# INFERMIERE

**OPI Ferrara**
Rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara

*Periodico d'informazione Anno XXXI n. 1 - Marzo 2020*

All'interno il BOLLINO 2020

INFERMIERE
OPI Ferrara
Rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara
Ordine Professioni Infermieristiche

Periodico dell'OPI di Ferrara - anno XXXI n. 1 - marzo 2020
Direzione, Redazione, Amministrazione: via del Naviglio 33/a - Ferrara
Tel. 0532 64302 - Fax 0532 67140 - E-mail: info@ipasvife.it
Stampa: Cartografica Artigiana - via Béla Bartòk 20/22 - 44124 Ferrara
Rivista chiusa in tipografia a marzo 2020.
Poste Italiane S.p.A. - spedizione in Abbonamento Postale - DL. 353/2003
(conv. in L. 27/02 /2004 n. 46) Art. 1, comma 2, DCB Ferrara

**Direttore Responsabile**
Sandro Arnofi

**Capo Redattore**
Loredana Gamberoni

**Comitato di Redazione**
Andrea Menegatti
Valentina Michelini
Melissa Teodorini
Simone Vincenzi

**Editore**
OPI di Ferrara, Via Naviglio 33/A - 44123 Ferrara

**Note redazionali**

La rivista pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore/i, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e del Consiglio Direttivo. Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente o quando gli Autori parlano a loro nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili. Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non pubblicati non verranno restituiti. Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al" il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale. Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato all'OPI di Ferrara, Via Naviglio 33/A - 44123 Ferrara

## SOMMARIO

**EDITORIALE**

**#RISPETTA CHI TI AIUTA**
Presidente OPI Ferrara
*Sandro Arnofi* **pag. 1**

**"HIGHLIGHTS" in PRIMO PIANO DALL'ORDINE**

**Venerdì 18 ottobre 2019**
*a cura del Comitato di Redazione* **pag. 2**

***"Anche quest'anno l'OPI di Ferrara: presente alle Olimpiadi del Reno presso Cona-Quartesana***
*a cura del Comitato di Redazione* **pag. 3**

**L'OPI di Ferrara presenta il nuovo logo di Ferrara**
*a cura del Comitato di Redazione* **pag. 5**

**Volontario in Madagascar**
*a cura del Comitato di Redazione* **pag. 6**

**NORMATIVA**

**PRONTO SOCCORSO. Competenze e Responsabilità dopo le Linee Guida sul triage**
*a cura di Luca Benci* **pag. 8**

**FORMAZIONE**

**OPI FERRARA.**
**1° Concorso "Migliori Tesi di Laurea in Infermieristica"** **pag. 13**

**OPI FONDO LIBRAIO**
**COLLEGIO IPASVIFERRARA** **pag. 16**

**EVIDENCE BASED PRACTICE**

**Raccomandazioni di *best practice* per l'inserimento e la gestione di *PICC* e *Midline***
a *cura di Barillari Edoardo* **pag. 18**

**RUBRICA "UN GIORNO A CASA DI"**

**L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proclamato il 2020 anno internazionale dell'Infermiere e dell'Ostetrica**
*a cura di Loredana Gamberoni* **pag. 21**

# #RISPETTA CHI TI AIUTA

La violenza sul posto di lavoro è un problema sempre più ricorrente. I casi di esasperazione e il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario è in aumento anche nelle strutture Ferraresi. Il 30 dicembre 2018 un'infermiera è stata colpita dalla figlia di una paziente ricoverata in una degenza dell'Ospedale del Delta, accusata di non prestare le giuste attenzioni alla madre malata. Il 13 Gennaio 2019 un uomo in attesa al pronto soccorso dell'Ospedale di Cona, in preda ad una forte agitazione probabilmente dovuta all'attesa, ha gettato a terra le attrezzature della consolle spaventando gli infermieri del triage e gli utenti presenti. A settembre di nuovo un'aggressione ad un infermiere del Pronto Soccorso. A gennaio di questa anno l'iperafflusso continuo presso i Pronto Soccorsi stanno causando continue tensioni tra gli utenti e i professionisti.

Ma perché i cittadini sfogano questa aggressività sul personale che è li per aiutarli?

Le aggressioni possono essere verbali o fisiche. La violenza verbale rispetto a quella fisica si realizza più volte tuttavia gli infermieri sovente non la denunciano, tendono a trovare giustificazioni assumendosi il rischio del comportamento aggressivo come implicito alla professione. Le manifestazioni di violenza soprattutto verbale dei pazienti o dei famigliari sembrano ormai rientrare nell'ordinario e sta passando la convinzione che denunciare la violenza subita non serva a risolvere il problema.

Le aggressioni agli infermieri danneggiano tutti i cittadini. Secondo la letteratura internazionale, gli atteggiamenti aggressivi avrebbero un effetto indiretto sulla qualità delle cure prestate, in quanto gli operatori intimoriti o spaventati tendono a dedicare meno tempo ai pazienti aggressivi o lo fanno meno volentieri.

I luoghi più a rischio sono i servizi di emergenza-urgenza, il pronto soccorso, le strutture dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche, i luoghi di attesa, i servizi di medicina, i servizi di continuità assistenziale.

Dal punto di vista mediatico negli ultimi anni la visione di chi svolge un servizio pubblico non è stata

Il Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara
**Sandro Arnofi**

adeguatamente tenuta in considerazione. La cronaca di episodi di malasanità e campagna contro i dipendenti pubblici "fannulloni" che "autorizzano il pubblico a trattare male gli infermieri e la situazione socio economica del momento, accresce lo scontento generale"; l'utenza è divenuta sempre più esigente in termini di quantità e qualità delle prestazioni da erogare. Una lunga attesa può essere il motivo scatenante di una rabbia che si accende all'improvviso oppure altre volte la causa dell'aggressività è nella patologia stessa, così come per i pazienti affetti da demenza ricoverati in geriatria, psichiatria, medicine. Altre volte la causa è riconducibile all'assunzione di sostanze stupefacenti o alcolici.

È necessario affrontare queste situazioni in modo organico. Ambienti fisici più protetti, vigilanza armata presente, video sorveglianza, sistemi di allarme, corsi di difesa, personale aggiuntivo sono misure che prese da sole, non risolvono il problema, alzano muri aumentando le distanze tra infermieri e utenti. Sono necessarie misure organiche di tipo strutturale, organizzative, formative del personale e di monitoraggio degli eventi sentinella ed anche adeguate analisi delle motivazioni del fenomeno per contrastarle con modalità culturali per ristabilire un rapporto di fiducia con la popolazione che è alla base di qualunque situazione di cura e assistenza.

La formazione al personale serve a trasferire agli operatori le giuste modalità, non solo osservazionali, ma anche comunicativo-comportamentali grazie alle quali far fronte ad una possibile degenerazione in atto di violenza. Ci sono comportamenti facilmente identificabili che indicano un potenziale atteggiamento ostile ed aggressivo quali lo sguardo fisso, il tono di voce, l'ansia, il borbottio, camminare avanti e indietro; metodologie per la prevenzione e gestione delle situazioni che si possono apprendere come le tecniche di "de-escalation".

È necessario mantenere il controllo emotivo, l'attenzione verso i problemi del paziente, consentirgli di esprimersi verbalmente ma al contempo non bisogna assecondare i desideri gridati o le rivendicazioni, altrimenti si corre il rischio di generare un rinforzo gratificante dell'atteggiamento violento o minaccioso.

Bisogna imparare a stabilire la "distanza di sicurezza", entro la quale seguire lo sguardo della persona.

Non aiuta rispondere alle minacce con altre minacce, urlare o usare atteggiamenti di sfida.

Quando un episodio di violenza si verifica, bisogna individuare lo spazio e il tempo per parlarne, creare un gruppo per discutere l'evento, per condividere le percezioni, i comportamenti e i vissuti.

L'infermiere che ha subito un'aggressione non va lasciato solo.

Aggredire un infermiere significa mettere in difficoltà tutto il sistema e la garanzia della qualità dell'assistenza.

Proprio dalla consapevolezza dei rischi correlati al contesto lavorativo l'Ordine delle Professioni Infermieristiche organizzerà un corso per aumentare la **Consapevolezza, l'Ascolto, il Riconoscimento e l'Empatia** in programma per il 28 marzo 2020.

# VENERDÌ 18 OTTOBRE 2019

## a cura del Comitato di Redazione

*Barbara Mangiacavalli*
*Presidente FNOPI*

Dalle 14 alle 18.30 presso l'Aula magna CNA di Ferrara, si è tenuta la presentazione del NUOVO Codice Deontologico della Professione Infermieristica.
Con il nuovo codice deontologico si rinnova il patto coi cittadini per dare più forza ed incisività all'azione professionale degli infermieri, per la promozione di una salute più attiva e per una sanità più appropriata e sostenibile per i cittadini.
L'obietto dell'evento è stato quello di analizzare il nuovo codice deontologico e il suo contributo in un contesto, oggi, complesso ed in continua evoluzione ed in particolare si è analizzato il contesto di riferimento e i principi ispiratori e la sua articolazione.
Tra gli interrogativi, si è approfondito se si può parlare di "Effetti attesi" del nuovo Codice Deontologico nella quotidianità dell'esercizio professionale e quali sono le responsabilità dell'Ordine, delle organizzazioni e dei singoli professionisti per l'attualizzazione del Codice Deontologico?
*"Il nuovo Codice, è una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. Il Codice è per gli infermieri e degli infermieri. Li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini".*

*Barbara Mangiacavalli e Sandro Arnofi*

**Barbara Mangiacavalli**
*Presidente FNOPI*

# Anche quest'anno l'OPI di Ferrara: presente alle Olimpiadi del Reno presso Cona-Quartesana

**a cura del Comitato di Redazione**

Tutto cominciò così, un po' per gioco e un po' per scommessa. La manifestazione che viene proposta tutti gli anni vede la partecipazione di centinaia di bambini ai giochi olimpici e trascorrono con le loro famiglie 3 giornate all'aperto.

Quest'anno la manifestazione si è tenuta a Cona-Quartesana e per il secondo anno, l'Ordine degli Infermieri di Ferrara era presente con gli Infermieri e gli Studenti del Corso di Laurea per presentarsi ai bambini ai loro genitori ed ai nonni e per raccontare attraverso il gioco chi è e cosa fa l'infermiere.

Molte le iniziative:

- parlare ai cittadini della professione infermieristica;
- informare sul diabete, ipertensione, colpo di calore;
- dare opuscoli informativi sulla prevenzione e sulla sulute, con i più piccoli il "triage del pupazzo" per affrontare attraverso il giocattolo la medicazione delle piccole ferite;
- spiegare ai bambini come alimentarsi correttamente
- informare perché non bisogna fumare;
- misurare la pressione e la glicemia agli adulti.

Questa "Olimpiade dei Giovani 2019" è stata molto partecipata, allegra e vivace anche grazie alla presenza degli studenti infermieri che, al termine di questa esperienza, dicono di aver contribuito con piacere a questa iniziativa.

Stare tra le persone, far conoscere la professione e la professionalità aumentando la consapevolezza delle persone dall'interno della comunità e non solo nei contesti sanitari è la più grande vittoria! Durante queste giornate sono stati installati gli stand e preparati i gadget perché, si sa, i bambini amano i premi!

Nelle 3 giornate sono state distribuite magliette, palloni,

sacche con il logo dell'OPI e la scritta Infermiere, sono state regalate mele, succhi di frutta, piante e fiori.
La voce degli studenti: "Abbiamo conosciuto uomini, donne, anziani e bambini… ognuno di loro con un proprio stile di vita e con le proprie curiosità. Abbiamo avuto modo di discutere con molti adulti, ragazzi e bambini circa i problemi legati al fumo o alla cattiva alimentazione; abbiamo insegnato ai più piccoli come comportarsi in caso di ferite e come medicarsi… in poche parole la vera e propria prevenzione e promozione alla salute. Confidiamo che la curiosità nata in questi giorni negli occhi di quei bambini possa trasformarsi nel loro futuro lavoro."
**Si ringraziano gli studenti Corso di Laurea (CdL) in Infermieristica Università di Ferrara:**
- sede di Ferrara: Barbara Marchetti, Francesco Fioresi Alice Squarzoni ;
- sede di Pieve di Cento: Daniele Debora, Ghidini Omar, Pulvirenti Alfio, Vancini Michela, Dinardo Elena, Gallan Alice, Mondello Danilo, Mulon Vito Giosuè, Proto Ylenia, Ambrosi Manuel, Andrighetti Linda, Caporale Francesca, D'Antoni Diletta, Taddia Irene, Barrot Gladys, Capr" Dorotea, Giacobbe Valeria, Nuredini Edlira, Salcito Lucia.

# L'OPI di Ferrara presenta il nuovo logo

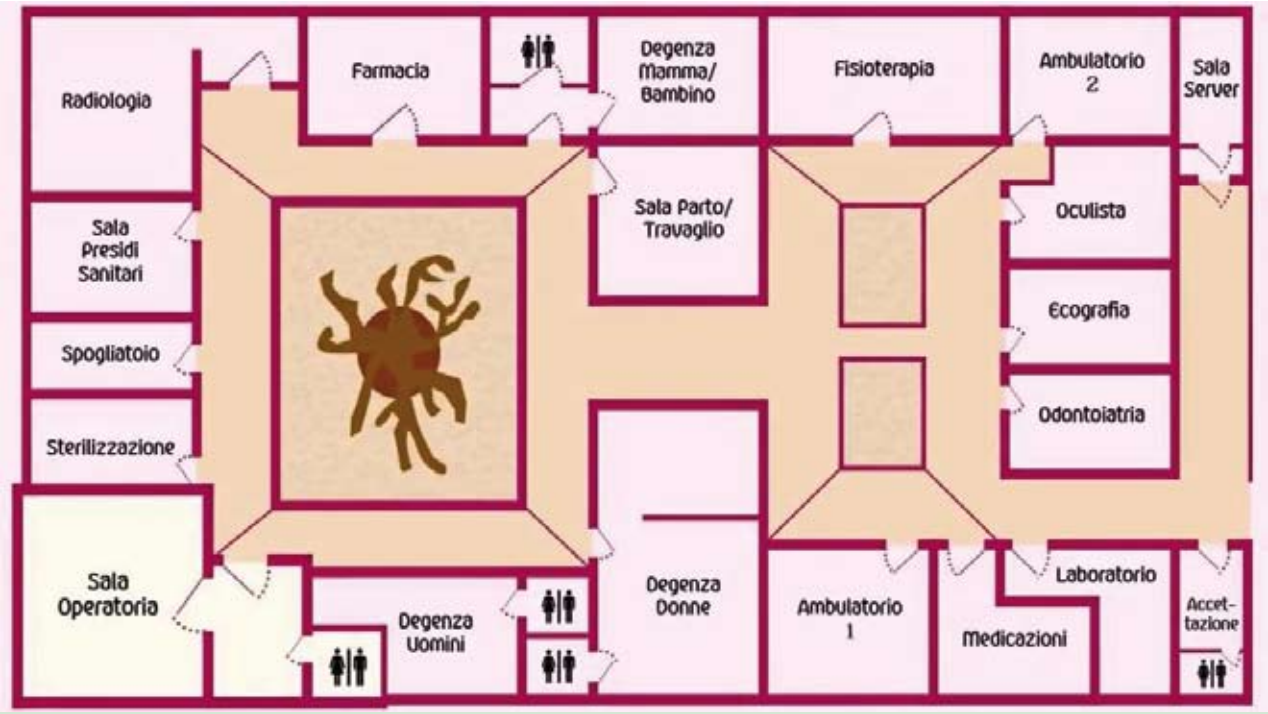
## a cura del Comitato di Redazione

**L'OPI di Ferrara presenta con il nuovo LOGO dell'OPI, le Bandiere a Vele e gli Striscioni pubblicitari Banner espositivi utilizzati nelle manifestazioni e nei convegni.**

# Volontariato in Madagascar

## a cura del Comitato di Redazione

Cari colleghi,
ci rivolgiamo ad infermieri che vogliono fare una esperienza di volontariato in Madagascar, un Paese dove la sanità è accessibile solo a chi ha la disponibilità economica per potersela permettere.
All'interno di questa realtà abbiamo fondato un ospedale che viene totalmente gestito da infermieri, medici, tecnici, terapisti e altri professionisti sanitari e logistico-organizzativi in qualità di volontari.
L'ospedale opera all'interno della rete dei servizi sanitari malgasci in stretta collaborazione con il Ministero della Sanità ed eroga gratuitamente cure e assistenza (generali, specialistiche e di emergenza) 7 giorni su 7, 24 ore su 24.
Decidere di fare una esperienza di volontariato di questo tipo significa arricchire sicuramente il proprio bagaglio professionale ma non di meno anche crescere dal punto di vista personale e umano.
Non è richiesta, anche se utile, una esperienza lavorativa in paesi in via di sviluppo e la conoscenza di una lingua.
Due volta al mese organizziamo incontri per le persone interessate a conoscerci e che desiderano avere più informazioni.
Gli avvisi delle riunioni sono pubblicati sulla home page del nostro sito:
https://www.amicidiampasilavaonlus.com/
oppure nella pagina Facebook "@amicidiampasilavaonlus".
Per aderire ad un incontro o per richiedere un contatto con uno dei collaboratori dell'associazione è possibile utilizzare il format precompilato a questo link: https://www.amicidiampasilavaonlus.com/contatti/.
Ci rivolgiamo ad infermieri interessati ad offrire la propria professionalità, le proprie cono-



scenze e il proprio cuore.
Attenzione però: non partecipate se non siete pronti ad innamorarvi di questo popolo meraviglioso e del lavoro stimolante, formativo e appassionante che potrete svolgere e condividere con altri professionisti come voi.
Nel nostro sito alla voce Impronte troverete le impressioni sulla esperienza vissuta all'ospedale dei volontari che hanno già aderito.

*Il Presidente*
**Vito Pedrazzi**
e tutta l'Associazione
*Amici di Ampasilava*

***Lasciamo più di semplici impronte***

**ODV Amici di Ampasilava – Madagascar**
Via del Pratello, 13
40122 – Bologna (BO) – ITALY
www.amicidiampasilavaonlus.com
info@amicidiampasilavaonlus.com
segreteria@amicidiampasilavaonlus.com
C.F. 91273480375
C/C Cassa di Risparmio di Cento (FE)
IBAN: IT52R0611523400000001359159
C/C Emil Banca filiale Mazzini (BO)
IBAN: IT84M0707202403021000094597

# PRONTO SOCCORSO. Competenze e responsabilità dopo le nuove linee guida sul triage

**I tre atti normativi della Conferenza Stato Regioni si mostrano come un tentativo apprezzabile di riorganizzare e razionalizzare le attività di pronto soccorso. Non hanno certo il compito di surrogare e vicariare altre carenze strutturali come, ad esempio, la carenza di personale o la inadeguatezza dell'assistenza extra-ospedaliera**

"Art. tratto da QUOTIDIANO SANITA' del 2 settembre 2019"

a cura di Luca Benci - *Giurista*

La Conferenza Stato Regioni ha approvato tre atti normativi riguardanti l'organizzazione dei dipartimenti di emergenza denominati "linee di indirizzo nazionale" riguardanti l'osservazione breve intensiva (OBI), il triage intraospedaliero e la gestione del sovraffollamento del pronto soccorso.
I tre documenti – in particolare il secondo e il terzo – estendono taluni modelli organizzativi già consolidati in una serie di regioni, con il dichiarato intento di implementare tali modelli su scala nazionale.
Negli ultimi decenni vi è stata una costante attenzione alle problematiche del dipartimento di emergenza e, in particolare, al pronto soccorso e si sono succeduti una serie di atti normativi della Conferenza Stato-Regioni generalmente denominati "linee guida". Questa volta i tre documenti portano la nuova denominazione di "linee di indirizzo".
I problemi del pronto soccorso sono di varia natura e di una certa complessità e necessitano di numerosi interventi non solo di natura sanitaria.
È la prima volta, però, che tre atti normativi distinti vengono approvati congiuntamente in una logica coordinata. I provvedimenti, tra l'altro, ridisegnano una serie di competenze e la responsabilità dei vari componenti dell'equipe che operano all'interno del pronto soccorso con particolare riguardo al rapporto tra medici e infermieri.

## Attività mediche e attività sanitarie in emergenza sanitaria

La discussione è annosa e copre da molto tempo il dibattito sulle competenze mediche, infermieristiche - e in parte ostetriche – nei contesti deputati al trattamento dell'emergenza sanitaria. Dal punto di vista storico era chiara la suddivisione delle competenze: l'attività sanitaria e l'attività medica coincidevano e l'esercizio della medicina non era sostanzialmente normato, fatta eccezione dei requisiti di abilitazione legati ai titoli e all'iscrizione all'albo. Le figure sanitarie, diverse dalla professione medica, allora già "ordinate" in albi professionali – infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica – avevano delle norme di esercizio professionale racchiuse in veri e propri mansionari, recepiti a loro volta in atti normativi. Tutto ciò che era ricompreso nel mansionario di infermieri e ostetriche si considerava di competenza (anche) infermieristica e ostetrica. Tutto ciò che non rientrava nel mansionario era da considerarsi rientrante nella generale competenza medica.
All'inizio degli anni novanta dello scorso secolo l'ordinamento giuridico, al fine di superare le anguste norme mansionariali, emanò dei provvedimenti di varia tipologia aventi sostanzialmente natura derogatoria: nacque appunto il "metodo derogatorio". Il sistema di esercizio professionale rimaneva quello precedentemente fissato, ma si poteva derogare specificamente in quel settore. Il metodo derogatorio nasce e si struttura, nell'emergenza sanitaria extra-ospedaliera, con il DPR 27 marzo 1992, atto normativo che istituisce in Italia il sistema 118.

L'articolo 10 recita(va) testualmente: "Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, pre-

viste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio".
A fronte del generale divieto di svolgere – all'epoca – "iniezioni endovenose" fuori dal contesto ospedaliero, l'infermiere veniva "autorizzato" a eseguirle (prima deroga). Sempre con lo stesso criterio poteva essere autorizzato a "svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali" (seconda deroga) espressione invero molto ampia che poteva coprire – come poi in effetti è avvenuto – una serie di attività non indifferenti. Il tutto doveva essere previsto dai "protocolli decisi dal medico in servizio". I protocolli, dunque, vennero e sono posti alla base del sistema di esercizio professionale derogatorio e hanno, nei casi di specie, una chiara funzione di prescrizione anticipata di medicinali e di trattamenti. Il sistema tramite protocolli è stato alla base anche della nascita e della strutturazione della funzione di triage.
Il triage, secondo l'atto normativo che lo ha implementato – Atto di intesa Stato Regioni maggio 1996 e, successivamente, le linee guida sul triage del 2001 - era un'attività "svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera(va) secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio". I protocolli, dunque, anche in questo caso posti come strumenti di liceità dell'esercizio professionale. Sempre negli stessi atti normativi si precisava che l'infermiere opera(va) sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di pronto soccorso - accettazione o dipartimento di emergenza - urgenza ed accettazione (D.E.A.). La liceità della condotta professionale, altrimenti sanzionata con l'articolo 348 codice penale sull'abusivo esercizio, è integrata dal sistema sopra descritto. L'articolo 348 c.p., lo ricordiamo, è una "norma penale in bianco", destinata a essere riempita di contenuti normativi extrapenali, come in questo caso gli atti normativi della Conferenza Stato Regioni, con la relativa previsione di protocolli strettamente collegati alla "formazione post base".
Ricordiamo che nel 1999 fu approvata la legge 42 che rivoluzionava l'esercizio professionale consegnando i mansionari alla storia e introducendo tre criteri guida – il profilo professionale, la formazione ricevuta e il codice deontologico – e due criteri limite quali le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni sanitarie laureate. La legge 42/99 avrebbe permesso – il condizionale è d'obbligo – di rendere desueto il sistema derogatorio per protocolli previsti da atti normativi, in quanto la sua interpretazione work in progress avrebbe permesso un esercizio professionale che si adattava in relazione ai contenuti conseguiti con l'attività formativa post base. Quest'ultima diventa un tassello fondamentale proprio del sistema di esercizio professionale. Non sempre la corretta interpretazione della legge 42/99 ha permesso il superamento del sistema derogatorio. Nel perseguimento della valorizzazione delle professioni sanitarie il legislatore ha ipotizzato – è proprio il caso di dirlo vista la totale inapplicazione – anche il "metodo concertativo" che era alla base del comma 566, articolo 1, della legge di Stabilità del 2015 (legge 190/2014) e naufragato proprio – ma non soltanto – per la non volontà di aprire una base di confronto e per l'infelicità della formulazione della norma.

## La nuova organizzazione del triage: competenze e responsabilità

Nel recente atto normativo della Stato Regioni si ridisegna parzialmente l'attività di triage sposando il modello del "triage globale" e rimodulando i codici colore estendendoli, tra l'altro, da quattro a cinque (rosso, arancione, azzurro, verde e bianco). Il triage viene definito una "funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine di accesso al trattamento". Inoltre il triage ha il duplice obiettivo di "individuare le priorità di accesso alle cure" e di "indirizzare il paziente all'appropriato percorso diagnostico-terapeutico". Le novità non sono di poco conto:

1) cessa la confusione sulla natura del codice di triage che oggi è sempre definito di "priorità" (precedentemente vi era una confusione tra "priorità", "gravità" e "criticità");
2) il triage viene definito una "funzione infermieristica";
3) dal momento dell'accoglienza in triage si stabilisce la "presa in carico globale della persona" e di conseguenza la posizione di garanzia del paziente. Viene opportunamente precisato che la presa in carico non coincide necessariamente con la visita medica. Coinciderà solo in caso di codice rosso, altrimenti coinciderà con la valutazione dell'infermiere di triage;
4) sparisce il riferimento alla gerarchia – medico responsabile dell'attività e supervisore – e viene ribadita l'autonomia infermieristica in relazione alle "competenze acquisite durante il corso di formazione".

La desueta responsabilità gerarchica nel triage era stata già pacificamente ribadita dalla giurisprudenza di legittimità (Corte di cassazione, sezione IV, sentenza 1 ottobre 2014, n. 11601, e IV sezione penale, sentenza 10 aprile 2017, n. 18100) che ha sempre riconosciuto la responsabilità infermieristica in caso di errore e non coinvolgendo la professionalità medica nei giudizi.
Il sistema dei protocolli, inoltre, si democratizza e si allarga. Si democratizza in quanto devono

essere elaborati da un "gruppo interdisciplinare (medici e infermieri esperti)" e devono essere approvati congiuntamente "dal responsabile medico e infermieristico del servizio" e "adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte".
Non si può non rilevare come sia la prima volta che i protocolli vengano previsti come documenti interprofessionali – anche nella loro elaborazione – e approvati a doppia firma congiunta medico-infermieristica.
Sul punto non è chiarissimo il riferimento al "responsabile medico" e al responsabile "infermieristico": non è chiaro cioè quali figure debbano approvare, in concreto, i protocolli nel sistema della gerarchia aziendale. Quanto meno risulterebbe più chiaro sulla figura apicale medica, meno chiaro sulla figura infermieristica: il dirigente?, il coordinatore?, la posizione organizzativa? O, come dovremmo dire oggi in base alle nuove disposizioni contrattuali, un infermiere con incarico professionale o organizzativo? I protocolli di triage non necessitano dell'approvazione della direzione sanitaria.
La novità deve essere salutata con favore in quanto attiene all'essenza stessa dei protocolli la caratteristica della condivisione e il loro non essere strumento gerarchico ma professionale. Il sistema dei protocolli si allarga in quanto viene previsto l'utilizzo, non solo come sistema di priorità di accesso alle cure, ma comprende anche la parte informativa, documentale, gli standard di personale ecc.
Sul versante delle competenze, con un salto logico, non del tutto comprensibile, nelle conclusioni (e solo nelle conclusioni) si stabilisce che l'infermiere "può essere specificamente autorizzato alla somministrazione di alcuni farmaci, all'esecuzione di prelievi ematici e all'inizio di trattamenti, qualora queste attività siano previste da protocolli interni" senza alcuna prescrizione medica o, più correttamene, con una prescrizione medica vicariata dai protocolli.
I protocolli possono dunque prevedere:
a) la somministrazione di alcuni farmaci;
b) l'esecuzione di prelievi ematici;
c) l'inizio di trattamenti.

Come è noto la precondizione per la somministrazione di farmaci da parte dell'infermiere è costituita dalla prescrizione medica, fatta eccezione, per i medicinali di automedicazione, i c.d. O.T.C., che non richiedono alcuna prescrizione medica come del resto anche per la somministrazione di farmaci c.d. S.O.P. – senza obbligo di prescrizione – come, ad esempio, la tachipirina. In questi casi la prescrizione – come anche la ricetta per l'approvvigionamento, non è richiesta neanche per il quisque de populo. Nei medicinali soggetti a prescrizione medica - come per il settore extraospedaliero – sono i protocolli invece a costituire la funzione di prescrizione medica anticipata a fronte di quadri diagnostici standard. Il nuovo atto normativo della Stato-Regioni mutua quel modello normativo e legittima le somministrazioni di medicinali, i prelievi e le prescrizioni di trattamento – nel caso di specie dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (P.D.T.A) - da iniziare o anticipare in sede di triage di pronto soccorso per una risposta più pronta ed efficace tesa alla soluzione dei problemi di salute dei pazienti afferenti al pronto soccorso stesso. L'attività di anticipazione di attività avviene in seguito alla "fase di decisione del triage" che prevede l'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei "necessari provvedimenti assistenziali" e l'eventuale "attivazione dei percorsi diagnostico-terapeutici" (P.D.T.A). Tutte le attività devono essere previste dai protocolli medico-infermieristici.
L'attività del triage esita in:
1) invio diretto in sala di emergenza (in caso di codice rosso);
2) assegnazione ad un ambulatorio (in caso degli altri codici con le priorità indicate);
3) l'avvio del fast track;
4) la prestazione diretta tramite il see and treat.

I punti sub 1) e sub 2) rientrano nella piena logica e tradizione del triage. L'atto normativo della Conferenza Stato Regioni individua il il see and treat e il fast track come momenti di sviluppo del processo (laddove, ovviamente, non già implementati). Analizziamoli distintamente.

## Il see and treat

Questa metodica – letteralmente "guarda e tratta" - viene resa operativa dalla Regione Toscana nel 2007 (successivamente aggiornata nel 2017) e oggi viene estesa a livello nazionale. È un modello di "risposta assistenziale a urgenze minori predefinite che si basa sull'adozione di specifici protocolli medico-infermieristici definiti a livello regionale per il trattamento di problemi clinici preventivamente individuati". Il paziente con una tipologia di problemi ben determinata viene avviato dall'infermiere di triage all'area see and treat. Bisogna tenere presente che l'espressione "urgenza minore" tradizionalmente utilizzata per il see and treat viene oggi usata anche per indicare il codice verde del pronto soccorso con il rischio di ingenerare confusione stante la differenza tra le tipologie di quadri clinici trattati. Dunque, una volta che si presenta al pronto soccorso un paziente rientrante nella casistica del see and treat, viene preso in carico dal relativo personale infermieristico, adeguatamente formato, "che applica le procedure del caso e, previa condivisione con il medico, assicura il completamento del percorso". Nel see and treat l'infermiere gestisce il processo in base ai protocolli che devono essere "approvati dalla direzione sanitaria".
Quindi i protocolli del triage devono essere approvati dal respon-

sabile medico e infermieristico, mentre i protocolli see and treat dalla direzione sanitaria (e dalla Regione?). L'infermiere che ha preso in carico il paziente applica i relativi protocolli e, come abbiamo visto, previa condivisione con il medico, "assicura il completamento del percorso".
Questo passaggio, invero, non risulta chiarissimo.
I passaggi sequenziali sono:

a) presa in carico dell'infermiere di triage con relativa valutazione di urgenza minore;
b) passaggio al see and treat;
c) applicazione dei protocolli medico-infermieristici tesi alla risoluzione dei problemi lamentati;
d) dimissione del paziente ("completamento del percorso") che però deve avvenire "previa condivisione del medico".

Il termine dimissione – di tale si tratta – non viene utilizzato, mentre lo ritroviamo negli atti normativi della Regione Toscana (vedi da ultimo la delibera di Giunta 806/2017).
Inoltre sottolineiamo che a fronte di un processo che la Conferenza Stato Regioni attribuisce autonomamente all'infermiere, non è facile individuare il momento di condivisione che non si risolva in una vera e propria visita e valutazione da parte del medico.
L'interpretazione letterale porterebbe a questa conclusione che però si scontra con l'efficacia e l'utilità del percorso e, financo, sulla sua logicità. Secondo gli insegnamenti della Corte costituzionale, però, l'interpretazione letterale è spesso una interpretazione "primitiva" che deve lasciare il passo a una interpretazione sistematica che non può portare che a individuare la condivisione nello strumento dei protocolli.
Non si tratta di stigmatizzare ciò che deve in realtà essere incentivato e cioè il rapporto e il confronto tra professioni, ma di chiarire competenze e responsabilità: se si implementa il modello organizzativo-professionale del see and treat, la "dimissione" non può che essere conseguentemente infermieristica come atto finale di conclusione del percorso. La casistica riportata dalla Regione Toscana (60.000 casi trattati in cinque anni) è inoltre particolarmente significativa proprio dal punto di vista statistico della sicurezza del percorso. Non si può chiedere a chi non prende parte alla presa in carico – il medico, nel caso di specie – l'assunzione di responsabilità, come vedremo a breve. In caso di dimissione infermieristica saremmo nella legalizzazione della risposta di pronto soccorso di carattere sanitario, ma non medico.
Di fatto siamo a un bivio: vi è cioè da stabilire se sia la persona che chiede una prestazione di pronto soccorso a decidere la professionalità in grado di trattarla o se debba essere il sistema. Nelle statistiche di accesso al pronto soccorso la percentuale di codici bianchi (quindi di totale inappropriatezza) e di codici verdi sono la maggioranza in genere. La soluzione see and treat prevede una delle soluzioni possibili tesa a decongestionare le sale di triage dalle urgenze minori, pur lasciandole afferenti al pronto soccorso. Rimane sullo sfondo la problematica del triage out che consiste nella dimissione del paziente senza la previa visita medica e senza neanche il trattamento infermieristico. Non possiamo certo affermare che il triage out – che verosimilmente viene applicato nei fatti – abbia diritto di cittadinanza oggi, neanche in caso di manifesta inappropriatezza della richiesta di prestazione di pronto soccorso (fatta salva, come abbiamo visto, la casistica risolvibile con il see and treat).
Sul triage out prima o poi, però, una discussione andrà aperta.

## Il fast track

Altra modalità da mettere in atto come diretta filiazione del triage è il fast track. Anche in questo caso siamo in presenza di un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori "di pertinenza monospecialistica" (es. oculistica, ortopedia, otorino ecc.). In questo caso "l'attivazione si avvia dal triage ed è condotta sulla base di specifiche linee guida e protocolli validati localmente". In questo caso l'incertezza della titolarità della validazione è ancora più marcata come vedremo. Comunque i protocolli e le linee guida devono individuare i quadri clinici di "urgenza minore" di pertinenza "mono-specialistica". A differenza del see and treat questo percorso si conclude con la trasmissione della presa in carico – e quindi della posizione di garanzia – dall'infermiere di triage direttamente al medico specialista, senza la mediazione del medico di pronto soccorso.

## La responsabilità professionale all'interno del pronto soccorso

Dopo avere analizzato il problema della liceità dell'esercizio professionale è necessario approfondire il problema della individuazione della suddivisione della responsabilità facendo riferimento ai percorsi svolti autonomamente e quelli svolti équipe. Per quanto riguarda il triage la responsabilità risulterebbe a carico del medico e dell'infermiere congiuntamente laddove l'adozione dei protocolli – ricordiamo a doppia firma medico infermieristica – non abbia rispettato i principi di congruità, pertinenza, adeguatezza e evidenza scientifica. I protocolli nella loro parte iniziale non devono creare problemi per l'applicazione della seconda pare applicativa che, abbiamo visto essere, anche di carattere anticipatorio rispetto alla visita e quindi alla presa in carico da parte dei medici. Se i criteri sopra ricordati portano a una valutazione della sostanziale correttezza dei protocolli, l'errata applicazione del protocollo, in fase iniziale o di rivalutazione, ricade sulla responsabilità dell'infermiere di triage (es. conseguenze della sottostima del codice e sue conseguenze). Per quanto riguarda il see and

treat la questione responsabilità – oltre che similare nelle considerazioni sulla congruità dei protocolli – è più articolata in quanto si deve distinguere:

a) la fase di triage di attribuzione del percorso see and treat;
b) la fase del trattamento;
c) la fase della dimissione.

Le prime due fasi sono di stretta competenza e responsabilità infermieristica in quanto la posizione di garanzia non può che risiedere nell'unica figura professionale che ha preso in carico il paziente, mentre la dimissione risulterebbe un atto congiunto. Nel non chiarissimo linguaggio utilizzato – "il completamento del percorso" che deve avvenire "previa condivisione del medico" – esclusa una nuova e compiuta presa in carico complessiva del paziente già trattato ed esclusa altresì una gerarchia vecchio stampo superata dalla Stato Regioni – la dimissione deve essere "condivisa" – si versa probabilmente in un contesto di "contitolarità della posizione di garanzia" (esattamente come per la stesura dei protocolli) laddove a trattamento ormai applicato, nella fase finale viene disposta la dimissione su proposta infermieristica e successiva "convalida" medica. Difficile in questo caso ricondurlo alla usuale responsabilità individuale per colpa che permea il nostro ordinamento penale. Siamo nel campo della responsabilità di équipe, quindi, con un principio dell'affidamento temperato proprio dalla contitolarità della posizione di garanzia (approfondisci).
Si riespande, infine, il criterio della responsabilità individuale, nelle procedure fast-track, fatti salvi i limiti della congruità dei protocolli già evidenziati.

## Criticità

In un contesto di innovazione come quello previsto dalla Stato Regioni si ravvisano alcune criticità che riguardano, come abbiamo anticipato, l'imprecisione del linguaggio utilizzato e la difficoltà di individuare la titolarità di firma di protocolli e linee guida.
In sintesi:

a) per il triage si prevedono "protocolli" (non linee guida, solo protocolli) approvati "dal responsabile medico e infermieristico del servizio" e "adeguatamente diffusi e condivisi da tutte le professionalità coinvolte". Quindi protocolli aziendali – "ogni organizzazione" (pag. 19) e "ogni struttura" (pag. 22) - da aggiornarsi con periodicità almeno triennale. Nel paragrafo 5.1 a un certo punto spuntano anche le "procedure". Nelle conclusioni – e solo nelle conclusioni (pag. 36) – si parla anche di "linee guida e protocolli in continuo aggiornamento";
b) per il see and treat l'incertezza è ancora maggiore. Si legge che sono necessari protocolli "medico-infermieristici definiti a livello regionale" e poi, nella stessa pagina si legge che i "citati protocolli" (quelli regionali) devono essere "approvati dalla direzione sanitaria";
c) per il fast track oltre ai protocolli si prevedono delle linee guida che devono però essere validate "localmente" (che supponiamo sia il sinonimo dei già utilizzati "in ogni organizzazione" e "in ogni struttura").

Altra problematica è quella relativa alla natura delle nuove "linee di indirizzo" che sono un "aggiornamento" delle "linee guida" del 2003 che sono quindi ancora valide laddove non superate con l'ultimo documento. Si continuano a utilizzare quasi in modo fungibile diciture che indicano documenti diversi: protocolli, linee guida, procedure, linee di indirizzo. Si indicano titolarità diverse livelli locali (aziendali?) e regionali. Soprattutto si trascura, per motivi non chiarissimi, l'architrave della legge 24/17 (c.d. Gelli) relativa alla pubblicazione delle linee guida sul sito dell'Istituto superiore di sanità. Nel periodo storico in cui gli esercenti le professioni sanitarie hanno una legge quadro sulla responsabilità professionale a cui sono riconnesse precise salvaguardie penalistiche e civilistiche in caso di adozione e osservanza di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali (le prime sono però preferite alle seconde), i documenti di esercizio professionale inspiegabilmente ignorano questo canale. Per altro, l'aggiornamento delle linee guida, ai sensi della legge Gelli, deve essere biennale.

## Conclusioni

I tre atti normativi della Conferenza Stato Regioni si mostrano come un tentativo apprezzabile di riorganizzare e razionalizzare le attività di pronto soccorso. Non hanno certo il compito di surrogare e vicariare altre carenze strutturali come, ad esempio, la carenza di personale o la inadeguatezza dell'assistenza extraospedaliera.
L'aggiornamento delle linee di indirizzo – sarebbe stato preferibile un documento e totalmente nuovo che non si ponesse solo come aggiornamento – introduce, come abbiamo visto, nuove modalità e rapporti di esercizio professionale che impiegano efficacemente le professionalità esistenti superando desueti rapporti paralizzanti.
Interessante – non lo abbiamo trattato – è l'introduzione del bed management, attività però tutta da declinare.
È la prima volta che con documenti di tale ampiezza si mette mano alla riorganizzazione di attività cruciali come quelle del dipartimento di emergenza. Come abbiamo sottolineato, sul fronte delle nuove competenze e responsabilità, una maggiore chiarezza, una maggiore incisività e una minore contraddittorietà sarebbe stata preferibile.
Ci permettiamo di suggerire, stante la riconosciuta normatività degli atti della Conferenza Stato Regioni, una redazione degli stessi atti più omogenea agli atti normativi storici con particolare riferimento alla suddivisione dell'atto in articoli debitamente rubricati.

# OPI FERRARA
# 1° Concorso "Migliori Tesi di Laurea in Infermieristica"

## anno Accademico 2018-2019

Il Consiglio Direttivo dell'OPI di Ferrara, al fine di promuovere la qualità degli studi e delle ricerche in ambito infennieristico e premiare le Tesi di Laurea più rilevanti nell'ambito dell 'assistenza infennieristica, indice un Concorso per le "***due migliori tesi di Laurea in Infermieristica per i laureandi dell'anno accademico 2018/2019, sessioni di novembre 2019 e aprile 2020***".

### 1) Requisiti generali

Al concorso possono partecipare tutti i laureati/laureandi in Infermieristica dell'Università di Ferrara che:

- Abbiano discusso la tesi nelle sessioni di laurea di novembre 2019 ed aprile 2020 con votazione minima di 105/110.
- Siano già iscritti all'Albo professionale dell'OPI (Ordine Professioni Infermieristiche) o che abbiano presentato domanda d'iscrizione entro la data di scadenza del presente bando

### 2) Termini per la presentazione della domanda

L'elaborato e la domanda di partecipazione al concorso, redatta in carta semplice, dovranno essere indirizzate al Presidente dell'OPI di Ferrara e dovranno pervenire via mail all'indirizzo di posta elettronica: info@opiferrara.itentro le ore 12.00 del 30/06/2020.

**Nella domanda sottoscritta dal concorrente dovranno essere specificati:**

- I dati anagrafici.
- La data di discussione della tesi.
- un recapito telefonico personale.
- Una breve sintesi strutturata dell'elaborato (abstract strutturato) max 1000 parole, 3 immagini e, se lo si ritiene opportuno, max 3 tabelle richiamate nel corso del riassunto.

Alla domanda deve essere allegato l' elaborato di tesi integrale nel formato digitale in PDF. Il materiale rimarrà nella banca dati dell'OPI, non verrà restituito e potrà essere oggetto di pubblicazione previo consenso
dell'autore Il tennine stabilito per la presentazione delle tesi è perentorio, pertanto non saraI-UlO presi in considerazione
gli elaborati che, per qualsiasi ragione, saranno presentati al di fuori del termine stabilito.

### 3) Commissione esaminatrice

La commissione Esaminatrice, composta da un minimo di 3 membri del Consiglio Direttivo dell'OPI tra cui il Presidente dell 'OPI stesso e nominata con atto deliberativo.
Il giudizio della Commissione è insindacabile e non saranno ammessi reclami.

### 4) Graduatorie e premi

La valutazione delle tesi sarà effettuata dalla Commissione Esaminatrice sulla base dei criteri definiti dalla stessa:

- Originalità, completezza di contenuto e specificità professionale. -Rigore nella metodologia di ricerca bibliografica.
- Implicazioni per la pratica clinica e/o organizzativa.

Per la giornata di premiazione sarà richiesta l'eventuale partecipazione dei Relatori che hanno seguito gli studenti nella creazione dell'elaborato, per poter fornire al pubblico alcune informazioni introduttive alla tesi e un racconto sulla metodologia utilizzata per le raccolte dati oggetto di presentazione.
Saranno individuati dalla Commissione Esaminatrice i primi due elaborati, premiati applicando i criteri indicati, con l'attribuzione di:
**€** 1000,0+ Diploma/Pergamena per le prime due tesi classificate come "Miglior tesi di Laurea in Infermieristica anno 2018-2019".

### Allegati

Domanda di partecipazione al bando di concorso.
Liberatoria.
Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi atla segreteria OPI tel. 0532 64302.

Modulo di partecipazione

Al Presidente OPI Ferrara
Via del Naviglio 33/a
Ferrara

Via mail

Oggetto: Concorso "Premio miglior Tesi di Laurea in Infermieristica - "OPI Ferrara edizione 2019,2020

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/la sottoscritto/a_____
nato/a a_____(__)_il___/__/_____
residente a_____prov._____
via/piazza_____n._____C.A.P._____
tel._____
cell. _____
e-mail_____
chiede di partecipare alla selezione per il "Premio miglior Tesi di Laurea in Infermieristica OPI FERRARA"

A tale scopo dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000: di aver conseguito la laurea triennale in Infermieristica
titolo della tesi:_____
Relatore dell' elaborato_____
Data di conseguimento _____ votazione _____/110 _____
Allega alla presente domanda:
• TESI DI LAUREA IN FORMATO PDF
• ABSTRACT DELLA TESI DI LAUREA

Luogo e data Firma (per esteso)

Dichiara, inoltre, di aver preso visione di tutte le informazioni e condizioni contenute nel bando.
Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, così come previsto dall'art. 76 del DPR del 28.12.2000
Il/La sottoscritto/a, impegnandosi a comunicare, per iscritto, eventuali variazioni del recapito, chiede che tutte le comunicazioni riguardanti l'avviso vengano indirizzate a:
Cognome e nome _____
email _____

INFORMATIVA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E CONSENSO AL TRATTAMENTO

I dati personali fornitici formeranno oggetto di trattamento, e pertanto, tenuto conto di quanto disposto dalla normativa vigente, vi informiamo di quanto segue:
Il trattamento dei dati è strettamente funzionale alla selezione per l'assegnazione dei premi di laurea promossi da OPI Ferrara
I seguenti dati devono essere comunicati obbligatoriamente all' organizzatore dell'iniziativa, essendo funzionali agli scopi indicati al punto precedente:
nome e cognome dell'autore della tesi di laurea,
luogo e data di nascita,
residenza (città, via/piazza, numero civico),
recapito telefonico, mobile e indirizzo e-mail.
La graduatoria dei partecipanti con il titolo della tesi saranno pubblicizzati attraversi i canali mediatici Fb, il sito dell'OPI Ferrara.
Ai fini della normativa in materia di protezione dei dati personali, si intende per "dato personale" ogni informazione riguardante una persona fisica, identificata o identificabile. Rientrano certamente in questa categoria, ad esempio, i dati che permettono l'identificazione diretta o indiretta dell'interessato, anche tramite un dato identificativo come il nome, un numero di identificazione o un identificativo online e per "trattamento" qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
Il trattamento sarà svolto da parte di soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti, costantemente identificati, opportunamente istruiti e resi edotti dei vincoli imposti dalla disciplina di riferimento, nazionale ed europea, con l'adozione, previo adeguato processo di valutazione del rischio, delle misure di protezione – tecniche, organizzative e procedurali – allo stato più idonee ad evitare la perdita accidentale, la distruzione fortuita, l'uso illecito o non corretto, l'accesso non autorizzato.
La disciplina vigente conferisce all'interessato e in relazione al trattamento oggetto del presente concorso, nei casi previsti dalla legge, ha il diritto: di ottenere l'accesso ai propri dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento; di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento; di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti, anche mediante trasmissione diretta (cosiddetto diritto alla portabilità dei dati); qualora ritenga che il trattamento dei dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dalla normativa vigente, di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali o di adire le opportune sedi giudiziarie.
Il/la sottoscritto/a, preso atto dell'informativa sopra riportata, autorizza ad ogni effetto di legge il trattamento dei propri dati personali.

Luogo e data

Firma (per esteso)

# OPI - FONDO LIBRARIO COLLEGIO IPASVI FERRARA

Anche quest'anno il **Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara** ha ritenuto opportuno erogare un finanziamento di 1.000 € per incrementare la dotazione di testi di interesse infermieristico per la biblioteca interaziendale di scienza della salute. Continuare ad erogare il fondo è per il Consiglio un preciso dovere nei confronti degli iscritti e di tutti coloro, studenti in primis, che necessitano di aggiornamento attraverso la lettura e consultazione di testi. Il fondo si incrementa ogni anno per fornire accessibilità a testi selezionati e recenti con le migliori evidenze nel campo del progresso scientifico e culturale dell'assistenza infermieristica. Si ricorda che il Fondo IPASVI Ferrara (non è ancora stato utilizzato il termine OPI, in quanto deve essere modificato l'atto costituivo del fondo per modificare la denominazione) è costituito da 250 monografie moderne dal 1975 al 2013 donate nel 2013".

| TITOLO LIBRO | DATA PUBBLICAZIONE | PREZZO |
|---|---|---|
| **Piani di assistenza infermieristica. Assistenza infermieristica centrata sulla persona assistita e sulla famiglia: trasferimento dall'ambito ospedaliero a quello domiciliare / Lynda Juall Carpenito-Moyet - ed. CEA** | 2019 (3° ed.) | € 74,80 |
| **Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. I nuovi incarichi di funzione professionale e di funzione organizzativa / Felice Marra - ed. Franco Angeli** | 2019 (2° ed.) | € 19,20 |
| **Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali / G. Maciocco - ed. Carocci** | 2019 | € 23,20 |
| **La responsabilità penale nelle professioni sanitarie / B. Romano - ed. Pacini Giuridica** | 2018 | € 28,00 |
| **La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica / Marco Terraneo ed. Franco Angeli** | 2018 | € 16,80 |
| **Primary Nursing. Assistenza infermieristica centrata sulla relazione con la persona assistita / Marie Manthey,Susan Wessel - ed. CEA** | 2018 | € 25,60 |
| **La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace / Marco Geddes da Filicaia - ed. Il Pensiero Scientifico** | 2018 | € 14,40 |
| **La medicina salvata dalla conversazione / Sandro Spinsanti - ed. Il Pensiero Scientifico** | 2018 | € 9,60 |
| **Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica / Silvia Marcadelli, Paola Obbia, Cesarina Prandi - ed. Edra** | 2018 | € 27,20 |
| **Gli accessi vascolari. Manuale per medici e infermieri /Mario Vigneri - ed. Minerva Medica** | 2018 | € 27,20 |
| **Mappe concettuali per l'assistenza infermieristica. Casi clinici per migliorare la comunicazione, la collaborazione e l'assistenza / Barbara L. Yoost, Lynne R. Crawford - ed. Zanichelli** | 2018 | € 26,80 |

| | | |
|---|---|---|
| **AA VV la valutazione del paziente con ulcere croniche, Maggioli** | 2018 | € 32,00 |
| **Pediatria generale e specialistica/ N. Principi, A. Rubino - ed. CEA** | 2017 (2° ed.) | € 92,80 |
| **Elementi essenziali di pediatria per corsi di Laurea triennali / G. V. Zuccotti - ed. Esculapio** | 2017 | € 20,00 |
| **Il prontuario per la gestione delle lesioni cutanee/ Andrea Bellingeri - ed. Medea** | 2017 | € 32,00 |
| **Le responsabilità del coordinatore delle professioni sanitarie/ Annalisa Pennini, Giannantonio Barbieri - ed. McGraw-Hill Education** | 2017 (2° ed.) | € 23,20 |
| **Bates. Valutazione per l'assistenza infermieristica. Esame fisico e storia della persona assistita / Beth Hogan-Quigley,Mary Louise Palm, Lynn S. Bickley - ed. CEA** | 2017 | € 68,00 |
| **La responsabilità nelle professioni sanitarie. Infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione / C. Piccioli,A. Sarteanesi - ed. Giuffrè** | 2017 | € 18,40 |
| **Linee guida per l'intervento fisioterapico. Riconoscere e segnalare le «bandiere rosse» / Catherine Cavallaro Goodman, Charlene Marshall - Edra** | 2016 | € 15,20 |
| **Legislazione e organizzazione del servizio sanitario/ Raffaella Giorgetti - ed. Maggioli** | 2016 (11° ed.) | € 31,20 |
| **La sfida della giustizia in sanità. Salute, equità, risorse/Lorena Forni - ed. Giappichelli** | 2016 | € 23,20 |
| **L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità/ Giuseppe Costa, Maurizio Bassi, Gian Franco Gensini ed. Franco Angeli** | 2016 | € 38,00 |
| **Manuale GAVeCeLT dei PICC e dei Midline /Mauro Pittiruti, Giancarlo Scoppettuolo - ed. Edra** | 2016 | € 27,20 |
| **Biostatistica. Tutto quello che avreste voluto sapere/ Geoffrey R. Norman, David L. Streiner - ed. CEA** | 2015 (2° ed.) | € 39,60 |
| **Manuale di management per le professioni sanitarie/Carlo Calamandrei - ed. McGraw-Hill Education** | 2015 (4° ed.) | € 39,20 |
| **Contro la contenzione di Maila Mislej e Livia Bicego, Maggioli** | 2018 | € 16,00 |
| **parole e gesti di cura di Giuliana Masera. Maggioli** | 2017 | € 11,00 |
| **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze/ Stefano Bugnoli - ed. Maggioli** | 2014 (2° ed.) | € 22,40 |
| **nuovi scenari per la salute, per una sociologia della salute di Mara Tognetti Bordogna. F. Angeli** | 2017 | € 26,00 |
| **Strumenti di management per i coordinatori delle professioni sanitarie/ Annalisa Pennini - ed. McGraw-Hill Education** | 2013 | € 22,40 |
| **Robbins. Fondamenti di patologia e di fisiopatologia / Vinay Kumar, Abul K. Abbas, J. C. Aster - ed. Edra** | 2013 (9° ed.) | € 87,20 |
| **Management infermieristico / Anne Destrebecq, Stefano Terzoni, Paolo Ferrara - ed. Carocci** | 2012 (2° ed.) | € 12,00 |
| **Biostatistica clinica. Una introduzione all'evidence-based medicine / Graham Dunn, Brian S. Everitt - ed. Il Pensiero Scientifico** | 2009 | € 12,80 |

# Raccomandazioni di *best practice* per l'inserimento e la gestione di *PICC* e *Midline*

di **Barillari Edoardo**, *Collaboratore professionale sanitario infermiere presso RSA S. Chiara - Ferrara*

Estratto dalla tesi di laurea "Care bundle per l'inserzione e la gestione di PICC e Midline" Relatore dott.ssa **Barbara Paesanti**

## Premessa

L'idea del mio progetto di tesi nasce dalle esperienze di tirocinio presso le UU.OO. di Terapia Intensiva Medica e Day Service Ambulatoriale Oncologico dell'AUSL di Ferrara, nel presidio ospedaliero - Ospedale del Delta.
All'interno di questi contesti l'utenza che dispone di un catetere venoso di tipo *PICC/Midline* risulta alquanto numerosa. Oggigiorno, *PICC* e *Midline* vengono utilizzati di frequente e richiedono, da parte del professionista che li utilizza, buone competenze teoriche e strumentali.
Dal momento che questi *devices* stanno diventando a totale appannaggio infermieristico, ho focalizzato l'obiettivo della mia tesi nella ricerca della *best practice* riguardo la gestione del *device,* al fine di costruire uno strumento informativo snello, di consultazione e di supporto per il professionista sanitario.

## Riferimenti epidemiologici

In seguito ad uno studio di prevalenza del 2016 su ICA (infezioni correlate all'assistenza) e uso di antibiotici negli ospedali per acuti della regione Emilia Romagna, emerge che il 15,6% delle ICA è rappresentato da setticemie batteriche, includendo fra queste, quelle correlate a catetere vascolare.
In diversi articoli di letteratura internazionale si riconosce che le setticemie batteriche, associate ai dispositivi venosi, sono causa di ospedalizzazioni prolungate con conseguenti costi sociali ed economici elevati. Si afferma, ad esempio, che nei Paesi Europei, la spesa dovuta a questo fenomeno ammonti a circa 20 mila euro all'anno per ogni paziente affetto da setticemia batterica.
Queste infezioni vengono nominate con acronimi inglesi: *CLABSI* (*Central Line Associated Blood Stream Infection*) e *CRBSI* (*Catheter-related bloodstream infection*). *CLABSI* è utilizzato nell'ambito della sorveglianza epidemiologica e il CDC (Centre Disease Control) di Atlanta lo definisce: "*un'infezione primaria del circolo sanguigno, in pazienti portatori di CVC (catetere venoso centrale), laddove applicato più di 48 ore prima dell'insorgenza dell'infezione, e che si trovava in situ nel giorno dell'infezione o in quello precedente*".
La *CRBSI*, contiene invece una definizione clinica: la batteriemia viene ricondotta al catetere venoso, allorquando, oltre all'emocoltura positiva, si abbia una positività anche per microrganismi patogeni all'estremità del catetere.
Il rischio di setticemia batterica, associata a catetere venoso, risulta elevato soprattutto nei pazienti sottoposti a cure intensive, tuttavia si osserva che il maggior numero di casi afferisce ad altre tipologie di degenza o ad ambulatori.
I soggetti particolarmente vulnerabili coincidono con pazienti oncologici o con portatori di catetere per emodialisi.
In Italia, nelle UU.OO. intensive, l'incidenza delle *CLABSI* è molto alta: di queste, oltre un terzo porta al decesso.
Fra i principali fattori di rischio delle infezioni ematiche catetere-correlate si riconoscono:
- il tempo di permanenza del CVC;
- la gestione non adeguata di tale dispositivo;
- il tipo di reparto presso il quale è ricoverato il paziente;
- le condizioni fisiche dell'assistito e il tipo di terapia.

Fra le cause si possono identificare: la contaminazione del catetere prima della procedura di inserimento; la migrazione di microrganismi provenienti dal punto d'inserzione; la contaminazione attraverso le mani degli operatori; la contaminazione da un'infezione secondaria o da una soluzione infusa (anche se più raro).
Gli agenti patogeni isolati maggiormente sono:
- *Klebsiella Pneumoniae* (17.7%);
- *Escherichia Coli* (13.5%);
- *Pseudomonas Aeruginosa* (8.3%);
- *Staphylococcus epidermidis* (6.3%);
- Enterococcus Fecalis (5.2%).

## Caratteristiche, utilizzi ed evoluzione sul campo del catetere venoso di tipo *PICC/Midline*

Il *Peripherally Inserted Central Cathether* (*PICC*) è una tipologia di catetere venoso centrale, non tunnellizzato, ad inserzione periferica. Il suo calibro è solitamente compreso fra i 3 e i 6 French, con una lunghezza che varia dai 40 ai 60 cm. Questo *device* può essere in poliuretano o in silicone, disponibile in varie taglie, ad uno o due lumi. Il poliuretano è un materiale particolarmente resistente e, in particolare, capace di sopportare le alte pressioni che vengono utilizzate in radiologia, durante l'infusione di mezzo di contrasto per TC o RM. Il catetere può essere a punta aperta o chiusa. La punta chiusa indica che vi è una valvola in prossimità, che impedisce la fuoriuscita ematica, ma consente l'aspirazione di sangue e l'infusione di liquidi sotto pressione. L'estremità di questo dispositivo raggiunge il 3° medio inferiore della Vena Cava Superiore.
Le vene utilizzate per l'inserzione periferica del *PICC* in ordine d'elezione sono: la v. Basilica, la v. Brachiale e la v. Cefalica.
Secondo le ultime linee guida del CDC di Atlanta, il *PICC* è da considerarsi un catetere venoso a medio termine che può restare in situ, se gestito adeguatamente, fino a sei mesi. Trova indicazione in qualunque paziente, sia adulto che pediatrico, che abbia necessità di un accesso venoso della durata superiore a sei giorni. Può essere utilizzato sia in modo continuo che discontinuo. Si prefigura come un *device* versatile: impiegabile in maniera ottimale in pazienti ospedalizzati, a domicilio, in *hospice* o in strutture per lungodegenti. Il PICC può essere inserito anche solo per soddisfare la necessità di effettuare prelievi ripetuti, ma in maniera non traumatica.
Questo catetere venoso gode di tutti gli utilizzi tipici di un CVC classico, ovvero la misurazione della PVC, la somministrazione di farmaci acidi (pH <5) o basici (pH >9), l'infusione di soluzioni ipertoniche (irritanti o vescicanti per il lume vascolare periferico).
Potenzialmente potrebbero soppiantare i CVC non tunnellizzati, anche in favore della loro minor incidenza di complicanze trombotiche ed infettive.
Le potenziali complicanze derivanti dal posizionamento di un *PICC*, esempio fallimento o ematomi, non costituiscono un rischio significativo, anche in pazienti piastrinopenici o coagulopatici: il posizionamento eco-guidato riduce il tasso di insuccessi vicino allo zero, anche qualora vi fosse scarso patrimonio venoso.

Il *MIDLINE* (*Mid-Term Line*) è un catetere venoso periferico, per un utilizzo sia continuo che discontinuo, sia nell'in-

tra che nell'extra-ospedaliero, ma le terapie nutrizionali e farmacologiche debbono essere compatibili, per PH e osmolarità, con la membrana venosa endoluminale periferica. Può rimanere in situ da una settimana a tre mesi. L'inserzione avviene in genere nel paziente adulto, attraverso le medesime vene utilizzate per il *PICC*. La sua punta si ferma a livello della v. Ascellare o della v. Succlavia.
Anch'esso può essere in poliuretano o in silicone, a punta aperta o a punta chiusa. La sua lunghezza varia dai 15 ai 30 cm.
L'esperienza nell'utilizzo dei succitati *device* è risultata ad oggi fortemente positiva. Tra i benefici che hanno apportato questi *device*, si annoverano:
- una maggior sicurezza nella somministrazione dei farmaci antiblastici;
- una notevole riduzione delle venipunture ripetute ai pazienti;
- la conseguente riduzione di lesioni cutanee e di flebiti superficiali;
- la riduzione di flebiti chimiche da farmaco;
- la riduzione dei disagi causati al paziente.

## L'evoluzione del PICC in Italia

In Italia, il PICC viene utilizzato a partire dagli anni '40, utilizzato quasi unicamente per rilevazioni emodinamiche. Negli anni successivi, in particolare all'inizio degli anni '70, fu ulteriormente impiegato, come accesso venoso per la nutrizione parenterale. Tuttavia, la scarsa qualità dei materiali di cui era costituito (polietilene o poliuretani di prima generazione) all'epoca fu la causa di un eccesso di complicanze, soprattutto trombotiche.
All'inizio degli anni '90, la scoperta del silicone e il miglioramento dei poliuretani, riqualificò la situazione. In quegli anni, i PICC venivano esclusivamente posizionati con la cosiddetta tecnica "blind", cioè mediante venipuntura diretta nella fossa cubitale dell'avambraccio, limitatamente perciò, a quei pazienti che avessero vene visibili e palpabili in quella sede. La sede d'inserzione e la tecnica, restringevano il numero di pazienti cui era possibile posizionarli e continuavano a determinare un'incidenza di complicanze meccaniche, trombotiche e infettive.
A partire dall'anno 2000, il *PICC* apparve come uno degli accessi venosi più diffusi al mondo, in quanto si adottò la tecnica eco-guidata ultrasonografica ed un microintroduttore, verosimilmente la tecnica di *Seldinger* modificata. Ciò permise l'inserimento nella zona del terzo medio inferiore del braccio, con un abbattimento delle complicanze dal 30% al 2% circa. Inoltre l'eleggibilità dei pazienti, per il posizionamento, aumentò.
La diffusione, dapprima iniziò nei Paesi Anglosassoni, seguì in Nord America e, in tempi più recenti, arrivò anche nell'Europa continentale.
Nonostante le migliorie nella tecnica e nel rendimento funzionale del PICC, in Italia permaneva comunque una difficoltà nella diffusione, pertanto seguirono alcuni studi informativi, che identificarono in quattro possibili le cause del mancato successo: una scarsa conoscenza nei sanitari delle corrette indicazioni; una mancanza di formazione all'inserimento e gestione; una scarsa diffusione della tecnica eco-guidata e una percezione che il posizionamento del PICC non rientrasse nel profilo professionale degli infermieri.

## Obiettivo

Lo scopo di questo progetto è stato quello di ricercare la *best practice* assistenziale per la corretta inserzione dei cateteri PICC e/o *Midline*, l'antisepsi cutanea e del dispositivo, la preparazione del paziente, le medicazioni e il mantenimento della linea infusiva. Tutto ciò al fine di ridurre le complicanze derivabili, e di trasferire le informazioni in uno strumento operativo.

## Materiali e metodi

È stata svolta una revisione della letteratura. Al termine della selezione degli articoli prodotti dall'interrogazione dei *database*, sono stati esaminati 23 articoli, di cui: 4 revisioni sistematiche, 9 revisioni di letteratura, 4 *trial* clinici randomizzati, 4 studi pilota, 1 studio esplorativo, 1 opinione di esperti, 1 singolo caso.
Sono stati interrogati i DB *Pubmed* e *Embase,* mediante un quesito di *foreground,* applicando lo schema metodologico PICOM. Il lavoro di revisione è stato eseguito nei mesi di Giugno, Luglio, Agosto e Settembre 2018.

## Risultati

*Nella tecnica di antisepsi dell'operatore:* è indispensabile lavare le mani con una soluzione alcolica, prima e dopo il contatto con il paziente, prestando attenzione nel pulire a fondo le estremità delle dita e l'intera superficie della mano. Diversamente, utilizzare acqua e sapone, ad esempio nel caso in cui le mani siano visibilmente sporche, contaminate da fluidi corporei o quando si presta assistenza a pazienti con diarrea e/o vomito. La tecnica corretta per il lavaggio antisettico delle mani prevede 3 fasi: preparazione, lavaggio, asciugatura (secondo le linee guida epic3 - 2014).
Per minimizzare il rischio di auto contaminazione, sarà opportuno disporre, previo lavaggio delle mani, di barriere precauzionali, quali: guanti e camici sterili, mascherina e cuffia non sterili e un ampio campo sterile, in grado di coprire tutto il paziente.
*Nell'antisepsi cutanea del paziente:* la detersione e la preparazione della cute, vanno effettuate solo in caso essa sia visibilmente sporca e comunque prima dell'inserimento del catetere. In caso contrario, si potrà procedere direttamente con l'antisepsi. Utilizzare come antisettico cutaneo la Clorexidina Gluconato 2% in IPA (alcool isopropilico) al 70%, lasciando asciugare la soluzione per 30 secondi. Applicare il preparato effettuando uno *scrub* sulla cute, dal momento che il 20% circa dei batteri vive negli strati più profondi di essa. L'etanolo si è rilevato più nocivo dell'alcool isopropilico, nei confronti della cute del paziente e verso il poliuretano (materiale principale che compone i cateteri venosi).
Le soluzioni allo iodopovidone andrebbero adottate soltanto per i pazienti notoriamente allergici alla clorexidina (evidenza assai rara).
Se possibile, usufruire di applicatori monouso: si sono rivelati utili per contenere gli sprechi, ridurre gli errori legati all'utilizzo di antisettici inappropriati e per abbattere i tempi morti durante la procedura.
La clorexidina si è rivelata più efficace dello iodopovidone, in termini di prevenzione da *CRBSI* e *CLABSI*, ancor meglio se utilizzata nella forma alcolica.
*Nell'antisepsi del catetere e dei punti di raccordo:* al fine di abbattere l'incidenza d'infezioni stafilococciche, sarà opportuno effettuare di *routine* una corretta antisepsi di tutta la superficie visibile del catetere venoso, adottando clorexidina al 2%. È importante prestare particolare attenzione ai punti di raccordo del *PICC/Midline,* compiendo uno *scrub* di almeno 15 secondi, con garze sterili, imbibite di clorexidina al 5% su base alcoolica.
*Nelle medicazioni e nel mantenimento del catetere PICC/Midline:* per coprire il sito d'inserzione del catetere, utilizzare un film in poliuretano sterile, semipermeabile e trasparente. Esso va sostituito ogni 7 giorni o prima, nel caso in cui sia visibilmente sporco, umido o scollato dalla cute del paziente. Nel caso in cui vi siano abbondanti perdite di fluidi corporei nel punto in cui affiora il catetere, sarà opportuno coprire l'*exit-site* con garze sterili per le prime 24 ore successive all'impianto. Nuovi studi raccomandano l'utilizzo di medicazioni spugnose, imbibite di clorexidina o di clorexidina gel.
Nel caso in cui il paziente debba ricevere una NPT o soluzioni a base lipidica, utilizzare un lume dedicato. Secondo le nuove raccomandazioni, non occorre sostituire il set d'infusione prima delle 96 ore, ad eccezione dell'infusione di emulsioni lipidiche e/o NPT, nelle quali il set va sostituito ogni 24 ore. Nel caso vengano somministrati emoderivati, invece, è opportuno sostituire il set al termine di ogni infusione, e comunque non più tardi delle 12 ore successi-

ve, solo quando non è possibile un cambio immediato.
L'uso di una profilassi antibiotica sistemica, prima dell'inserzione di un *PICC/Midline,* non è raccomandata. Non occorre somministrate terapia anticoagulante sistemica di *routine* al fine di prevenire le *CRBSI/CLABSI* e/o i fenomeni trombotici locali. L'uso di anticoagulanti sistemici (warfarin, eparina a basso peso molecolare e/o eparina ultrafrazionata) non riduce l'incidenza di trombosi correlate al catetere venoso. Ammesso che tale dispositivo venga adoperato di frequente, sarà sufficiente utilizzare soluzione fisiologica NaCl allo 0.9% peso volume, per effettuare la manovra di *flush & lock*. L'uso della soluzione salina per il *flushing* è sufficiente nel prevenire la formazione di fibrina. L'impiego della soluzione salina rispetto all'eparina non fa variare l'incidenza di trombosi o di contaminazioni batteriche.
*Nella prescrizione all'impianto del PICC:* i *PICC* non dovrebbero essere impiegati nelle UU.OO. di Terapia Intensiva per periodi inferiori ai 15-20 giorni. Studi recenti affermano che la scelta del punto d'inserzione dei dispositivi venosi ad accesso centrale, non determini variazioni significative nell'incidenza delle infezioni del circolo ematico correlate a catetere venoso. Prima della scelta del punto di inserzione sarà opportuno esaminare ecograficamente, in maniera bilaterale, tutte le vene profonde degli arti superiori. Saranno sottoposte a valutazione anche le vene centrali delle regioni sovra e sotto claveare.
Questo consentirà di escludere eventuali anomalie anatomiche o pregresse trombosi locali. Le vene profonde del braccio andrebbero valutate sia con, che senza, il laccio emostatico. Sono da considerarsi eleggibili le vene il cui diametro, valutato senza laccio, corrisponda ad almeno il triplo del diametro del catetere. Il punto in cui affiora il *PICC* dovrà trovarsi il più possibile all'interno della *green zone*, regione delineata del terzo medio inferiore del braccio, posta fra gomito e ascella. Al fine di evitare punture accidentali, sarà inoltre opportuno identificare ecograficamente la posizione del nervo mediano del braccio, del nervo cutaneo mediale e dell'arteria radiale.
La tecnica da prediligere per il posizionamento del *PICC* è quella denominata "Tecnica di *Seldiger* modificata", la quale prevede, oltre all'utilizzo dell'ecografo, l'inserimento di un microintroduttore.
Durante l'inserzione, servirsi della sonda ecografica per identificare la v. giugulare interna e per comprimerla, in modo da facilitare il passaggio del catetere venoso dalla v. succlavia alla v. anonima. In alternativa, se il paziente è collaborante, gli si può chiedere di ruotare la testa verso il lato dell'operatore.
Dopo la manovra, è raccomandato verificare ecograficamente l'assenza del catetere venoso in entrambe le vene giugulari. Infine, adottare il sistema dell'ECG intracavitario per verificare la corretta posizione della punta del catetere venoso, la quale dovrà trovarsi nel terzo medio inferiore della vena cava superiore.
Al termine della procedura, è opportuno fissare il *PICC* alla cute del paziente mediante un apposito *sutureless device.* Tale dispositivo si è dimostrato un'ottima alternativa ai classici punti di sutura, poiché è in grado di ridurre il rischio di infezioni, di dislocazioni e di trombosi locali.
*Nelle indicazioni alla rimozione del catetere venoso*: la rimozione del catetere *PICC/Midline* è da considerarsi plausibile quando le emocolture permangono positive dopo 48 ore di terapia antibiotica, non essendo stato identificato un altro sito di infezione. Altro indicatore per la rimozione di questi *device* è la comparsa di segni di infiammazione e/o tromboflebite locale.

## Conclusioni

Dalla revisione della letteratura è emerso che l'adozione di un *care bundle* per la gestione di cateteri venosi *PICC* e/o *Midline,* aggiornato secondo le più recenti raccomandazioni cliniche e le migliori evidenze scientifiche, sarebbe di gran lunga efficace nel minimizzare i rischi legati alle complicanze infettive, trombotiche e meccaniche. Il tutto, oltre a garantire una maggiore tutela nei confronti del paziente e dell'operatore, potrebbe portare ad una riduzione delle spese sanitarie.


**Bibliografia**

- **Catheter sepsis and antisepsis**: matters of life, death, obscurity and resistance. Paul Clarke, Mark A. Webber. *Arch dis child fetal neonatal Ed, 2018; vol 103 No 2.*
- A state of the art review on optimal practice to prevent, recognize and manage complications associated with intravascular devices in the critically ill. Jean Francois Timsit, Mark Rupp, Emilio Buoza *Intensive Care Med, 2018; 44:742-759.*
- Minimising central line-associated bloodstream infections rate in inserting central venous catheters in the adult intensive care units. Hedaya Rateb Hina, Joan R. S. Mc Dowell. *Journal of clinical nursing, 2017; 26:3962-3973*
- **Skin antisepsis: it's not only what you use, it's the way that you use it.** A. L. Casey, J. M. Badia, A. Higgins**.** *Journal of hospital infection, 2017; 96:221-222*
- **Central line-associated bloodstream infections in the NICU: success and controversies in the quest for zero**. Renée E. Mobley, Matthew J. Bizzarro. *Seminars in Perinatology, 2017; 41:166-174*
- Central venous catheters and biofilms: where do we stand in 2017? Marie Gominet, Fabrice Compain, Cristophe Beloin. *AMPIS, 2017; 125:365-376.*
- **ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients**. Filomena Gomes, Philipp Schuetz, Lisa Bounoure *Clinical Nutrition, 2017; 30:1-18.*
- **Studio di prevalenza su infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali per acuti- Rapporto regionale 2016**, Enrico Ricchizzi *et al*., ASSR Emilia Romagna;
- **Central line-associated bloodstream infections in the intensive care unit**: importance of the care bundle. Aynur Atilla, Zahide Doganay, Hale Kefeli Celik. *Korean Journal of Anesthesiology, 2016 ; 69:599-603.*
- **Anaphylaxis to chlorhexidine in a chlorhexidine-coated central venous catheter during general anaesthesia.** Z. Qin, Z. Zeng. *Anaesth Intensive Care, 2016; 44:2*
- Scrubbing the hub of intravenous catheters with an alcohol wipe for 15 sec reduced neonatal sepsis. Louise Bjorkman, Andreas Ohlin. Acta Paediatrica, 2015; 104:232-236
- **epic3**: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. H.P. Loveday, J.A. Wilson, R.J. Pratt. *Journal of Hospital Infections, 2014; 86S1:S1-70*
- **Il protocollo 'ISP' (Inserzione sicura dei PICC): un "bundle" di otto raccomandazioni per minimizzare le complicanze legate all'impianto di cateteri centrali ad inserimento periferico**. Emoli, S. Cappuccio, B. Marche, A. Musarò, G. Scoppettuolo, M. Pittiruti. ASSIST INFERM RIC, 2014; 33: 82-89.
- **Central venous catheter care for the patients with cancer**: American society of clinical oncology clinical practice guideline. Charles A. Schiffer, Pamela B.Mangu, James C. Wade. *Journal of clinical oncology, 2013 Vol 31 No 10.*
- **Comparison of four skin preparation strategies to prevent catheter-related infection in intensive care unit (CLEAN trial)**: a study protocol for a randomized controlled trial. Véronique Goudet, Jean-François Timsit, Jean-Christophe Lucet *Trials Journal, 2013; 14:114*
- **Cholorhexidine, octenidine or povidone iodine for catheter related infections**: A randomized controlled trial. Bilir A, Yelken B, Erkan A. Journal of Research in Medical Sciences, 2013; 18:510-512.
- **Preventing contamination at the time of central venous catheter insertion**: a literature review and recommendations for clinical practice. Nicholas Yacopetti, Patricia M Davidson, Joy Blacka and Timothy R Spencer. *Journal of Clinical Nursing, 2013; 22:611-620*
- **Utilizzo dell'ipoclorito di sodio 0.05% soluzione cutanea nella antisepsi della cute prima dell'inserimento del catetere venoso periferico in adulti, bambini e neonati.** Paolo Chiari, Cristiana Forni, Ambra Fiorani, Olimpia Pezzullo**.** *Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2013; 32:133-138*
- **Absorption and Tolerability of Aqueous Chlorhexidine Gluconate Used for Skin Antisepsis Prior to Catheter Insertion in Preterm Neonates.** Alison K. Chapman, Susan W. Aucott, Maureen M. Gilmore. *J Perinatol, 2013; 33(10):768-771.*
- **The forgotten role of alcohol: a systematic review and meta-analysis of the clinical efficacy and perceived role of chlorhexidine in skin antisepsis**. Matthias Maiwald, Edwin S. Y. Chan. *Plos One, 2012; Vol 7 No 9*
- **The effect of antiseptic solution in central venous catheter care**. Atahan K, Cokmez A, Bekoglu M, Durak E, Tavusbay C. *Bratisl Lek Listy, 2012; 113(9):548-551.*
- **Care bundle to reduce central venous catheter-related bloodstream infection: an integrative review.** Juliana Dane Pereira, Maria Angélica Sorgini, Mavilde da Luz Gonçalves. *Rev Gaúcha Enferm., 2012; 33(4):200-210.*
- **Central line-associated bloodstream infection prevention**. Sarah E. Miller, Lisa L. Maragakis. *Curr Opin Infect Dis, 2012; Vol 5 No 4.*
- **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections**. Naomi P. O'Grady, Mary Alexander, Lillian A. Burns, E. Patchen Dellinger. *Clinical Infectious Diseases, 2011; 52:162-193.*

**Sitografia**

- **ANIPIO - Società Scientifica Nazionale Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo.** Data di pubblicazione: non rilevata. Data ultimo accesso 20/08/2018. http://www.rischioinfettivo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/76
- **GAVECELT**. Titolo documento: *Infermiere e PICC. Considerazioni logistiche e medico-legali.* Autori: *G. Scopettuolo, I. Migliorini, A. La Greca.* Data di pubblicazione: non rilevata. Formato digitale: .pdf. Data ultimo accesso: 21/08/2018. https://gavecelt.it/nuovo/sites/default/files/uploads/picc_e_infermiere%2C_aspetti_medico_legali.pdf
- **A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele.** Titolo del documento: *Il catetere venoso centrale.* Autori*: R. Ragusa, C. Bosco.* Data di pubblicazione: 20/12/2011. Formato digitale: pdf. Data ultimo accesso: 22/8/2018. http://www.area-c54.it/public/il%20catetere%20venoso%20centrale.pdf
- **FNOPI: Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche.** Titolo del documento: *I PICC per i pazienti oncologici.* Autori*: Sergio de Nardi, Michela Bandiera.* Data di pubblicazione: 2011. Formato digitale: pdf. Data ultimo accesso: 23/08/2018. http://www.fnopi.it/print/rivista-linfermiere/38.htm
- **Associazione ANIMO.** Titolo del documento: *Gestione dei PICC.* Autori: *B. Manna.* Data di pubblicazione: 2013. Formato digitale: pdf. Data ultimo accesso: 24/08/2018. https://www.associazioneanimo.it/phocadownload/2013/maggio/marche_cr/pdf_31052013_11.pdf
- **Gavecelt.** Titolo del documento: *Evoluzione e diffusione della cultura dei PICC in Italia.* Autori: *Giancarlo Scopettuolo, Antonio La Greca, Mauro Pittirutti.* Formato digitale: pdf. Data ultimo accesso: 26/08/2018. https://gavecelt.it/nuovo/sites/default/files/uploads/articolo_picc_gavecelt_perimed.pdf
- **SWISSNOSO.** Titolo del documento: *Prevenzione delle batteriemie associate al catetere: le nuove linee direttive dal punto di vista svizzero.* Autori: *Daniel Vogel, Jonas Marschall.* Data di pubblicazione: 2016. Formato digitale: pdf. Data ultimo accesso: 27/08/2018. https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/6_Publikationen/Bulletin_Artikel_I/v20_CLABSI_2016_it_fin.pdf

# L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proclamato il 2020 anno internazionale dell'Infermiere e dell'Ostetrica

a cura di Loredana Gamberoni

**La Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche – FNOPI,** ***lancia il "Save the date" per il 12 maggio 2020, data che quest'anno coincide con il bicentenario della nascita di Florence Nightingale.***

## ANNO INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2020

2020 INTERNATIONAL YEAR OF THE NURSE AND THE MIDWIFE

FNOPI

### 01 January - 31 December 2020

WHO has designated 2020, the bicentenary of the birth of Florence Nightingale, the International Year of the Nurse and the Midwife.

Nurses and midwives work at all levels of health systems and across diverse settings and contexts delivering quality care, leading teams, conducting research, influencing and implementing policy, and educating the next generation of nurses and midwives.

Simply put, their role is critical to making universal health coverage a reality around the world.

Throughout the year, WHO will work closely with partners to celebrate the contributions of nurses and midwives, highlight the challenges they often face, and advocate for planned investment in the nursing and midwifery workforce.

### Strengthening nursing and midwifery in the WHO European Region

Nurses and midwives comprise a majority of health-care professionals in the Region and play a key role in the successful delivery of health- and social-care services. As the health needs of the Region change, nurses are becoming an increasingly important part of the response.

WHO/Europe provides support to countries across the Region for strengthening nursing and midwifery. Recommended actions for a strong nursing and midwifery workforce include:

• raising nursing and midwifery education to the

Traduzione libera a cura della FNOPI integrata a notizie di redazione.

### *Dal 1° gennaio 2020 al 31 dicembre 2020*

*l'OMS e i suoi partner (Consiglio internazionale degli infermieri ICN, Nursing Now, Confederazione internazionale delle ostetriche, Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione) in uno sforzo di un anno per celebrare il lavoro di infermieri e ostetriche, evidenzia le difficili condizioni che devono spesso affrontare e sostengono un aumento degli investimenti nella forza lavoro infermieristica e ostetrica. Solleciteranno i Governi con messaggi chiave che riguardano la professione nell'ottica di un miglioramento complessivo dell'assistenza a livello di tutti i Paesi.*

*Questi sono i messaggi-chiave e le azioni proposte dall''Organizzazione Mondiale della Sanità che riguardano in particolare la professione infermieristica:*

### 1. Anno internazionale dell'infermiere: rafforzare l'assistenza per raggiungere la salute di tutti

Una forza lavoro infermieristica forte è la chiave per il raggiungimento della copertura sanitaria universale.

Educare gli infermieri agli standard internazionali ha un senso economico, aiuta a risparmiare risorse riducendo la necessità di interventi costosi e inutili

university level;
- expanding the scope of nursing and midwifery practices;
- preparing nurses for leadership roles in health-care systems;
- creating pathways for career progression;
- improving working conditions and salaries of nurses and midwives;
- increasing nurses' and midwives' participation in decision-making at all levels of policy development and implementation;
- developing effective workforce planning strategies; and
- raising awareness in government and society of the importance of nurses' and midwives' work.

Appreciation and support for nurses and midwives
In 2020, events and activities will highlight the need to strengthen nursing and midwifery to achieve health for all and boost nursing and midwifery leadership.
The year-long focus on nurses and midwives is an opportunity to get involved and demonstrate broad public and political support for more health workers with the right skills and in the right locations to best meet people's changing health - and social-care needs.

e aumenta la qualità delle cure e della 'salute per tutti'.
Nell'anno internazionale dell'infermiere si deve rafforzare l'assistenza infermieristica – e garantire che gli infermieri siano in grado di lavorare al massimo delle loro potenzialità – è una delle azioni più importanti che possiamo fare per ottenere la copertura sanitaria universale e migliorare la salute a livello globale.
Troppo spesso gli infermieri sono sottovalutati e messi nelle condizioni di essere incapaci di manifestare il loro vero potenziale.
Nel 2020 ci proponiamo di garantire che tutti gli infermieri operino in un ambiente in cui siano al sicuro da danni, rispettati/e da colleghi medici e membri della comunità, abbiano accesso a un servizio sanitario funzionante e in cui il loro lavoro sia integrato con le altre cure sanitarie di altri professionisti.
Sviluppando l'assistenza infermieristica, i paesi possono ottenere il 'triplo impatto' del miglioramento della salute, della promozione della parità di genere e del sostegno alla crescita economica.
Il rafforzamento dell'assistenza infermieristica avrà i vantaggi aggiuntivi di promuovere l'equità di genere (SDG5), contribuire allo sviluppo economico (SDG8) e sostenere altri obiettivi previsti tra quelli dello sviluppo sostenibile.

## 2. Rafforzare la leadership e l'influenza degli infermieri per migliorare i servizi sanitari

Gli Infermieri hanno già un ruolo di sostenitori e innovatori nelle loro comunità, nelle cliniche, negli ospedali e nel sistema sanitario. Ma devono anche essere adeguatamente valutati e rappresentati nei ruoli di leadership sanitaria dove possono guidare la politica sanitaria e gli investimenti.
Gli infermieri possono essere la risposta a molti problemi di salute del mondo, ma prima dobbiamo superare le barriere professionali, socioculturali ed economiche che ancora in molti casi li ostacolano.

## 3. Impegnare volontà e finanziamenti politici per migliorare l'assistenza infermieristica

La copertura sanitaria universale è una scelta politica. Lo stesso vale per gli investimenti nel sostegno all'Infermieristica in ogni Paese.

## 4. Anno internazionale dell'infermiere: cinque aree chiave di investimento

1. Investire in più servizi guidati da infermiere che consentano agli infermieri di lavorare al massimo delle loro potenzialità.
2. Impiegare più infermieri specializzati.
3. Rendere gli infermieri centrali per l'assistenza sanitaria di base, fornendo servizi e supervisionando gli operatori sanitari della comunità.
4. Supportare gli infermieri nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie
5. Investire nella leadership infermieristica.

Questo uno dei comunicati di Barbara Mangiacavalli (Presidente FNOPI) sulle celebrazioni: "Noi infermieri ci siamo e ci vogliamo essere""Io uso il termine nursing come stimolo di miglioramento", scriveva Florence Nightingale. "L'abbiamo presa in parola – dichiara **Barbara Mangiacavalli**, facendo crescere la professione, migliorandone la struttura professionale e la qualità e ridefinendone le responsabilità a vantaggio dei pazienti e del sistema di welfare del paese che si rende garante di assistenza e orientamento alla salute per l'intera collettività nazionale.

"Il nostro fine – spiega – è assistere i pazienti, individuarne le necessità ed essergli vicini in quei momenti, incidere nel processo organizzativo e decisionale del sistema e dare risposte mirate alle contingenze economiche e ai bisogni che emergono dall'attuale scenario demografico ed epidemiologico. Noi infermieri, soprattutto, progettiamo, sperimentiamo, costruiamo e ricostruiamo processi assistenziali, percorsi organizzativi e flussi formativi. ci impegniamo inoltre in nuove logiche curative, educative e nella strutturazione di reti relazionali che nel loro insieme danno una risposta ai nuovi bisogni di cura e assistenza scaturiti anche dalla fragilità, dalla dipendenza, dalla cronicità, dal disagio e dalla solitudine nella malattia e nei momenti terminali della vita".

"Noi infermieri ci siamo e ci vogliamo essere. Con maggiore consapevolezza – sottolinea Mangiacavalli –. Assumendoci maggiori responsabilità. Vogliamo e auspichiamo che questo ci sia riconosciuto sia dal punto di vista organizzativo che dal punto di vista economico. Vogliamo anche definire un nuovo patto per l'assistenza in cui vi sia non solo l'impegno alla vicinanza, alla qualità dell'assistenza e della relazione, ma anche principalmente l'impegno a superare ostacoli, arretratezze e criticità, nostre e del sistema. E l'anno internazionale dell'infermiere può essere il giusto momento di partenza. La figura dell'infermiere non è solo necessaria – conclude la presidente FNOPI – è anche ***'desiderata' fortemente dai cittadini. Ora tocca a noi, a tutti e difendere e far affermare la vera Assistenza (con la 'A' maiuscola) dalle persone***".

*Logo dell'iniziativa italiana per la ricorrenza(da sito FNOPI)*

Per la ricorrenza FNOPI sta organizzando un evento unico, memorabile,che si terrà a Firenze, città natale di Florence Nightingale, condiviso con tantissimi infermieri e Ordini. #Florence2020 che non sarà solo una semplice ricorrenza, ma una giornata colma di riflessioni sul passato, presente e futuro dell'assistenza, tante le attività, numerosi i professionisti e i cittadini coinvolti. Storia, arte e infermieristica si mescoleranno assieme, come in un quadro, per far emergere i colori di una delle professioni cardine del nostro SSN. A tale proposito sono stati lanciati tre video sui canali social di FNOPI che vogliono percorrere questo cammino.

## A Ferrara

La Giornata Internazionale dell'Infermiere verrà festeggiata il 19 Maggio con un Seminario "Gli infermieri di Ferrara" si raccontano… storia del percorso di una professione ed ancora ad ottobre verrà presentata la ricerca condotta sul territorio ferrarese sul tema "L'immagine dell'infermiere", i cittadini Ferraresi dell'evoluzione dell'attività e della **formazione dell'infermiere**.

# AGENDA 2020

**SEGNA**

**WWW.OPIFERRARA.IT**

**OFFERTA FORMATIVA**

## 28 MARZO 2020

**ASSEMBLEA ISCRITTI**
**CORSO "LA VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI"**

## 16 MAGGIO 2020

**"GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE"**