrampicata) almeno settimanalmente e ogni volta che sono visibilmente sporchi;
- Se è probabile che i giocattoli vengano a contatto con la bocca, sciacquare con acqua dopo la disinfezione; in alternativa lavare in lavastoviglie.

Quando un giocattolo richiede pulizia e disinfezione, farlo immediatamente o riporlo in un contenitore etichettato designato separato dai giocattoli che sono puliti e pronti per l'uso.

I) Manipolazione di tessuti e biancheria

Maneggiare tessuti e tessuti usati con il minimo movimento per evitare la contaminazione di aria, superfici e persone.
Se si utilizzano scivoli per biancheria, assicurarsi che siano progettati, mantenuti e utilizzati in modo adeguato per ridurre al minimo la dispersione di aerosol dalla biancheria contaminata.

BIBLIOGRAFIA/SITROGRAFIA

1. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/healthcare-supply-ppe.html
2. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/aggiornamenti
3. https://www.units.it/news/15-domande-e-risposte-sul-coronavirus
4. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/identify-assess-flowchart.html
5. http://www.sicurezzainnanzitutto.it/efficacia-protettiva-maschere-contro-virus/

LA NON INVASIVE VENTILATION (NIV)

Assistenza infermieristica di "qualita"

Claudia CARELLA

Il concetto di ventilazione meccanica non invasiva, la Non Invasive Ventilation (NIV) si riferisce alla capacità di fornire un supporto ventilatorio attraverso le vie aeree superiori del paziente, utilizzando maschere o altri devices. La tecnica si distingue da quelle che bypassano le vie aeree, attraverso il posizionamento di un tubo tracheale, maschera laringea, o tracheotomia e che pertanto, sono considerate invasive. Una prima tappa è la considerazione degli elementi utili a determinare la qualità dell'assistenza infermieristica:

• *Aspetti oggettivi e soggettivi:* la misurazione della qualità dell'assistenza infermieristica non è dipendente solo dal tipo di prestazione infermieristica erogata, dalla modalità di pianificazione, dall'erogazione e valutazione della prestazione infermieristica, dai costi e dalle ricadute della medesima in termini di risultato per chi la riceve, ma anche dal vissuto di chi è chiamato ad esprimere un giudizio; vissuto influenzato dalle preferenze e dalle opinioni della persona coinvolta.

• *I destinatari delle prestazioni:* ciascun individuo percepisce differentemente una stessa prestazione infermieristica in quanto nella sua valutazione intervengono elementi di natura psicologica e socio-culturale.

• *Chi definisce la qualità:* il punto di vista di coloro (infermieri, utenti) che a diverso titolo intervengono nella valutazione del processo di assistenza infermieristica;

• *In quale contesto:* la qualità è legata alla contingenza delle situazioni, per questo, mutevole nel tempo, in relazione ai cambiamenti socioculturali della popolazione, all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, alla disponibilità di tecnologie e alla qualità di risorse assegnate.

Alla luce di quanto finora affermato, la più opportuna definizione di qualità appare la seguente: la qualità dell'assistenza infermieristica è la capacità della medesima di integrarsi nel processo di cura migliorando lo stato di salute della popolazione di riferimento, attraverso il soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica delle persone assistite, tenendo conto degli elementi di natura biofisica ma anche psicologica e socio-culturale, in quanto caratteristiche individuali, nei limiti concessi dalle conoscenze, dalle tecnologie e dalle risorse disponibili. La stretta collaborazione medico-infermiere, l'identificazione precoce di segni e sintomi e il riconoscimento dell'evoluzione dello stato clinico del paziente contribuiscono a migliorare la qualità dell'assistenza erogata. L'infermiere di malattie apparato respiratorio "responsabile" deve sapere riconoscere i segni fondamentali di peggioramento di un'Insufficienza Respiratoria Acuta (IRA), conoscere il funzionamento, l'utilizzo e i possibili inconvenienti dei dispositivi per la NIV e avere la capacità di

»

interpretare i dati rilevati dal monitoraggio oltre che essere in grado di agire in modo adeguato in caso di fallimento. La NIV è un sistema ventilatorio di natura meccanica a pressione positiva che si sostituisce all'utente nelle varie fasi degli atti respiratori; in questo modo, all'inizio dello sforzo respiratorio spontaneo da parte del paziente, il ventilatore fornisce un supporto di pressione positiva costante, pertanto l'unico sforzo respiratorio compiuto dal paziente consiste in quello necessario per innescare il trigger della macchina. Di conseguenza, è il paziente a stabilire sia la frequenza respiratoria sia l'inizio della fase inspiratoria e di quella espiratoria.
Le interfacce fungono da collegamento tra il paziente e il ventilatore. Esistono vari tipi di interfaccia, quelli considerati in questo elaborato sono la maschera oro-nasale, la maschera total face e il casco, a seconda delle esigenze e della tollerabilità. Il paziente può richiedere assistenza anche per le attività più semplici. Senza un adeguato intervento assistenziale, il processo di adattamento potrebbe essere compromesso e comportare l'insorgere di ulteriori problemi fisici. Durante l'ospedalizzazione il paziente che entra in relazione con l'infermiere, ha l'opportunità di esternare le proprie paure e le proprie ansie riducendo cosi il livello di stress. Il coinvolgimento del paziente ha un duplice obiettivo: rispettare le sue esigenze e renderlo attivo nella collaborazione alle varie attività. La compliance del paziente è legata anche al problema psicologico, che è assai importante, poiché non possono essere effettuate la curarizzazione o la sedazione profonda. Il paziente, infatti, parte attiva e non passiva del trattamento ed è pertanto importante spiegargli la tecnica prima di cominciare la ventilazione. L'infermiere ha un ruolo fondamentale nella gestione della Non Invasive Ventilation, soprattutto nella fase del riconoscimento precoce di eventuali compromissioni degli scambi gassosi. La Non Invasive Ventilation (NIV) o NPPV (Non Invasive Positive Pressure Ventilation) garantisce un supporto ventilatorio meccanico a pressione positiva che si avvale di diverse strategie ventilatorie. L'efficacia della NIV dipende dalle competenze del personale infermieristico ben formato all'impiego di queste tecniche ventilatorie e con una basata esperienza in relazione a questa tipologia di pazienti. Riduce l'intubazione oro tracheale e la necessità della tracheotomia, se correttamente applicata. La ventilazione meccanica non invasiva assicura, un grado di efficacia simile a quello della ventilazione invasiva, ma ha lo scopo di evitare le complicazioni legate all'impiego di quest'ultima. Si parla pertanto di efficacia attesa e di efficacia pratica:
Efficacia attesa: la capacità potenziale di un risultato di assistenza infermieristica- raggiunto in condizioni ottimali - di soddisfare uno specifico bisogno di assistenza infermieristica della persona;
Efficacia pratica: i risultati, in termini di soddisfazione del bisogno di assistenza infermieristica conseguente all'erogazione dell'assistenza infermieristica pianificata.
In altre parole operativamente ciò equivale a ottenere risultati in termini di soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica considerati, definiti e conseguiti secondo le migliori prove di efficacia disponibili e nelle condizioni ottimali.
Un altro importante vantaggio è rappresentato dalla possibilità di evitare al paziente il No-comfort del tubo endotracheale, ed alcune tipologie di rischi come ad esempio l'aumentata incidenza di polmonite ventilatore associata (VAP), il prolungamento della permanenza in Terapia Intensiva o l'incremento della mortalità intraospedaliera.
Tra gli svantaggi della NIV, invece, possiamo evidenziare il disagio che causa l'interfaccia (alcune maschere mal posizionate o lasciate in sede troppo a lungo possono creare lesioni) o la possibilità che il supporto ventilatorio non sia sufficiente a raggiungere un risultato adeguato. Le principali cause della scarsa compliance dei pazienti sono dovute principalmente al discomfort causato dalle interfacce. Tra le modalità ventilatorie quelle che più di tutte si sono affermate per l'utilizzo non invasivo sono la Pressione positiva Continua delle vie Aeree (C-PAP) e la Ventilazione a Supporto di Pressione (PSV) eventualmente associata ad applicazione di una Pressione Positiva di fine Espirazione Esterna (PEEP).
La C-PAP consiste nell'erogazione di una pressione positiva costante durante il ciclo respiratorio, mentre la PSV consiste nell'erogazione di una pressione superiore a quella di fine espirazione, che viene sele-

zionata dall'operatore al fine di supportare i muscoli del paziente durante l'inspirazione. La gestione infermieristica della NIV in taluni casi risulta molto complessa in quanto si assiste frequentemente ad una marcata riduzione del grado di collaborazione del paziente conseguente proprio allo squilibrio dei gas nel sangue (ad es. aumento della pCO2) per cui l'infermiere deve stare a stretto contatto con il paziente al fine di garantire l'efficacia del trattamento. L'atteggiamento e l'approccio dell'infermiere determina l'atteggiamento, il livello di motivazione e la volontà di collaborazione del paziente. Un'intervento di fondamentale importanza è la comunicazione tra infermieri e pazienti, che comprende la trasmissione di informazioni riguardo alla NIV al paziente da parte dell'infermiere e la capacità di quest'ultimo di coinvolgere l'assistito nel processo terapeutico rendendolo parte attiva. La corretta adesione della maschera al viso è condizione indispensabile per evitare dispersioni di ossigeno e, di conseguenza, per il buon risultato del trattamento. Per fare questo, l'infermiere fissa la maschera con apposite cinghie adattandola alla morfologia del viso di ogni paziente. In questo istante l'infermiere, in collaborazione con il medico, provvede alla somministrazione di una sedazione che contribuirà all'adattamento del paziente al sistema.
Il monitoraggio deve essere continuo. L'Emogasanalisi (EGA) dovrebbe essere eseguita dopo 1-2 ore di NIV e dopo 4-6 ore se la prima mostra solo lievi miglioramenti. L'emogasanalisi, l'esame che prevede l'utilizzo di un campione di sangue prelevato direttamente da un'arteria, misura direttamente la pressione parziale dell'ossigeno, di anidride carbonica e di ph. Qualora non si verificassero dei miglioramenti significativi entro questo range temporale, si procederebbe a valutare la possibilità di una ventilazione invasiva. La competenza, pertanto, come efficacia attesa ed efficacia pratica, si colloca sull'asse dello stato funzionale e su quello della condizione clinico-assistenziale.
La competenza esprime il livello di applicazione in tutte le fasi del processo di assistenza infermieristica delle conoscenze scientifiche, delle risorse tecnologiche disponibili e delle capacità specifiche.
Quindi competenza significa garantire sistematicamente nella pratica quotidiana la best practice nella soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Porre al centro del sistema la persona assistita significa avere come fine ultimo la sua soddisfazione. La soddisfazione della persona diventa priorità di qualsiasi azienda che ne condivida e applichi i principi. Il processo di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica (VQAI) si differenzia dal processo di nursing perché mentre quest'ultimo ha come fine ultimo quello di fornire un'assistenza individualizzata, la VQAI serve a migliorare continuamente il livello delle prestazioni dell'assistenza infermieristica. La valutazione della qualità diventa cosi uno strumento per migliorare la propria professionalità perché solo il professionista che misura e confronta i risultati della propria pratica con quelli attesi è in grado di riscontrare eventuali differenze identificandone le cause e ponendo le misure di miglioramento.

BIBLIOGRAFIA

1. La qualità nell'assistenza infermieristica. Chantal Moiset e Marina Vanzetta. McGraw-Hill.
2. Terapia Intensiva.Richard S. Irwin. Antonio Delfino.
3. BTS guideline Non invasive ventilation in acute respiratory failure. Thorax 2002; 57:192-211.
4. 1 ESC Guidelines on acute heart failure.European Heart Journal 2005;26:384-416
5. 2 La qualità nell'assistenza infermieristica. Chantal Moiset e Marina Vanzetta. McGraw-Hill.
6. 3 Nursing clinico. Tecniche e procedure di Kozier.
7. 4 HILL N.S. Initiation of noninvasive positive pressure ventilation.solunum 2002; 4; sup2.
8. 5 Manuale delle procedure infermieristiche, S.Agosta, R.Signani, L.Casadio.
9. 6 Bonoldi A., Grugnetti A.M., il miglioramento continuo della qualità assistenziale, "Nursing oggi", .1, 1996.

Filodiretto

a cura di
Loredana
CAPPELLI

CORSI E CONVEGNI

10 ANNI DI PARKINSON PUGLIA! L'ASSOCIAZIONE PAZIENTI COME VOLANO DI SVILUPPO CIVICO
Bari, 21/03/2020
Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it

LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA. GIORNATE FORMATIVE INTERATTIVE 2020
Bari, dal 25/03/2020 al 03/04/2020
Centro PMA - Ospedale Santa Maria
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it

PROGETTO TIBERINO- TERAPIE E BUONA GESTIONE DELLA CIRROSI NEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI
Bari, 27/03/2020
Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 051300100
E-mail v.delgreco@planning.it

FUNZIONI ESECUTIVE, ASPETTI OGNITIVI E MOTIVAZIONALI TRA NORMALITÀ E PATOLOGIA
Bari, 28/03/2020
Palace Hotel
INFO: Tel. 3338194364
E-mail info@laborform.it

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E CARDIOLOGIA DELLO SPORT
Bari, 31/03/2020
Istituto di Medicina dello Sport
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it

FOCUS GROUP 3.0 LA GESTIONE DEL PAZIENTE COMPLESSO CON DIABETE E COMORBILITÀ
Bari, 02/04/2020
P.O. Di Venere
INFO: Tel. 0332231416
E-mail info@summeet.it

MEDIETERRANEA 13° CONGRESSO NAZIONALE DI PEDIATRIA
Bari, dal 03/04/2020 al 04/04/2020
Centro Congressi The Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 0636381573
E-mail ecm@ideacpa.com

MEDIET - CORSO AVANZATO DI NUTRIZIONE E DIETETICA PEDIATRICA
Bari, 03/04/2020
Centro Congressi The Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 0636381573
E-mail ecm@ideacpa.com

CORSO DI ARITMOLOGIA CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PM E ICD
Castellana Grotte, 03/04/2020
Semiramide Palace Hotel
INFO: Tel. 0805482005
E-mail giorgia.colapietro@intermeeting.com

APPROCCIO IN AMBITO VISCERALE I
Bari, dal 15/04/2020 al 19/04/2020
Villaggio del Fanciullo
INFO: Tel. 0995628190
E-mail corsi@qibli.it

PROGETTO DRIVE 2.0 GUIDA ALL'IMPLEMENTAZIONE DI UN PROTOCOLLO CLINICO-GESTIONALE PER OTTIMIZZAZIONE DALLA PRESA IN CARICO, FOLLOW-UP E TERAPIA...
Bari, dal 15/04/2020 al 07/10/2020
Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 0332231416
E-mail info@summeet.it

IL RUOLO DEL DIRETTORE SANITARIO NEI SISTEMI SANITARI REGIONALI
Bari, 18/04/2020
Centro Congressi ICS Maugeri
INFO: Tel. 0805043737
E-mail info@cicsud.it

CONGRESSO NAZIONALE AID KARTAGENER LA DISCINESIA CILIARE PRIMARIA
Bari, 18/04/2020
Palace Hotel
INFO: Tel. 0805043737
E-mail info@cicsud.it

L'EMATOLOGIA PEDIATRICA...TRA OSPEDALE E TERRITORIO
Bari, 18/04/2020
Centro Polifunzionale Studenti
(ex palazzo delle poste)
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it

CONGRESSO ANMCO SIC PUGLIA - BASILICATA 2020
ANMCO - ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Bari, dal 27/04/2020 al 28/04/2020
Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it