



IPASVI

Federazione Nazionale Collegi Infermieri

PERIODICO TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE - SPEDIZIONE IN A.P.

12 MAGGIO 2015

**GIORNATA INTERNAZIONALE
DELL'INFERMIERE**

"La parola" a Noi



Gli infermieri al fianco dei cittadini

VICINI AI LORO BISOGNI DI SALUTE. SEMPRE.

Io, Infermiere, sono qui per te, sempre al tuo fianco, nel tuo stato di malattia. Scusami se talvolta non ti rivolgo quel sorriso che vorrei, ma i tempi di lavoro sono frenetici, mi costringono a fare quello che devo, privandomi della possibilità di fare anche quello che vorrei, che in certo qual modo allevierebbe il tuo dolore.

Consiglio Direttivo IPASVI Taranto



Editoriale	Pag. 3
L'importanza della relazione nella mia attività libero-professionale	» 4
L'infermiere nel processo di riabilitazione nell'onoterapia	» 5
Proposta di un processo manageriale per la mappatura delle competenze per l'avvio di una "U.O.C. di rianimazione aperta"	» 12
Progetto Alzheimer più: "per non arrendersi"	» 19
Congresso Nazionale IPASVI	» 22
La più brutta storia della nostra Taranto: l'inquinamento (2ª parte)	» 27
Diario di una dottoressa con la padella	» 30
L'ascolto	» 32
L'infermiere e l'operatore socio-sanitario: il nuovo modello organizzativo	» 37
Seduta di Laurea	» 42
Programma Scientifico	» 43
Assemblea Annuale Iscritti 2015	» 44

Comitato di Redazione

G. Argese	A. Gualano
L. Calabrese	G. Mecca
E. De Santis	F. Perrucci

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale
e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato:

Benedetta Mattiacci
Annafrank Balestra
Monica Cardellicchio
Emma Bellucci
Gerardo Mocca
Natalina Segoloni
Anna Maria Milizia

Fotocomposizione e stampa
Stampa Sud spa - Mottola (Ta)
www.stampa-sud.it

Reg. Trib. di Taranto n. 462/94
decreto del 23/03/1994



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Collegio IPASVI
Via Salinella, 15
Tel. 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.ipasvitaranto.it - info@ipasvitaranto.it

orari di apertura al pubblico
lunedì - mercoledì - venerdì
9,00 - 12,00
martedì 15,00 - 17,30
venerdì 17,00 - 19,00

AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito.

Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.

L'editoriale

Benedetta Mattiacci
Presidente Collegio IPASVI



Avvicendamento ai vertici della Federazione Nazionale di nomi e ruoli, figure di alto valore professionale ed intellettuale, specchio dell'Infermiere di oggi e del futuro, con un grosso bagaglio acquisito nelle varie realtà lavorative e sociali, per alcuni anche nelle realtà istituzionali internazionali.

Un Infermiere, quello che vogliamo e verso il quale stiamo andando, non già sterile esecutore di mansioni, di compiti, ma Infermiere ricercatore, Infermiere libero professionista, Infermiere coordinatore, Infermiere forense, ovvero nuovi modelli accanto ai modelli dell'Infermiere clinico, che lavora per intensità di cura, che è in grado di affrontare la cronicità e/o la pluripatologia, e dell'Infermiere territoriale. Nuovi modelli per una Sanità che cambia in virtù di una netta modificazione demografica ed economica; una Sanità che deve svilupparsi con processi decisionali trasparenti, informati, inclusivi, dialogici, con processi partecipati in ambito medico, infermieristico, scientifico, per affrontare la complessità sociale dei fenomeni associati ai rischi per la salute.

Stanno cambiando i saperi legati al bisogno assistenziale; stanno cambiando i saperi anche all'interno dell'organizzazione del lavoro.

Cambiare approccio, allora, se cambiano i saperi, così cambia l'idea stessa di assistenza e di cura dei pazienti.

Cambiano gli ospedali, c'è una revisione dei LEA, con l'inclusione di nuove patologie che richiedono, quindi, un diverso modello di infermiere che trasmetta conoscenze acquisite in Università o da esperienze lavorative oltre che dalla ricerca. Gli Infermieri diventeranno sempre più competitivi ed in grado di dare risposte di salute ai cittadini, ragion per cui occorre rivedere ruoli, competenze, relazioni professionali e responsabilità individuali e di équipe, come previsto dal comma 566 della legge di stabilità.

Gli Infermieri "devono sapere". Ma è chiara la mission aziendale? Gli infermieri sanno cosa l'Azienda da loro o, meglio, il suo operato, il suo "essere infermiere" è chiaro all'Azienda? La professione, nonostante il "muro" di alcuni interlocutori, sta cercando di decollare con gli strumenti a disposizione: formazione universitaria, Masters, aggiornamenti, formazione sul campo, riforma degli Ordini.

CONOSCENZA, QUINDI, COME MEZZO DI CRESCITA

Esistono, purtroppo, criticità della professione e legate a deficit a vari livelli:

- mancanza di turn over nelle equipe assistenziali a causa del taglio dei fondi, anche se si intravedono spiragli di cambiamento;
- lavoro nero ovvero "abuso" di alcuni, non perseguibile per mancanza di prove. Le voci riferite non hanno carattere di prova.
- ambienti di lavoro disagiati a causa della mancanza di servizi – mense, asili nido- che permetterebbero un più sereno svolgimento del lavoro

Esistono "patologie" del sistema:

- eccesso di politica in Sanità, che condiziona pesantemente l'intero Sistema, dalle nomine dei DG alla programmazione
- chiusura di ospedali senza progetti concreti ed alternativi di potenziamento della medicina territoriale, senza una rete efficiente di servizi, fatte salve pochissime realtà
- in Puglia 11 ospedali su 39 coprono il 75% dell'attività, come affermato di recente dall'ass. alla salute Pentassuglia
- differente costo dei presidi con un gap considerevole tra nord e sud e tra Asl ed Asl
- offerta insufficiente di reti assistenziali per cronici e post acuzie.

COSA OCCORRE FARE?

Occorre, quindi, rivedere il rapporto ospedale-territorio, dando maggior peso al territorio ed all'assistenza domiciliare, puntando ad una "nuova centralità", quella del territorio, che deve essere attrezzato, a nostro avviso, con:

1. Strutture di prossimità,
2. Hospices a gestione infermieristica,
3. Case della Salute a gestione infermieristica, dove vengano erogate prestazioni tarate sui bisogni del territorio, Case già presenti in altre realtà italiane con risultati più che soddisfacenti, con un flusso di utenti senza dubbio positivo, utenti non più obbligati a ricorrere al Pronto Soccorso (ovviamente si tratta di codici bianchi),
4. Ambulatori infermieristici pubblici e privati.

Il Collegio, da tempo, sa che solo un territorio attrezzato può essere alternativo all'ospedale, ragion per cui porta avanti, anno dopo anno, il progetto della Libera Professione, degli Ambulatori Infermieristici, dell'Infermiere territoriale, delle Case della Salute, fornendo agli iscritti la conoscenza per affrontare la rinnovata Sanità.

L'IMPORTANZA DELLA RELAZIONE NELLA MIA ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE

Dott.ssa Annafrank Balestra, *Infermiera Libero Professionista*



La mia esperienza di Infermiera libero professionista non prescinde mai dall'attuare precisi comportamenti etici nei confronti del paziente, comportamenti differenziati a seconda che si tratti di un anziano, uomo o donna, di un adolescente o di un bambino. E', questo, uno dei compiti fondamentali su cui rifletto durante la mia attività, cioè valuto ogni momento della relazione umana e sociale, anche economica, da quando essa si instaura sino al suo completamento, al fine di costituire un rapporto soddisfacente e gratificante per entrambi i soggetti. Mi trovo così a decidere approcci e modalità di rapporto, obiettivi e tecniche di intervento.

Il saluto sereno e gioioso, quando mi avvicino al paziente, rende salutare il mio relazionarmi, perché appiana, anche se momentaneamente, le sue ansie, le sue sofferenze addirittura

il dolore fisico e crea quel rapporto di sintonia, empatia quasi a volermi dire "Sono nelle tue mani, cara infermiera". Questo approccio, certamente corretto, favorisce la comunicazione empatica, non solo con me professionista, che sa gestire un momento della sua procedura terapeutica approntata dal medico per fargli conseguire il miglioramento e il ripristino della sua reale fisiologia (per quel che è possibile), ma anche con i suoi cari. Già il primo approccio, il saluto, l'ascolto, mi consentono di valutare con la massima scrupolosità le reali esigenze morali, psicologiche e terapeutiche del paziente, inducendo ad avere fiducia nella terapia, anche se, a volte, è solo palliativa. Non sottovaluto "MAI" il valore e l'importanza dei vari momenti relazionali, anzi mia etica è affinare le tecniche comunicative che estendo anche al contesto familiare cui chiedo collaborazione emotiva - affettiva per l'efficacia terapeutica e la serenità del paziente e dell'ambiente circostante. La mia etica è di autovalutazione nei miei comportamenti in relazione alla circostanza. Il rispetto e la buona educazione, inoltre, mi aiutano a costruire rapporti solidi anche amicali per la buona riuscita di tutte le prestazioni infermieristiche a me richieste, al fine di contribuire al miglioramento delle condizioni di salute del paziente, il principale protagonista del mio intervento professionale di infermiera, impegnata nell'attività libero - professionale.



L'INFERMIERE NEL PROCESSO DI RIABILITAZIONE CON L'ONOTERAPIA

Dott.ssa **Simonetti Samantha** *Infermiera*



Le attività di mediazione con l'asino (A.M.A.) o meglio conosciuta come Onoterapia, sono interventi di "educazione e rieducazione" alla relazione finalizzate a promuovere condizioni di benessere.

Sono attività co-terapiche di supporto alla medicina e alla psicologia tradizionale che mira al recupero o alla sollecitazione di risorse interne, riattivare i rapporti con la propria interiorità e, di conseguenza, con il mondo esterno.

Queste attività permettono di acquisire mag-

giore consapevolezza del proprio corpo e dei propri movimenti, favorendo inoltre la capacità di comunicazione aiutando così il paziente a decentrarsi dalle proprie problematiche.

Un aspetto essenziale che accompagna tutta l'attività con l'asino, è l'attivazione emozionale. Si tratta di emozioni che agiscono sul benessere della persona in quanto rientrano nella gamma delle emozioni positive (curiosità, tenerezza, calore relazionale, intimità, gioco, divertimento, senso del buffo e del ridicolo, senso



di padronanza del compito, sicurezza, accettazione, ecc.) mentre sono ridotte al minimo o facilmente superabili le emozioni di carattere negativo (paura, senso di imprevedibilità e insicurezza, vergogna, rabbia, ecc.).

Esistono alcuni criteri che è necessario tenere sempre presente nelle attività che vengono proposte con l'asino:

1. valorizzare la relazione con l'animale piuttosto che proporre tecniche preordinate di avvicinamento.
2. lasciare ampio spazio agli elementi sensoriali e percettivi.

Vista: osservazione dello spazio e dell'animale;

Olfatto: consapevolezza degli odori dell'ambiente e dell'asino;

Tatto-calore: sperimentazione del contatto morbido col pelo dell'asino, del calore;

Udito: consapevolezza dei suoni;

Prossemica: consapevolezza delle distanze e delle vicinanze così da trovare la giusta distanza.

Una delle fasi dell'attività di avvicinamento è la cura e la pulizia dell'asino.

Il messaggio che dovrebbe arrivare è il seguente: "mi prendo cura dell'asino prima di chiedere o di esigere che faccia delle cose per me".

Nella fase di avvicinamento è importante ricordare che, in natura, l'asino è una preda; quindi, un evento improvviso può portare l'animale a reazioni istintive e, anche il nostro arrivo, se inaspettato e da dietro, può spaventare l'animale.

Per guadagnare la sua fiducia si deve avere pazienza e ci si può aiutare con dei pezzetti di carota da usare come premio nel momento in cui esegue ciò che gli viene chiesto, anche solo

se sta fermo mentre lo si pulisce.

Prendere confidenza con l'animale e saperlo condurre:

- è un ottimo strumento per rafforzare l'autostima (si guida un animale più grande di noi che spesso richiede degli accorgimenti per farlo avanzare);
- consente di effettuare camminate all'aperto facendo passeggiate rilassanti ad un passo lento e ritmato (se l'asino è abituato ad uscire in passeggiata, altrimenti è un'avventura riuscire a tenere al passo gli asini che, deciso il capobranco, lo/la seguiranno ma non senza pause per spuntini o accelerate improvvise);
- consente di realizzare percorsi strutturati più o meno difficili "da far fare all'asino", il conduttore è motivato a muoversi insieme (con slalom, ostacoli...), si lavora sulla coordinazione motoria, sull'equilibrio, sul rispetto dell'altro e dei suoi ritmi, sulla responsabilità (se non conduciamo bene anche l'asino sbaglia il percorso);
- consente di effettuare, in particolare con i bambini, attività di gioco che sono componenti importanti per esprimersi e comunicare il proprio essere individuale;
- consente di acquisire maggiori informazioni sullo schema corporeo (agevolando la presa di coscienza del sé) e sull'orientamento.

BENEFICI

La valorizzazione della dimensione non verbale "tattile" (uditiva, olfattiva, propriocettiva)

La nostra vita emotiva è sollecitata non solo da pensieri o immagini interne ma, soprattutto, dalla relazione con l'altro da sé.

Nell'esperienza quotidiana si sperimenta una relazione con l'altro da sé connotata prevalentemente dalla dimensione verbale e visiva mentre le altre dimensioni più squisitamente corporee passano in secondo piano.

L'attività con l'asino mette in gioco proprio quelle dimensioni esperienziali solitamente trascurate.

Il contatto tattile, innanzitutto, costituisce un elemento emotivo importante: il calore dell'animale, la morbidezza del pelo e soprattutto la responsabilità al contatto del bambino connotano l'asino come "speciale pelouche" dotato di vita e di relazione.

Anche la dimensione olfattiva acquista un suo rilievo nel contatto con l'animale; odori specifici legati alla campagna, al fieno, al pelo dell'asino, al cuoio dei finimenti.

L'asino può rappresentare per il bambino e per il paziente uno speciale oggetto transizionale.

L'asino attutisce e ammorbidisce le relazioni transferali tra adulto e bambino e tra operatore e paziente, consentendo un loro scioglimento ed una elaborazione sul campo.

Prendersi cura dell'asino significa porsi in ruolo attivo rispetto all'abitudine a subire passivamente interventi esterni cui la persona disabile, il paziente psichiatrico, la persona dipendente e quella anziana sono spesso esposti.

Si attua un'inversione di ruolo che ha effetti benefici sull'immagine di sé e sul sistema motivazionale.

Nella relazione con l'asino si apre la possibilità di ridisegnare e ricostruire i tempi della cura (tempi veloci e lenti della relazione in fieri con l'animale, piuttosto che la tempistica rigida delle terapie e cure tradizionali).

L'ASINO COME CO-TERAPEUTA

L'asino è un facilitatore di comunicazione: stimola l'elaborazione del linguaggio verbale e fa da valvola di sfogo emotivo. L'incontro con l'animale si trasforma in una relazione di aiuto da cui scaturisce un'utilità per la persona tramite messaggi non-verbali: si fa terapia senza un esplicito contratto terapeutico e si migliora la qualità della vita (animal assisted activities) e la salute (animal assisted therapy). Del resto "pet" sta ad indicare quel genere di animali da coccolare, da vezzeggiare, da accarezzare perché morbidi, cioè tutti quelli da tenere vicini alla propria persona, in quanto hanno una buona capacità di facilitare i rapporti interattivi soprattutto prendendo l'iniziativa nel sollecitare

la collaborazione del paziente.

Essendo l'asino un animale di affezione è capace di creare relazioni significative perché sembra che prima pensi e poi agisca.

L'asino fa per tutte le stagioni della vita: ad ogni età, attraverso il gioco ed il contatto diretto fisico, può sviluppare i processi cognitivi e sensoriali soprattutto nei bambini con disturbi psichici, con sintomi da deprivazione, con problemi comportamentali e deficit mentali.

L'asino facilita la rottura delle difese nevrotiche: l'individuo può toccare il pelo morbido, usa la staticità della postura dell'animale che offre sicurezza, quasi un punto fermo appena lo si tocca o ci si appoggi.

Dopo anni di dibattiti e di esperienze nel campo della riabilitazione psichiatrica i tempi sono maturi per una ridefinizione del lavoro riabilitativo. Finora, la riabilitazione aveva scoperto un ruolo di appendice e di post-cura, quasi che il suo compito fosse limitato a occuparsi degli aspetti socio-ricreativi dell'agire terapeutico.

Oggi vi è una nuova visione della riabilitazione in psichiatria: riabilitare vuol dire permettere al paziente l'uso del codice simbolico, aiutandolo nei processi di costruzione dei significati, stimolare il suo interesse alla vita; in senso letterale riabilitare significa ri-acquisizione di abilità, evidentemente perdute in relazione al disturbo psichico o alle sue conseguenze.

Fortunatamente la psichiatria contemporanea, pur tra mille esitazioni e incertezze, si avvia ad essere sempre più una psichiatria antropologica con un rinnovato interesse per l'uomo, per la sua personalità più che per i suoi sintomi, e la malattia mentale viene vista come un aspetto della condizione umana, una cruciale esperienza dell'uomo.

L'assunto di base della riabilitazione è che la riacquisizione di abilità, insieme a opportuni interventi sull'ambiente di vita, permetta al paziente di svolgere il ruolo sociale da lui scelto, cioè di funzionare da un punto di vista sociale. Scopo finale dell'intervento riabilitativo è l'integrazione del paziente nella comunità, al massimo grado di autonomia possibile. Il progetto

globale è quello di migliorare la qualità della vita, far sì che la persona conduca una vita il più possibile normale nella società.

L' ONOTERAPIA IN AMBITO PSICHIATRICO

La natura dell'uomo porta lo stesso a dover soddisfare sia bisogni primari quali: mangiare, dormire, ecc., sia quelli secondari, legati alla sfera emotiva.

In ambito psichiatrico l'onoterapia ha avuto buoni risultati in alcune patologie come, la depressione, l'autismo, il disturbo d'ansia generalizzato e la schizofrenia.

- **DEPRESSIONE:** in questa patologia è certo, ormai, che la presenza di un animale migliora da un punto di vista psicologico la vita dell'individuo, *“diminuendo la solitudine e la depressione, agendo da supporto sociale, dando un impulso alla cura di se stessi e diventando una fonte per attività quotidiane significative”*

Affinché l'onoterapia sia utile nella cura della depressione è essenziale che si instauri una comunicazione affettivamente significativa tra i due elementi (il paziente e l'asino).

- **AUTISMO:** l'autismo infantile è un termine che si riferisce a un comportamento gravemente disturbato, la cui caratteristica principale è la grave incapacità a entrare in relazione con gli altri.

Il comportamento autistico è caratterizzato da un eccesso di evitamento verso gli altri e la realtà e al tempo stesso da un conflitto motivazionale, collegato alla copresenza di spinte fugaci e transitorie ad avvicinarsi. Molti studi hanno confermato in modo rigoroso l'efficacia del rapporto tra il bambino e l'animale da compagnia in situazioni di autismo. Il rapporto bambino-animale è una diade che risulta ideale per quanto concerne la vivacità, la spontaneità, la sensibilità, la capacità ludica dei due protagonisti.

- **DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO:** Un modello di applicazione della Pet The-



rapy è stato proposto anche in una determinata patologia, il Disturbo d'Ansia Generalizzato, ossia quella situazione sintomatica caratterizzata da tensione ed irritabilità. Gli stati d'ansia rappresentano il più comune dei disturbi psichiatrici e certamente uno dei motivi che più frequentemente conducono il paziente da medico. L'interazione con l'animale da compagnia è un elemento di sicurezza, rilassa, è uno "stimolatore di sorrisi" e non raramente di risate, porta ad una diminuzione delle patologie somatiche minori, abbassa la pressione arteriosa.

- **SCHIZOFRENIA:** A promuovere l'utilizzo degli animali come arma contro la schizofrenia è uno studio israeliano pubblicato sulla rivista "Psychotherapy and Psychosomatics".

La ricerca, che ha coinvolto 20 pazienti,

dimostra come la pet therapy sia efficace soprattutto contro un sintomo della schizofrenia resistente alle cure tradizionali: la cosiddetta "anedonia", cioè l'incapacità di trarre soddisfazione da esperienze ritenute in genere piacevoli.

Il gruppo che aveva sperimentato la vicinanza degli animali mostrava più motivazioni, oltre a un significativo miglioramento delle capacità di rallegrarsi dopo un'esperienza gratificante e di mettere a frutto il proprio tempo libero.

L'INFERMIERE è colui che può unire il progresso trauma/malattia con la fase della riabilitazione, in quanto l'infermiere è co-partecipe sia della fase clinica che riabilitativa.

Egli lavora in collaborazione con altre figure professionali che già seguono il soggetto (medico, neuropsichiatra, psi-



cologo, assistente sociale, educatore, insegnante, terapeuta della riabilitazione, psicomotricista) per strutturare l'attività di mediazione in modo più mirato e globale.

Durante le attività l'operatore deve entrare in empatia con "l'utente", cercare di leggere le emozioni e le richieste non verbali.

Durante il lavoro è fondamentale osservare anche l'animale.

Generalmente i primi incontri sono dedicati all'avvicinamento e alla conoscenza dell'animale attraverso il contatto, nel pieno rispetto dei tempi del soggetto e senza forzature.

Prima di passare alla conduzione o ad attività più "giocose" è importante che il soggetto impari a prendersi cura dell'animale: pulirlo, dargli cibo, toccarlo e stargli vicino senza paura.

Appreso l'utilizzo degli strumenti necessari alla cura dell'asino e alla gestione dello stesso si potrà passare ad attività specifiche con l'asino, in particolare alla conduzione.

Alla fine di ogni incontro l'infermiere

deve portare chi partecipa verso un abbassamento tonico-emotivo chiedendogli, ad esempio, di salutare l'animale, di riordinare le attrezzature usate, ricordandosi di avvertire in anticipo che l'incontro sta per concludersi.

Importante per l'infermiere è appuntarsi alla fine di ogni seduta atteggiamenti nuovi o variazioni di comportamento (sia positivi sia negativi) in modo da avere un feedback immediato dell'incontro e, a fine progetto, poter valutare l'andamento del percorso effettuato.

L'ultima fase del progetto individuale è quella di verifica e valutazione degli eventuali risultati ottenuti anche solo a livello emotivo, quindi, è importante il confronto con gli operatori e i professionisti dell'equipe comprese le figure di riferimento del soggetto.

Può essere utile una valutazione anche a metà percorso per valutare variazioni o aggiustamenti delle attività o modalità operative.

All'interno della ASL di Taranto e precisamente l'UTR si Grottaglie ha realizzato progetti riabilitativi per pazienti con diverse patologie.

L'utente recandosi nella struttura, usufruisce di programmi studiati appositamente e senza restrizione di sorta; qui è proprio il paziente ad essere motore trainante e fulcro della struttura, che si adatta in maniera dinamica alle singole necessità dell'utente. E' un centro strutturalmente adeguato che ha la possibilità di svolgere progetti differenti potendo mettere a disposizione materiali ed attrezzature idonee e ovviamente, personale qualificato.

Nel comune di Grottaglie con la delibera del 17 Novembre 2006 è stato recepito il Protocollo d'intesa per l'istituzione presso tale comune di un centro sperimentale di attività e terapie assistite con gli animali. Il protocollo si prefigge lo scopo di attuare un progetto integrato per la cura di persone con svantaggio psico-fisico attraverso le attività e le terapie assistite da animali.

Tale progetto è stato attuato presso l'Unità Territoriale di Riabilitazione (UTR) dell'Asl di Taranto a Grottaglie di cui la responsabile è la Dottoressa Annamaria D'Urso.

Qui un'equipe multidisciplinare socio-educativa e sanitaria, con l'attenta supervisione di medici veterinari e di esperti del settore delle TAA (Terapie Assistite degli Animali) e AAA (Attività Assistite dagli Animali), svolge quotidianamente un lavoro di avvicinamento del soggetto con disturbi relazionali e/o neuromotori agli animali in particolar modo al cane

Fanno parte di questa equipe oltre all'infermiere, psicologi, pedagogisti, educatori professionali, assistente sociale psicomotricista, fisioterapisti, medici. Il lavoro svolto, in ordine alle TAA e alle AAA è essenzialmente di tipo terapeutico, attraverso sedute gestite da educatori affiancati dalla coppia conduttore cane, con l'utilizzo di un settino definito nei tempi, negli spazi e nei materiali utilizzati. Esiste poi una particolare attenzione per il monitoraggio delle sedute attraverso video riprese e la compilazione di specifiche schede etogrammatiche. Infine, si è avviato un modello di rilevazione dei parametri psico-fisiologici dei fruitori prima, durante e dopo la seduta al fine di registrare eventuali variazioni significative in relazione all'andamento dell'interazione bambino-asino. Il clima sereno che si crea all'interno delle sedute favorisce un'evoluzione positiva delle competenze relazionali dei pazienti e delle loro emozioni.

Attualmente è al vaglio la fase di start up di un programma di ricerca-analisi differenziale, seguito da esperti di TAA con la consulenza fondamentale del Dipartimento di Bioetica e del Dipartimento Psicologia dell'Università di Bari.

L'ipotesi è che si possano rilevare condizioni di efficacia del trattamento combinato, seduta tradizionale e seduta assistita dall'asino attraverso la rilevazione di elementi di positività nella relazione attribuibili alle interazioni spontanee.

In conclusione si può affermare che molti bambini difficilmente trattabili con le terapie riabilitative tradizionali, sono disponibili e sereni durante le sedute di TAA, i ragazzi che accudiscono gli asini da utenti "passivi" sono divenuti attenti

collaboratori, dimostrando di poter assolvere a compiti educativi di tutto rispetto.

È crollato lo stereotipo di vedere l'infermiere con la divisa bianca tra i letti di una corsia.

L'impegno dell'infermiere oggi è un altro; il ruolo della nostra professione vede questa figura fondamentale per la riabilitazione di tutte quelle persone che non hanno bisogno solo di farmaci ma anche di carezze.

Carezze intese non solo in senso lato, ma carezze possono essere quelle effusioni che riceviamo da un animale come asino, cane, gatto, cavallo etc.

Il "toccare" diminuisce l'ansia, crea benessere e stimoli per aumentare le percezioni. Questo non esclude gli interventi chimici ma interviene rafforzando le relazioni.

Non è difficile capire quindi come l'utilizzo degli animali come terapia potrebbe diventare un ausilio importante nella cura di molte patologie gravi come l'handicap psicofisico, se questa terapia, oggi giorno ancora agli albori, trovasse nel nostro Paese la forza e soprattutto gli strumenti per affermarsi con maggiore rigore metodologico.

BIBLIOGRAFIA

AA. VV. (a cura di E. Milonis) – Attività di mediazione con l'asino, Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche Brescia, Tipografia Camuna, Brescia, 2010

Baroncini R., L'asino, il mulo e il bardotto, Edagricole, 2001

Cantiello P.R. (a cura di), L'asino che cura – prospettive di onoterapia, Carocci Faber, Roma, 2009

De Lubersac R. – H. Lallery, Rieducare con l'equitazione, Igis Edizioni, Milano, 1977

Faggiani F., Grooming, edizioni equestri, Milano, 1988

Frescarelli M. – D.N. Citterio – Trattato di riabilitazione equestre.

PROPOSTA DI UN PROCESSO MANAGERIALE PER LA MAPPATURA DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE RICHIESTE PER L'AVVIO DI UNA "U.O.C. DI RIANIMAZIONE APERTA" NEL POLO OSPEDALIERO ORIENTALE DELL'ASL TARANTO

Dott.ssa Monica Cardelicchio - Infermiera ADI Distretto 3 ASL Taranto
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

La popolazione di Taranto, insieme a quella delle altre principali città italiane, è stata oggetto di diversi studi epidemiologici multicentrici e di impatto sanitario, che hanno documentato il ruolo dell'inquinamento atmosferico sull'incremento di effetti a breve e a lungo termine, quali in particolare la mortalità e la morbosità per malattie cardiache e respiratorie nelle popolazioni residenti, sia adulti che bambini.

Lo studio Sentieri evidenzia che nel periodo 2003-2008 nei comuni di Taranto e Statte, i più vicini all'Ilva, c'è stato un aumento del 10% dei decessi per tutte le cause e del 12% per tutti i tumori.¹ Per i tumori del fegato e dei polmoni in provincia di Taranto è stato rilevato un aumento del 24%, per i linfomi del 38%, per i mesoteliomi del 306% per cento, mentre per i bambini si registra un +35% di decessi sotto un anno di età e per tutte le cause, e un +71% per le morti nel periodo perinatale. Dati terrificanti di fronte ai quali bisognerebbe semplicemente fermarsi, restando in silenzio per il rispetto del dolore e della sofferenza che essi portano.

Quei dati raccontano la storia drammatica di questa città, dopo anni ed anni di inquinamento prodotto dalla grande industria e dalla Marina Militare. E le previsioni per il futuro non sono di certo migliori. Dati che spiegano, meglio di qualsiasi teoria economica e politica, il perché questo territorio deve essere liberato dalla presenza invasiva e coloniale (aggettivo che fu usato oltre quattro anni fa dopo l'ennesima presentazione del Rapporto ambiente e sicurezza

dell'Ilva del 2009) degli impianti industriali. Gli ultimi studi condotti dall'Istituto Superiore della Sanità nel 2013 hanno evidenziato che a Taranto la mortalità infantile registrata per tutte le cause è **maggiore del 21% rispetto alla media regionale**. Confermati anche gli eccessi di mortalità per gli adulti trovati dalle precedenti edizioni della ricerca. Secondo lo studio nell'area sottoposta a rilevamenti c'è un eccesso di incidenza di tutti i tumori nella fascia 0-14 anni pari al 54%, mentre nel primo anno di vita l'eccesso di mortalità per tutte le cause è del 20%. Per alcune malattie di origine perinatale, iniziate cioè durante la gravidanza, l'aumento della mortalità è invece del 45%.

Lo studio conferma le criticità del profilo sanitario della popolazione di Taranto emerse in precedenti indagini. Scrive l'Iss "Le analisi effettuate utilizzando i tre indicatori sanitari sono coerenti nel segnalare eccessi di rischio per le patologie per le quali è verosimile presupporre un contributo eziologico delle contaminazioni ambientali che caratterizzano l'area in esame, come causa o concausa, quali: tumore del polmone, mesotelioma della pleura, malattie dell'apparato respiratorio nel loro complesso, malattie respiratorie acute, malattie respiratorie croniche".

Questi dati spiegano l'aumentato numero di pazienti ricoverati nel reparto di rianimazione. Poiché a Taranto ci sono solo due reparti di Terapia intensiva, collocati uno all'Ospedale S.S. Annunziata e l'altro all'Ospedale San Giuseppe Moscati, si è avvertita l'esigenza di aprire un altro reparto di Terapia Intensiva nell'Ospedale Giannuzzi di Manduria. Tale reparto è ben collegato tra la città di Taranto e di Lecce

¹ Studio Sentieri "Ambiente e salute a Taranto: evidenze disponibili e indicazioni di sanità pubblica" A cura di: Pietro Comba, Susanna Conti, Ivano Iavarone, Giovanni Marsili, Loredana Musmeci,, Roberta Pirastu.

. Inizialmente, sono stati stabiliti 4 posti letto da avviarsi pian piano. Da qui nasce l'esigenza di selezionare il personale in base alle competenze. Si è deciso di optare per l'apertura di un reparto di terapia intensiva "aperta" data l'importanza della stessa nell'assistenza dei pazienti ricoverati.

PROGETTO DI MAPPATURA

La mappatura (misurazione) delle competenze permette di definire: 1) quali sono le competenze di cui oggi si dispone nella nostra organizzazione, 2) quali sono le nostre aree di forza e le nostre aree di debolezza, 3) quali sono i gap più critici da colmare per allineare le nostre competenze alle richieste che ci vengono dalle strategie e dal business. La mappatura delle competenze accompagna e sostiene processi di sviluppo individuale, cambiamento di funzione e sviluppi di carriera, progetti di sviluppo dell'organizzazione, azioni di riconversione o di riposizionamento (interno o esterno all'organizzazione), piani di formazione.

OBIETTIVI

La finalità immediata del processo di mappatura/misurazione delle competenze è realizzare una fotografia oggettiva delle competenze possedute dalle persone, il suo scopo ultimo è lo sviluppo e la crescita. L'obiettivo principale è la conoscenza finalizzata a capire come sviluppare e valorizzare le competenze e non c'è una finalità valutativa delle persone. La mappatura delle competenze non è una valutazione; la sua utilizzabilità per lo sviluppo dipende dalla capacità di effettuare valutazioni il più possibile oggettive e basate sui comportamenti realmente osservati nelle persone interessate.

Gli obiettivi che si possono perseguire attraverso la misurazione delle competenze riguardano sia i singoli, di qualunque livello, sia l'organizzazione.

Per quanto riguarda gli *Obiettivi per i singoli* si deve fare il punto sulle proprie competenze e chiarire i propri obiettivi professionali e criteri di scelta, a fronte dei cambiamenti in atto nell'or-

ganizzazione; si deve costruire un progetto professionale coerente alle possibilità e ai vincoli dell'organizzazione e rafforzare la propria capacità di reagire positivamente e fronteggiare i cambiamenti lavorativi.

Per gli *Obiettivi per l'organizzazione*, invece, bisogna:

favorire una convergenza tra i progetti delle persone e quelli dell'organizzazione, ottimizzando l'uso delle risorse;

migliorare la conoscenza delle proprie risorse umane, del potenziale disponibile, delle competenze trasferibili;

sviluppare la gestione dei percorsi di carriera e delle competenze.

Si è deciso di applicare un modello sperimentale di Mappatura delle competenze agli infermieri neoassunti nel reparto di rianimazione dell'ospedale Giannuzzi di Manduria.

APPLICAZIONE DI UN MODELLO SPERIMENTALE PER LA MAPPATURA

Il percorso formativo degli infermieri neoassunti nel reparto di rianimazione dell'ospedale Giannuzzi di Manduria inizia con l'inserimento e la prima stesura dell'istruzione operativa dal titolo "Inserimento ed addestramento personale nuovo assunto infermiere nell'unità operativa della rianimazione di Manduria". L'istruzione operativa del percorso formativo di questa realtà assistenziale presenta tali obiettivi:

- Programmare l'attività di addestramento in maniera specifica e con il sostegno di un tutor;
- Omogeneizzare il percorso formativo di tutti i neo-assunti, sia in termini di contenuti che di percorso;
- Fornire ed uniformare le conoscenze specifiche nella gestione del paziente di area critica;
- Personalizzare il percorso formativo in itinere in base al raggiungimento degli obiettivi di autonomia e di acquisizione

delle conoscenze e abilità necessarie per lavorare in area critica;

- Garantire un addestramento ed una valutazione il più obiettivo possibile dell'operato dell'Infermiere in formazione presso l'Unità Operativa di Rianimazione.

Primo Accoglimento/Pianificazione

- Primo colloquio conoscitivo (con coordinatore U.O. e/o tutor responsabile settore formazione) ;
- Presentazione del reparto (caratteristiche strutturali e gestionali) con visita dei vari locali e descrizione sommaria degli arredi-strutture e loro contenuto;
- Intervista per conoscere iter formativo del neo-assunto ed esperienze professionali, aspettative e bisogni formativi, con compilazione "Modulo-Frontespizio" di "Consegne inserimento e affiancamento nuovo personale infermieristico" e "Scheda per Curriculum formativo-professionale" da compilare successivamente da parte del neo-inserito e da consegnare al referente formazione di UO;
- Consegna strumenti operativi: consegna inserimento, regole autogestione, piano attività Rianimazione, categorizzazione pazienti, legenda turnistica, scheda obiettivi inserimento nuovo infermiere, procedura per accoglienza, trasferimento e dimissione paziente, organizzazione del lavoro del personale infermieristico U.O. Rianimazione Manduria;
- Indicazioni su materiale didattico relativo alle principali patologie riscontrabili nei pazienti della a U.O (autoapprendimento);
- Descrizione attività svolte e obiettivi specifici per UO;
- Descrizione organigramma e funzionigramma delle figure infermieristiche presenti nel reparto: Coordinatore infer-

mieristico, Infermiere tecnico, Infermiere addetto al percorso di emergenza (*detto "urgentista"*), Infermiere diurnista, Infermiere responsabile, Infermiere addetto alle urgenze, Infermiere addetto all'assistenza, Infermiere reperibile per gestione urgenze ed iter diagnostico;

- Descrizione del percorso di inserimento, con affiancamento a uno o più tutor/infermieri esperti in area critica (minimo 20 giorni lavorativi). Condivisione tra coordinatore/referente e nuovo infermiere del programma di inserimento e relativi tempi e obiettivi da raggiungere;
- Individuazione di un infermiere guida (tutor/infermiere esperto) in grado di accogliere, informare ed orientare il neo-collega nella complessa operazione di lettura dell'organizzazione dei reparti;
- Pianificazione dell'inserimento nell'arco temporale di 3-4 settimane (minimo 20 giorni lavorativi).

Inserimento /Affiancamento

- Inserimento del nuovo assunto in turno, sempre affiancato a uno o più di un infermiere tutor/infermiere esperto individuato dal Coordinatore di reparto, per un minimo di 20 giorni lavorativi. Il turno può prevedere un periodo da diurnista (pomeriggio e mattina) e/o un periodo da turnista con almeno una notte;
- Compilazione per ogni turno, da parte del tutor o infermiere esperto, in collaborazione con il neo-inserito, della "Consegna inserimento nuovo Infermiere" , allo scopo di certificare e documentare il percorso formativo seguito. Tale consegna, inserita in un apposito raccoglitore nella guardiola infermieri, è consultabile da parte di tutti i componenti dell'equipe assistenziale e altri tutor clinici, nonché dal Coordinatore di reparto e tutor referente formazione di UO;
- Supervisione dell'operato del neo-assunto durante il periodo di addestramen-

to da parte del Coordinatore Unità Assistenziale (CUA) e referente formazione, con colloqui anche brevi ed informali, in modo da evidenziare problemi, lacune o incertezze (sia relazionali che operativo-assistenziali).

- la conoscenza delle procedure/ istruzioni operative comunemente in uso all'interno della U.O.;
- le conoscenze pratiche sull'esecuzione di manovre specifiche;
- le conoscenze specifiche di alcune apparecchiature elettromedicali di uso nell'U.O.

Valutazione

- Valutazione del percorso in itinere da parte di CUA e tutor referente, con tappe valutative intermedie, in relazione ad obiettivi stabiliti e al grado di raggiungimento degli stessi quali:
 - Ampliamento delle conoscenze (sapere);
 - Acquisizione di competenze (saper fare);
 - Elaborazione di nuove modalità comunicative e di relazione con il gruppo di lavoro, con gli utenti, con i familiari (saper essere);
- Analisi del raggiungimento degli obiettivi formativi a breve termine, con valutazione della necessità di una eventuale rivisitazione della pianificazione iniziale del percorso formativo, che tenga conto delle caratteristiche dell'individuo e delle sue capacità di apprendimento in itinere;
- Discussione dei risultati della compilazione della "Scheda di valutazione inserimento nuovo infermiere"; valutazione del Coordinatore Unità Assistenziale e Referente formazione, insieme all'interessato, della necessità di un ulteriore breve periodo di affiancamento per approfondire alcune tematiche specifiche;
- Somministrazione, a distanza dal termine del periodo di affiancamento, del "Questionario di valutazione infermiere neo inserito", allo scopo di valutare a posteriori rispetto al periodo di addestramento:
 - le conoscenze teorico-pratiche inerenti l'area critica;
- Discussione dei risultati del questionario compilato con l'infermiere neoinserto; valutazione, insieme all'interessato, dell'opportunità di individuare una U.O. a minore complessità assistenziale;
- Inserimento del nuovo infermiere in turno possibilmente affiancato ad tutor/infermiere esperto che lo ha seguito, considerandolo come unità integrante del turno;
- Se è richiesto dalla Direzione Sanitaria occorre effettuare la compilazione della scheda di valutazione dell'infermiere neoassunto entro 6 mesi dalla data di assunzione per avvalorare il superamento del periodo di prova;
- Analisi del raggiungimento degli obiettivi formativi a medio e lungo termine del neoassunto, con eventualmente pianificazione di un percorso formativo che tenga conto dei fabbisogni formativi dell'individuo e dell'organizzazione. Di questo si terrà conto nella Programmazione Annuale della Formazione.
- Sono previsti inoltre nelle U.A. corsi formativi specifici per tutti gli infermieri che permettono di conoscere e gestire al meglio le attività specifiche del reparto, approfondendo argomenti come la gestione delle apparecchiature elettromedicali (il ventilatore, l'emofiltro, il Vigileo e il Picco per il monitoraggio intensivo dell'emodinamica), la gestione dell'emergenza dei gas medicali, la gestione delle vie aeree, simulazioni per la gestione del trauma in Pronto Soccorso, corsi per le donazioni degli organi e tessuti, corsi per la prevenzione delle infezioni

intraospedaliera, per la gestione delle Lesioni da Decubito ecc. Occasionalmente e considerando le necessità della

U.A. si organizzano Audit di confronto per migliorare la gestione del rischio clinico e condividere momenti di alta criticità avvenuti durante l'assistenza.

MAPPATURA DELL'INTERVENTO FORMATIVO

Unità Formativa Capitalizzabile: formazione			
ADA/ Funzione Formazione: formazione di tipo culturale			
Area di Riferimento: essere in grado di integrare stessi profili professionali (Infermiere) con competenze specialistiche			
Risultato Atteso: acquisizione di conoscenze e tecniche per uniformare i comportamenti tra infermieri specialisti e non specialisti			
AMBITO DI APPRENDIMENTO			
Competenze	Conoscenze	Abilità	Comportamento
Essere in grado di riconoscere la figura dell'Infermiere Specialista	Conoscere il profilo dell'infermiere Specialista	Sapere consultare in modo appropriato l'Infermiere Specialista	Disponibilità
	Conoscere il campo di competenza dell'Infermiere Specialista	Sapere individuare il lavoro dell'Infermiere specialista nella propria realtà	Collaborazione
		Sapere utilizzare tutte le risorse umane del reparto	
Essere in grado di integrarsi con l'Infermiere Specialista	Conoscere tecniche relazionali per l'integrazione	Sapere relazionarsi con i colleghi, anche con chi presenta ruoli diversi, come gli Infermieri Specialisti	Disponibilità
	Conoscere tecniche comunicative per gestire i rapporti interprofessionali	Sapere scegliere tra le tecniche di comunicazione quella più idonea	Collaborazione

RIVALUTAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Nella realtà lavorativa della Rianimazione e Terapia Intensiva dell'Ospedale di Manduria è ragionevole pensare all'esistenza di un'intensità

di cura elevata e la presenza di materiale tecnologico molteplice e complesso per la natura del reparto. Tale realtà risulta essere complessa non solo per la tipologia di lavoro, ma anche per l'aspetto psicologico e relazionale con i pa-

zienti, i parenti e con i colleghi stessi. È difficile accettare da parte di tutti la fatalità a cui una persona va incontro, per cause traumatiche o mediche, in quanto il cambiamento repentino e travolgente dell'evento non lascia libertà d'azione. Considerando queste affermazioni si può dire che sia ragionevole cercare e formare dei punti di riferimento per rispondere al bisogno del momento, sia per bisogni assistenziali, sia per problemi degli apparecchi elettromedicali, che di clinica, ecc.

Il cambiamento culturale dell'intera équipe infermieristica si svilupperà tramite un intervento formativo. Si proporranno 6 incontri di 4 ore sviluppati su 6 mesi, in cui ciascun incontro sarà ripetuto una volta alla settimana nelle Aule di Formazione dell'Ospedale di Manduria. Le lezioni saranno supportate da risorse come il computer, video proiettore e cartaceo. Le ore saranno suddivise due ore in didattica e due ore per gruppi di lavoro dove si potranno mettere a tema le nozioni della lezione e le perplessità o i suggerimenti da apportare al progetto.

La didattica verterà sulla trasmissione del profilo dell'Infermiere Specialista in Terapia Intensiva, le sue competenze e il suo campo d'azione. Inoltre vi saranno lezioni dedicate alla trasmissione di informazioni e tecniche di comunicazione e relazionali per gestire al meglio i rapporti tra i professionisti in generale e tra chi possiede competenze specialistiche. Le lezioni che verranno eseguite nel 3 e 6 mese saranno fonte di valutazione in itinere e in quella finale, in cui si andranno a simulare circostanze in cui gli infermieri si potrebbero ritrovare e riconoscere, andando a valutare in questo modo i comportamenti e le abilità nel gestire tali scenari dopo aver eseguito la didattica. Si raccoglieranno le firme di presenza e alla fine del corso si conferirà ad ogni professionista un attestato di partecipazione con il riconoscimento dei crediti ECM.

CONCLUSIONI

Il percorso formativo presente nelle Unità Assistenziali di Rianimazione e di Terapia Intensiva risulta essere efficiente in quanto la maggior

parte degli infermieri raggiunge nei tempi stabiliti, entro 18 mesi, la fine del percorso obbligatorio.

Bisogna evidenziare che oggi sono ancora poche le realtà italiane di area critica che coltivano il percorso di umanizzazione dell'assistenza. Le grandi esperienze internazionali hanno già adottato il modello della Rianimazione Aperta legato all'ingresso dei familiari. L'apertura all'esterno delle *Intensive Unit Care* (ICU), delle *Pediatric Intensive Care Unit* (PCIU) e delle *Neonatal Intensive care Unit* (NICU) oggi, in particolare in America e in Canada (*George Washington University Hospital, S. Michael's Hospital, Mount Sinai Hospital, Toronto General Hospital*) è data dall'inserimento nel piano di cure del medico di famiglia e delle figure mediche significative per l'assistito di concerto con gli *intensivist*, ossia i medici anestesisti e rianimatori presenti normalmente in tali unità operative. Il percorso di umanizzazione dell'assistenza è molto lungo, visto nel più vasto panorama di una sanità a servizio dell'individuo.

Il tema della Rianimazione Aperta vuole essere solo un esempio per comprendere che l'educazione e la formazione dell'operatore sanitario ad un rapporto di maggiore qualità nei confronti dei pazienti sarà il *core* dell'assistenza e in molti casi la ragione per tanti affanni. In Italia, il progetto della Rianimazione Aperta ha sollecitato l'interesse da parte della ricerca scientifica, delle direzioni sanitarie, della ricerca microbiologica. Forse è stato dato per scontato un aspetto che invece merita senza dubbio una attenzione diversa: al cambiamento strutturale ed organizzativo delle Terapie Intensive deve necessariamente corrispondere un adeguato cambiamento delle relazioni. La relazione interpersonale, infatti, presuppone una maturità da parte dell'infermiere, una buona conoscenza di se stessi, il possedere dei valori personali, la coscienza delle proprie reazioni di fronte alle diverse situazioni e il valore della persona. Da sempre l'infermiere è la figura privilegiata che riesce a mediare il rapporto fra persona malata, nucleo familiare, struttura sanitaria e altri operatori, ma è necessario non lasciare tutto questo alla buona volontà del singolo.

Bibliografia

1. Ajello M, La competenza, Il Mulino, 2002, p. 35.
2. American Association of Colleges of Nursing, (1998) *The Essentials of Baccalaureate Education for professional Nursing practice*, American association of Colleges of Nursing, Washington. DC .
3. Atti IV Congresso Nazionale ANIARTI, 1985.
4. Calamandrei C., Orlandi C., *La dirigenza infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2002.
5. Carlo Calamandrei, "La pratica infermieristica avanzata: l'infermiere specialista clinico", *Management infermieristico- letteratura internazionale*, n. 1/2006 pag. 47.
6. Carretta A., Daziel Murray M., Mitrani A., *Dalle risorse umane alle competenze*, FrancoAngeli, Milano, 1992, p. 28-29-30.
7. Di Giacomo P., *La valorizzazione della professionalità nella gestione delle risorse umane*, Management Infermieristico, 2002, 3 : 16-21.
8. D'Innocenzo M, Massai D, Rocco G, Sasso L, Silvestro A, Valerio G, Vallicella F, "Linee guida per il master di primo livello: Infermieristica in area critica" I edizione, Roma 2002.
9. Dunn S. V., Lawson D., Robertson S., Underwood M., Clark R., Valentie T., Walzer N., Wilson-Row C., Crowder K., Herewane D., *The development of competency standard for specialist critical care nurses: issues and innovation in Nursing Practice*, Journal of Advanced Nursing, 2000, Volume 31 (2): 339-346.
10. Farina M.T., *L'infermiere coordinatore e l'inserimento di nuovi infermieri in area critica*, Management Infermieristico, 2002, 2 : 31-38.
11. Gamberoni L, *Lezione di Management Sanitario di Comunità - "Competenze Avanzate" – CdL Specialistica Università di Ferrara, 2008*
12. Gandini T., *Le competenze professionali dell'infermiere con funzioni di coordinamento*, Management Infermieristico 2002, 3 : 41-46.
13. Gandini T, *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità – una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento*, FrancoAngeli, Milano, 2005, p. 22
14. Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva, Malacarne P., Stella A., Giudici D., Bertolini G, *Infection surveillance in intensive care units. Preliminary results of a multicenter GiVITI study in 71 Italian ICUs*; *Minerva Anestesiologica* 2004; 70(5): 321 – 328.
15. Guilbert J Calamandrei C, *La pratica infermieristica avanzata: l'infermiere specialista clinico*, *Management infermieristico- letteratura internazionale*, n. 1/2006 pag. 47J., *OMS Guida Pedagogica.*, Ultima Edizione, Armando, Roma
16. International Council of Nurses, (2003) *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*, Report of the Development Process and Consultation, (Alexander , M.P ., Runciman, P.J. eds) .
17. Le Boterf G, *De la competence. Essai sur un attracteur étrange*, Les Editions d'Organisation, Paris 1995.
18. Lo Biondo Wood G., Haber J., *Metodologia della ricerca infermieristica*, Mc Graw – Hill, Milano, 1997.
19. Marriner-Tomey A., *Management infermieristico: teoria e pratica*, Ed. Sorbona, Milano, 1995
20. *Nursing Oggi*, numero 4, 1999 *Formazione infermieristica superiore Bulletin*, 1997-1999 Duke University, School of Nursing.
21. P. Benner "L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere – l'apprendimento basato sull'esperienza" Ed. Mc Graw-Hill 2003 .
22. Pearson, A., Peels, S., (2002) *Advanced practice in Nursing International perspective*, *International Journal of Nursing Practice* , 8, 51-54.
23. Schober ,M., Affara, F., (2006) *Advanced Nursing Practice*, ICN, Blackwell Publishing., p. 23
24. Studio Sentieri "Ambiente e salute a Taranto: evidenze disponibili e indicazioni di sanità pubblica "A cura di: Pietro Comba, Susanna Conti, Ivano Iavarone, Giovanni Marsili, Loredana Musmeci., Roberta Pirastu.
25. Vaccani R., Dal Ponte A., Ondali C., *Gli strumenti del management sanitario*, Carocci, Roma, 1998.
26. Warburton, R. N. (2009). Improving patient safety: an economic perspective on the role of nurses. *Journal of nursing Management* 17(2), 223-229

PROGETTO ALZHEIMER PIÙ: “PER NON ARRENDERSI”

Emma Bellucci, Giornalista

*Rita Baffi, Infermiera “Poliambulatorio S. Giorgio”
Socio Fondatore Ass. Culturale Onlus “Falhantra”*

“Guardando avanti, oltre i confini che sbarano il mio essere presente... io ci sono, sono nella vostra vita, nei vostri ricordi, nei battiti dei vostri cuori, sono nei colori e nei sapori del tempo, sono nei rumori del vento, nei canti della luna. Guardando oltre quel viso sciupato dal tempo, oltre quello sguardo fisso nel vuoto...io ci sono, sono nei vostri pensieri, nel vostro essere quello che siete, nei vostri silenzi, nei vostri sogni, nei vostri racconti.

Continuate a parlare con me perchè...

Io ci sono

(da “Via della Felicità numero 8” di Cesare Natale e Daniela Lelli, Infermieri e scrittori)

“Io ci sono”, Daniela lo grida da ogni pagina del libro.

“Io ci sono” anche quando l’Alzheimer fa perdere il senso del tempo e del luogo.

“Io ci sono” perché la malattia non può modificare l’essenza di una persona, pur se può modificare, specie se in fase avanzata, linguaggio, pensiero capacità di giudicare correttamente le situazioni e di prendere decisioni adeguate, la capacità di usare gli oggetti (sintomi cognitivi). L’Alzheimer è una forma di demenza che, per definizione, colpisce le aree del cervello preposte al controllo dell’ideazione e della memoria e ne compromette i processi di comunicazione, accanto alle autonomie nella vita quotidiana e difficoltà psicologiche del comportamento, fino alla morte per le conseguenze connesse. Nella fase iniziale si presentano piccoli disturbi che nel corso degli anni peggiorano, per cui es-

senziale diventa l’individuazione tempestiva: i farmaci, la qualità dell’assistenza e le cure sono in generale in grado di modificarne l’andamento. **Un ruolo essenziale, allora, e’ rivestito dalla prevenzione, in specie se si considera che il 25% dei casi di Alzheimer esordisce tra i 30 ed i 60 anni, ovvero in età giovanile! Mantenere il cervello attivo, nell’arco della vita di ogni giorno, combinare esercizio fisico ed allenamento intellettuale: questi i dogmi per proteggerci dall’insorgenza precoce dei disturbi cognitivi e delle demenze come l’Alzheimer (e non solo). Istruzione, rapporti sociali, attività lavorativa, attività fisica, alimentazione sana ed equilibrata sono elementi essenziali per un corretto stile di vita, altresì rappresentano “nutrienti terapeutici” per i disturbi neurovegetativi, la cui incidenza è in continua ascesa con costi elevati in termini sanitari e sociali.**

Tutelare la salute del cervello deve essere, allora, un impegno non procrastinabile per l’aumento esponenziale delle generazioni over 50, over 60, over 70..., quelle maggiormente colpite, non già per un aumento dei casi, bensì per la maggiore attenzione e capacità diagnostica derivante dall’ampliarsi delle conoscenze e delle terapie, che devono portare ad individuare l’Alzheimer tempestivamente.

L’outcome dell’Alzheimer si è modificato nell’arco degli anni con un approccio mirato non solo al controllo dei deficit cognitivi ma anche alla cura del complesso della persona e della qualità della vita del paziente e della famiglia, questa costretta a confrontarsi con una realtà destabilizzante che porta a rivedere rapporti familiari e sociali, attività lavorativa, impegni vari. Un recente studio ha evidenziato come 3 care

giver su 4 è over 65. Evidente il bisogno di un lavoro di squadra, in cui il familiare che assiste sia supportato da personale sanitario, si badi bene, non intendiamo parlare di ospedalizzazione ma di personale sanitario territoriale, di rete territoriale e di infermieri. Investire su infermieri e assistenza primaria è il diktat dell'ultimo rapporto Ocse *sulla "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia"* che suggerisce di investire maggiormente nel lavoro degli infermieri e ampliare l'assistenza primaria con un maggior accreditamento dei servizi, in testa le reti per l'assistenza territoriale e gli ospedali di comunità (dove gli infermieri rappresentano la prima risorsa per il funzionamento e la gestione, come spiega lo stesso Patto per la salute).

Ovvero realizzare per i pazienti quella "continuità nell'assistenza che va oltre la qualità dei servizi e diventa qualità della vita".

Ed il decreto Lorenzin sulla riorganizzazione ospedaliera italiana punta ad un «riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio», laddove l'ospedale dovrà «assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ovvero di gestione di attività programmabili», mentre il territorio, l'Ospedale di Comunità avranno il compito di "interfacciarsi" con l'ospedale

ordinario per la presa in carico di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano del ricovero per impedimenti di varia natura (logistici o familiari).

Questi ospedali, che a livello gestionale faranno capo ai Distretti sanitari, saranno gestiti dagli infermieri, avranno dai 15 ai 20 posti letto e l'assistenza medica sarà assicurata da medici di medicina generale o pediatri o altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN secondo modalità decise in loco.

Dunque, Ospedali, Distretti, luoghi di cura, dove, in specie per l'Alzheimer, servono percorsi di condivisioni di emozioni "con chi non ha più memoria ma che vive di riflesso e di amore nei confronti di chi tende loro una mano".

Condivisione, amore, interazione, sollecitazioni, creatività diventano "strumenti terapeutici", così come prevede il progetto "ALZHEIMER PIÙ", messo a punto dall'associazione Falhantra che nella Giornata mondiale del cervello ha organizzato un incontro sull'Alzheimer supporto per i malati ed i familiari non più soli in una tragica realtà. Di seguito il progetto firmato dal Presidente dell'Associazione Cesare Natale e dalla VicePresidente Daniela Lelli.



L'ASSOCIAZIONE CULTURALE ONLUS FALANTHRA PRESENTA ALZHEIMER PIU'

"Alzheimer più" prende spunto dal progetto "caffè Alzheimer" che nasce nel 1997 a Leida (Olanda) grazie allo psico-geriatra Bere Mesen,

il quale si era reso conto che, per i malati di Alzheimer, le cure sanitarie erano insufficienti e che era necessario investire di più nelle terapie psico-sociali.

Oggi i caffè Alzheimer sono presenti in diverse regioni del nord e del centro Italia e solo di

recente ne sono nati due al sud, a Napoli e a Palermo.

Ripercorrendo la storia della nascita di ogni caffè si trovano, quali promotori, soggetti coinvolti nell'assistenza agli ammalati, mentre in questo caso il progetto nasce dalla esperienza personale e diretta: Daniela Lelli insieme al suo compagno Cesare Natale, scrittori e infermieri da oltre quarant'anni, poi soci fondatori dell'associazione culturale Falanthra, partono proprio dalla loro esperienza professionale e di vita. Daniela, affetta da un inizio di Alzheimer, lo combatte impegnandosi con Cesare in una continua attività informativa e promozionale fatta di incontri ed eventi culturali condivisi da tanti amici.

Ed è proprio questa voglia di apertura e comunicazione, questo lavoro di divulgazione, questo interesse e questa presenza attiva nel sociale a ritardare i processi degenerativi della malattia.

L'associazione Falanthra con i suoi sei soci fondatori e le tante persone che la seguono e l'appoggiano ha deciso, in collaborazione con l'associazione Artava di Armando Blasi, di promuovere questo progetto per Taranto col nome di **"Alzheimer più"** perché ritiene che la nostra città ha bisogno di quel più per poter spiccare il volo verso una solidarietà vera e costruttiva.

L'intento è quello di aiutare sia l'ammalato a mantenere il più a lungo le sue funzioni cognitive sia chi gli sta vicino ad accettare con serenità ma senza rassegnazione il suo stato, indirizzando entrambi verso comportamenti più idonei.

In questo è infatti carente il Servizio Sanitario Nazionale che riconosce la malattia dell'Alzheimer solo nella fase finale, quando solo allora è previsto un appoggio psicologico e un riconoscimento economico del tutto tardivi e insufficienti: quasi sempre allora i parenti, abbandonati a se stessi, improvvisano una assistenza

spesso inadeguata che crea più danni che benefici; il desiderio di proteggere il proprio caro chiudendolo nelle mura domestiche come a difenderlo dal mondo ostile non fa che peggiorare la sua situazione clinica con conseguenti disagi gravi psicologici per tutto il nucleo familiare.

L'**"Alzheimer più"** vuole essere un'oasi nel deserto, un punto di incontro di chi voglia condividere i problemi derivanti da una malattia a lungo decorso, decorso che comunque, col nostro aiuto, potrà essere ancora decoroso e dignitoso, con la creazione di momenti di serenità per

l'ammalato e per chi lo assiste grazie all'apporto sinergico di più figure professionali coinvolte, quali medici, psicologi e tecnici ma anche volontari, animatori e artisti.

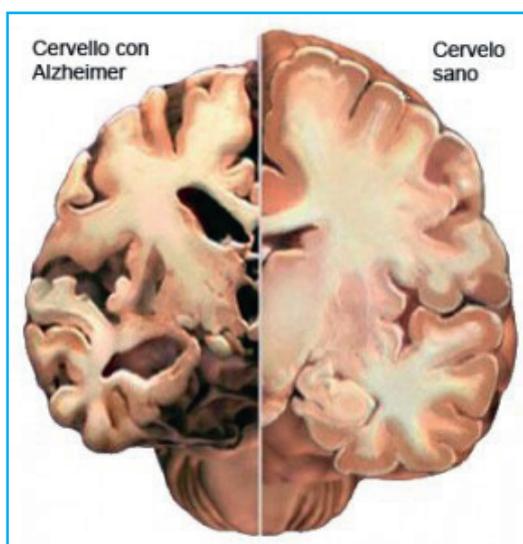
Sarà un segnale positivo per chi deve affrontare il tempo della malattia che Daniela definisce "quel tempo senza tempo".

L'informazione e la risposta a tanti dubbi da parte degli specialisti durante incontri e conferenze determineranno un cambiamento di atteggiamento nei confronti di questa malattia, mentre i

momenti ludici e gli eventi culturali stimoleranno interessi e creeranno positività: la poesia, il teatro, la musica sapranno stimolare capacità latenti in ognuno...anche questa è riabilitazione cognitiva...

Il pittore per esempio aiuterà gli ammalati ad utilizzare i colori spalmati sulla tela bianca a creare dei disegni, il poeta li aiuterà ad esternare le emozioni e i musicisti faranno loro risvegliare i cuori; si potranno proiettare film e allestire spettacoli e non ultimo organizzare passeggiate e brevi gite.

Per questo è importante la collaborazione fra le associazioni Falanthra e Artava che metteranno a disposizione la loro esperienza e la loro preparazione artistica nel creare eventi e raccogliere fondi coinvolgendo il territorio tutto e





XVII Congresso Federale ROMA 5



zione Nazionale Collegi IPASVI -7 MARZO 2015



le figure istituzionali e di spicco che vorranno appoggiare e finanziare questo progetto.

L'ALZHEIMER PIÙ E IL TERRITORIO

E' importante la collaborazione tra **Alzheimer più** e il territorio per abbattere pregiudizi e luoghi comuni; è importante sensibilizzare la popolazione che spesso rimane distaccata da queste problematiche, portando inevitabilmente, come più volte detto, la persona malata e i suoi cari all'isolamento sociale. E' importante la collaborazione tra **L'Alzheimer più** e i medici di base, che sono i primi a diagnosticare eventuali anomalie comportamentali dei loro pazienti e potranno indicare ai parenti l'esistenza e l'importanza del nostro servizio, totalmente gratuito.

Le prime fasi della malattia sono caratterizzate dalla solitudine del paziente e dei suoi familiari che non trovano quelle risposte rassicuranti di cui avrebbero bisogno per capire la propria condizione, in modo da poterla analizzare ed attuare i giusti comportamenti per migliorarla. Chi più dei medici di base sa che questa malattia presa allo stadio iniziale con una riabilitazione cognitiva adeguata può vedere ritardati i processi degenerativi; chi più di loro sa che l'intervento primario va fatto proprio sulla famiglia che ha un ruolo predominante sia nel controllo che nell'esecuzione delle cure.

A volte capita che il paziente stesso sminuisce e nasconde le proprie incapacità subentrate, aggravando così una situazione iniziale di solitudine che spesso si accompagna a quella dei familiari che non capiscono ed risolvono il tutto con una assistenza inadeguata che porta inevitabilmente alla rabbia.

Quindi diventa tutto frustrante: la solitudine, l'incertezza del futuro, il contatto continuo con la sofferenza, la mancanza delle giuste informazioni anche sulla alimentazione e sui trattamenti specifici per affrontare il dolore e la paura della morte creano una situazione insostenibile che destabilizza l'intero nucleo familiare.

A volte inevitabilmente si sceglie di fare ricorso ad una struttura protetta a lunga degenza,

questo per salvaguardare la salute e la psiche del parente che assiste, quando il tutto diventa insostenibile; da qui l'importanza di sostenere anche questa scelta spesso dolorosa in quanto si innesca un senso di colpa per l'abbandono del proprio caro.

Il nostro intento non è quello di demonizzare la struttura protetta a lunga degenza, bensì di collaborare qualora fosse necessario nella scelta, sempre con l'avallo di specialisti, del ricovero in tale struttura aiutando i parenti ad accettare anche questa eventuale situazione difficile.

Sono importanti gli incontri con lo psicologo che richiedono, chiaramente, sensibilità ed esperienza da parte del conduttore dei gruppi, nei quali incontri si daranno informazioni e risposte a tutte le domande degli interessati che li tranquillizzeranno, sgravandoli da pesi insopportabili.

Le informazioni dovranno essere date in modo sereno e non impositivo facendo capire che anche nelle situazioni più complesse ci possono essere interventi preventivi mirati a ridurre gli eccessi di disabilità; questo sostegno psicologico e didattico ha l'obiettivo di diminuire le ansie conseguenti alla prospettiva di un futuro ignoto dell'evoluzione della malattia.

COSA SARÀ L'ALZHEIMER PIÙ

Il nostro **Alzheimer più** sarà prevalentemente destinato alle attività che vedranno coinvolti i malati, i familiari e tutti coloro che vorranno condividere con noi questi momenti sia di informazioni che ludici.

CARATTERISTICHE DELL'AMBIENTE

Saranno previsti vari spazi:

- segreteria
- sala per attività artistiche
- sala per incontri informativi
- sala per attività motorie
- servizi igienici adatti e ben attrezzati
- minibar dove saranno servite bevande anal-

coliche calde e fredde (ai soci)

Gli ambienti dovranno essere sufficientemente ampi e climatizzati, l'arredamento dovrà essere informale e accogliente che garantisca nello stesso tempo sicurezza e crei il più possibile un'atmosfera familiare, l'illuminazione dovrà essere adeguata e si dovranno evitare zone buie. Sarà importante diversificare i vari ambienti con colori diversi e quindi facilmente identificabili da chi ha già un evidente disorientamento cognitivo. L'ambiente adattato è molto importante per evitare situazioni ansiogene che sono all'origine di molti disturbi comportamentali.

FIGURE PROFESSIONALI E VOLONTARI CHE COLLABORERANNO

Il servizio si avvarrà di una equipe di figure professionali specificatamente formate e fortemente motivate, con una buona conoscenza della malattia, capaci di lavorare in gruppo, di comunicare e relazionarsi con le famiglie.

Le figure che ruoteranno periodicamente saranno:

- medici specialisti,
- tecnici per le attività motorie,
- tecnici per le attività artistiche
- psicologi
- educatori professionali
- responsabile del CAAF (per le adeguate informative vigenti).
- figure responsabili del territorio (per adeguate informazioni)

Gli incontri a tema sulla malattia saranno aperti a chiunque abbia interesse ad approfondire le questioni specificamente proposte dai diversi esperti che daranno indicazioni sugli aspetti clinici, psicologici, pratici e giuridici della malattia Alzheimer.

Le figure sempre presenti saranno:

- una figura di riferimento
- un coordinatore

- volontari e tirocinanti
- un rappresentante di Falantra
- un rappresentante di Artava.

Intorno all'**Alzheimer più** potranno ruotare varie associazioni di volontariato per le varie esigenze:

- trasporto
- pulizie dei locali
- manutenzione.

Questi contatti sono molto importanti anche per il coinvolgimento di persone di ambienti diversi che, anche se per lavoro, conosceranno una realtà diversa.

Importante è anche il collegamento web per i giorni e le ore di chiusura del centro, in modo da mantenere sempre vivi i contatti con le famiglie. Lo stesso vale per l'utilizzo del cellulare con un numero di telefono di riferimento sempre attivo.

Saranno importanti le informazioni, attraverso dépliant, sulle attività che si svolgeranno durante il mese, gli orari di apertura e chiusura, i numeri di telefoni ai quali rivolgersi in qualsiasi momento della giornata per chiedere informazioni.

Tutti i frequentatori dell'**Alzheimer più** saranno dotati di una tessera soci (gratuita) per poter accedere a tutti i servizi:

- color oro per i malati e i loro parenti
- color argento per tutti gli operatori.

Tutto questo per migliorare un servizio di controllo sul numero dei soci ed eventuali sconti stiche a seguito di accordi con attività commerciali e servizi vari.

ATTIVITA'

L'obiettivo è quello di creare uno spazio accogliente, sicuro e stimolante attraverso adeguati supporti e attività coinvolgenti, quali:

- musicoterapia
- danza terapia
- drammatizzazione

- arte terapia (pittura, scrittura, scultura,)
- terapia motoria
- informatica (per l'aiuto a mantenere i contatti tramite web)
- altre attività ricreative (cucito, decoupage, lavori a maglia e all'uncinetto).

Queste attività verranno seguite da tutti coloro che ne avranno le capacità e desidereranno dare un loro contributo con la supervisione attenta dei volontari che aiuteranno chi sarà in lieve difficoltà.

La presenza dei volontari, molto importante, (Falantra farà riferimento ad una associazione già presente sul territorio) darà anche la possibilità al parente di avere un attimo di respiro permettendogli di essere libero, per quel tempo, dalla gestione del proprio familiare malato.

La nostra presenza non avrà la pretesa di sostituirsi ad altri interventi medici o familiari ma sarà di supporto attraverso le attività su citate, un supporto in più attraverso un semplice gesto di solidarietà umana, attraverso le proprie conoscenze condivise, affinché il tutto possa in qualche modo far star meglio chi vive un disagio così enorme; infatti la condivisione è alla base del nostro vivere, combattendo così la segregazione a cominciare da quella di una famiglia che, appesantita dai propri compiti, tende a chiudersi riducendo al minimo il contatto con l'esterno.

Le nostre intenzioni sono quelle di non effettuare scelte o selezioni, chiunque potrà aderire al progetto: paziente, familiare, operatore, artista, tenendo però sempre presente il rispetto dell'iniziativa ma anche delle regole e dei compiti affidati.

CONCLUSIONE

In conclusione **l'Alzheimer più** desidera dare assistenza a tutto tondo a chi è colpito dalla malattia, fornendo aiuto ai malati e ai loro familiari.

Si può dire che del morbo di Alzheimer si amala TUTTA la famiglia. Molto cambia nella vita di tutti i componenti familiari: cambia la gestio-

ne del tempo, cambiano gli equilibri, cambia la comunicazione, cambiano i ruoli e le responsabilità e tutto questo accade nel dolore, nel dispiacere e nelle preoccupazioni. Per ciò è importante non rimanere soli e isolati.

Il morbo di Alzheimer non possiamo curarlo, ma possiamo affrontarlo insieme passo dopo passo. **L'Alzheimer più** sarà un luogo di incontri informali in cui sia i parenti sia i malati potranno recarsi per trovare sostegno, accompagnamento, informazioni.

Gli incontri periodici fatti di momenti informativi, di risposte adeguate, di attività ludiche, non serviranno a guarire ma ad allungare il tempo e a dare dignità a tutti coloro che oggi vivono la malattia con imbarazzo sociale e vergogna nell'affrontare questa tematica.

Il compito di **Alzheimer più** sarà quello di far capire ai parenti quanto ancora può donare una persona affetta da demenza, evitando la speranza o la pretesa a tutti i costi di rivederla riorientata ma invece accettarla non solo per quello che è stata ma anche per quello che è, pur nelle difficoltà dell'oggi.

Non tutti sono in grado di affrontare i disagi della vita allo stesso modo, la sofferenza muta la personalità e a volte gli operatori potranno trovarsi davanti un muro di ostilità, il sorriso è l'unica arma da usare per abbattere muri ed arrivare ai cuori.

“...può capitare che un mattino ti svegli e non sai più chi sei.

Nessuno sa spiegarti perché fino a quando il nome terribile di una malattia ti condanna.

Tu che fai...ti arrendi? Rinunci? Smetti di lottare? Non puoi, perché l'amore è dalla tua parte...così ti ritrovi a lottare, a contrastare una malattia vigliacca, e più in te cresce la voglia di vivere, più ti aggrappi a quel sentimento meraviglioso che è l'amore...Sì... ce la farò”

(da “Via della Felicità n.8”).

LA PIÙ BRUTTA STORIA DELLA NOSTRA TARANTO: L'INQUINAMENTO



Dott. Gerardo Mecca, Infermiere S.C. "UTIC" Ospedale SS: Annunziata - Taranto
Referente Collegio IPASVI - TA in "Osservatorio Jonico delle Professioni"

Progetto Tempa Rossa possibili implicazioni per la salute umana

Annamaria Moschetti

Presidente della Commissione Ambiente Ordine dei Medici di Taranto



Il contesto

**Raffineria
Cementificio
Discariche
Inceneritori
1 deposito materiale radioattivo
Marina militare
La più grande acciaieria di Europa**

1990 = " AREA AD ELEVATO RISCHIO DI CRISI AMBIENTALE"

Taranto 1986 = " AREA AD ELEVATO RISCHIO DI CRISI AMBIENTALE"

**Area ad elevato rischio di crisi ambientale
legge 8-7-1986 n 349**

Quelle zone del territorio nazionale considerate **fortemente critiche per l'uomo e per l'ambiente e che necessitano di opportuni Piani di Risanamento**

Taranto , Statte,Massafra ,
Montemesola ,Crispiano

Un sito inquinato è riconosciuto "di interesse nazionale" in funzione dell'entità della contaminazione ambientale, del rischio sanitario e dell'allarme sociale (Musmeci 2005).

Il Decreto di perimetrazione del SIN riporta la presenza di **una raffineria**, un impianto siderurgico, un'area portuale e di discariche di RSU con siti abusivi di rifiuti di varia provenienza, *esposizioni ambientali* indicate in SENTIERI come P&R, S, AP e D.

1998 = SIN (DPR 196/1998)

Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento

Risultati
Results

N	Nome del SIN	Descrizione delle esposizioni ambientali	Acronimi delle esposizioni ambientali	N. Comuni
28	Milazzo	raffineria, impianto siderurgico, centrale elettrica	PMR, S, E	3
29	Orbetello	impianto di produzione di fertilizzanti chimici	C	1
30	Pieve Vergonte	impianto chimico, discarica (rifiuti solidi urbani, rifiuti speciali non pericolosi e da metallurgia, cavi elettrici plastificati)	C, D	3
31	Pioltello Rodano	impianto chimico, discariche tipo A e B	C, D	2
32	Piombino	impianto chimico, impianto siderurgico, centrali termoelettriche, area portuale, discariche industriali (rifiuti pericolosi)	C, S, E, AP, D	1
33	Pitelli	impianto chimico, centrale elettrica, area portuale, amianto, area stoccaggio centrale a carbone (carboni)	C, E, AP, A, D	2
34	Prato	impianto chimico, impianto petrolchimico, raffineria, area portuale, amianto, discarica	C, P&R, AP, A, D	4
35	Sassuolo - Scandiano	lavorazione della ceramica	C	6
36	Serravalle Scrivia	impianto rigenerazione oli esausti	C	2
37	Sesto San Giovanni	impianto siderurgico, discarica	S, D	2
38	Sulcis-Iglesiente-Guspinese	impianto chimico, miniere, discarica	C, M, D	39
39	Taranto	raffineria, impianto siderurgico, area portuale, discarica	P&R, S, AP, D	2
40	Terni	impianto siderurgico, discarica di tipo B (rifiuti speciali)	S, D	1

Affermare che l'esposizione agli inquinanti emessi dalle raffinerie è privo di rischio è una affermazione priva di fondamento scientifico

Causa di morte	Impianto chimico*	Impianto petrolchimico e raffineria	Impianto siderurgico	Centrale elettrica	Miniera o/o casa	Area portuale	Amianto o altre fibre minerali	Discarica	Inceneritore
Tutte le età									
Malattia dei neuroni motori									
Sclerosi multipla									
Epilessia									
Neuropatie tossiche e infiammatorie non specificate									
Malattie del sistema circolatorio		I						I	
Malattia ipertensiva									I
Infarto miocardico acuto			I						
Malattie ischemiche del cuore									I
Disturbi circolatori dell'encefalo			I						
Malattie apparato respiratorio	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Malattie respiratorie acute	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Malattie polmonari croniche	I	I	L	L	L	L	L	L	L
Asma	L	L	L	L	L	L	L	L	L
Pneumoconiosi									
Malattie dell'apparato digerente									I
Cirrosi e altre malattie croniche del fegato									
Malattie dell'apparato genitourinario	I								
Nefrosi	I								
Insufficienza renale acuta e cronica	I								
Malformazioni congenite	I	L							L

3/Risultati

C&D anno 38 (7) marzo-aprile 2014 • Suppl.

TARANTO

Il SIN Taranto è costituito da due Comuni (vedi tabella a pg. 9), con una popolazione complessiva, al Censimento 2011, di 214.348 abitanti. Il decreto di perimetrazione del SIN riporta la presenza di una raffineria, un impianto siderurgico, un'area portuale e di discariche di RSU con siti abusivi di rifiuti di varia provenienza, esposizioni ambientali indicate in SENTIERI come P&R, S, AP e D.



Mortalità
La mortalità per tutte le cause, tutti i tumori, l'apparato circolatorio, respiratorio e digerente rivela, in entrambi i generi, eccessi rispetto al riferimento regionale; per l'apparato genitourinario l'osservato è compatibile con l'atteso (tabella 1).

I periodi temporali esaminati sono: 2003-2010 e 2005-2010 per mortalità e ospedalizzazione; 1996-2005 per l'incidenza tumorale. Le cause di morte esaminate sono quelle selezionate nel Progetto SEN-

Relazione relativa alle attività affidate all'Istituto Superiore di Sanità ex art. 1, comma 1-bis, legge n° 6 del 6 febbraio 2014 (Terra dei Fuochi) e 5, comma 4-ter legge n°6 del 6 febbraio 2014 (SIN DI TARANTO) (aggiornamento dello studio SENTIERI)

2.6 Considerazioni conclusive

Sulla base dei risultati ottenuti, questo studio conferma le criticità del profilo sanitario della popolazione di Taranto emerse in precedenti indagini.

Le analisi effettuate utilizzando i tre indicatori sanitari sono coerenti nel segnalare eccessi di rischio per le patologie per le quali è verosimile presupporre un contributo eziologico delle contaminazioni ambientali che caratterizzano l'area in esame, per le quali vi è cioè evidenza *a priori* "sufficiente o limitata" di associazione con le esposizioni ambientali nel SIN (Pirastu et al., 2010): tumore del polmone, tumore della pleura, malattie dell'apparato respiratorio nel loro complesso, malattie respiratorie acute, malattie respiratorie croniche, asma, malformazioni congenite (tutte le età), malattie dell'apparato respiratorio acute e asma (0-14 anni) e alcune condizioni morbose di origine perinatale (1° anno di vita). Il tumore del polmone è in eccesso

a priori "sufficiente o limitata" di associazione con le esposizioni ambientali nel SIN (Pirastu et al., 2010): tumore del polmone, tumore della pleura, malattie dell'apparato respiratorio nel loro complesso, malattie respiratorie acute, malattie respiratorie croniche, asma, malformazioni congenite (tutte le età), malattie dell'apparato respiratorio acute e asma (0-14 anni) e alcune condizioni morbose di origine perinatale (1° anno di vita). Il tumore del polmone è in eccesso

Le tabelle 5 e 6 mostrano, per ogni singola associazione causa di decesso-esposizione, i risultati della valutazione espressa in termini di Sufficiente, Limitata e Inadeguata, rispettivamente per le fonti di esposizioni ambientali nei SIN e per le altre esposizioni.

Causa di morte	Impianto chimico*	Impianto petrolchimico e raffineria	Impianto siderurgico	Centr. da elettrica	Miniera o/o casa	Area portuale	Amianto o altre fibre minerali	Discarica	Inceneritore
Tutte le età			I	I					I
Malattie infettive e parassitarie	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Epatiche virali	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Tutti i tumori		I	I						I
Tumore dell'esofago			I	I					I
Tumore dello stomaco	L								L
Tumore del colon-retto	L								L
Tumore primitivo del fegato e dei dotti biliari intraepatici									L
Tumore del pancreas									I
Tumore della laringe			I						I
Tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni	I	L	I	L	I	I	L	I	L

Causa di morte	Impianto chimico*	Impianto petrolchimico e raffineria	Impianto siderurgico	Centr. da elettrica	Miniera o/o casa	Area portuale	Amianto o altre fibre minerali	Discarica	Inceneritore
Fino ad 1 anno									
Tutte le cause									I
Tutti i tumori (vedi Fino a 14 anni)									I
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	L	L			I			L	I
Fino a 14 anni									
Tutti i tumori	I								I
Tumori del sistema nervoso centrale									I
Tumori del tessuto linfomatoproliferico	I	I							I
Leucemie	I	I							I
Malattie respiratorie acute	L	L	L	L	I	I			I
Asma	L	L	L	L	L	L			I

Patologie per le quali vi è evidenza a priori (sufficiente o limitata) di associazione con le esposizioni ambientali nel SIN

Per la valutazione dell'evidenza epidemiologica relativa all'associazione tra le patologie analizzate e le esposizioni ambientali si rimanda alla tabella 1, capitolo 1 (pg. 18). Le patologie che rispondono al suddetto criterio sono indicate con un asterisco nelle tabelle della mortalità, dell'incidenza oncologica e dei ricoveri.

Per il tumore del polmone, in entrambi i generi si registrano eccessi rispetto al riferimento nelle tre basi di dati analizzate. L'analisi della mortalità per mesotelioma pleurico e di ricoverati per tumore della pleura mostra un eccesso negli uomini e nelle donne; l'incidenza del mesotelioma è in eccesso tra i soli uomini.

La mortalità per malattie respiratorie, anche acute, supera l'atteso in entrambi i generi; l'analisi dei ricoverati mostra un eccesso per malattie acute solo tra gli uomini.

Considerazioni conclusive

I risultati delle analisi di SENTIERI sul periodo 1995-2002 mostrano un quadro della mortalità per la popolazione residente nel sito di Taranto che testimonia la presenza di un ambiente di vita insalubre.





S.E.N.T.I.E.R.I. = PROPOSTE DI SOLUZIONE

Taranto e Statte costituiscono un Sito di Interesse Nazionale per le bonifiche, quindi il risanamento ambientale è previsto per legge ed in parte avviato, ed altri interventi a carattere preventivo sono prescritti nell'ambito dell'Autorizzazione Integrata Ambientale. I dati qui presentati corroborano l'istanza del risanamento ambientale, con particolare riguardo all'urgenza indifferibile di perseguire la prevenzione primaria delle patologie correlate all'ambiente, in particolare i tumori e le altre patologie dell'apparato respiratorio e le cardiopatie ischemiche.

PREVENZIONE PRIMARIA = Individuazione dei fattori di rischio che possono generare l'insorgenza della malattia e nella loro riduzione o eliminazione.

Quali sono le prospettive .



Il caso relativo all'inquinamento del quartiere Tamburi di Taranto e della zona, più in generale, della città di Taranto è emblematico di come il settore delle bonifiche dei SIN in Italia sia un settore assolutamente inefficiente.

Senza entrare nelle singole responsabilità di enti, territoriali e non, non può non rilevarsi come, sostanzialmente, le attività di bonifica non siano state avviate proficuamente in nessuno dei siti di interesse nazionale.



Ministro Orlando :

“L'AIA , (...) è in grado , se attuata completamente e nel rispetto della tempistica indicata , di assicurare compiutamente la tutela dell'ambiente” pg. 77

7-11-2013

La presente legge è dichiarata urgente e sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 1 della L.R. 12/05/2004, n° 7 "Statuto della Regione Puglia" ed entrerà in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Puglia.

Data a Bari, addì 24 luglio 2012

VENDOLA

Valutazione del Danno Sanitario
Stabilimento ILVA di Taranto
 ai sensi della LR 21/2012
 Scenari emissivi pre-AIA (anno 2010)
 e post-AIA (anno 2016)



Continua sul prossimo numero



Diario di una dottoressa con la padella



Caro diario

Ho promesso solennemente alla mia famiglia che, per il prossimo mese, non mancherò a nessun corso, corsetto o corsone E.C.M. Mi definiscono nomade... ed hanno ragione.

L'E.C.M. o, propriamente detto, educazione continua in medicina è uno dei motivi di diatriba, di dispetto, di accanimento e depressione degli operatori sanitari. In tempi passati, quando non era obbligatorio e non "conteggiabile", i congressi, simposi e convegni erano il rifugio di pochi professionisti realmente interessati all'argomento, era occasione da dove nascevano reali spunti di riflessione e miglioramento, perché, chi era lì, ci andava rinunciando a parte del tempo libero in onore della professione e chi parlava non lo faceva per mestiere ma solo per poter trasmettere la sua esperienza ad altri.

Poi, avvenne l'obbligatorietà, la scheda raccolta punti e da lì il caos. Diciamocela tutta, un sistema sanitario che non riesce ad uscire dal vortice del "tutto gratis ma risparmiando e riempiendo le tasche di chi comanda", poteva evitare queste intimidazioni al raggiungimento dei famigerati crediti. Da Aosta ad Agrigento chiedere un congedo di studio in situazioni di ristrettezze in fatto di personale diventa davvero arduo. Tutti ormai sono sull'orlo di abbandonare la lotta ed esclamare all'unisono "tenetevi i crediti, le penalità, la formazione ed andate a farvi friggere".

Mentre, sorriso di circostanza, annuiscono con le stelline agli occhi all'invito del ministero sulla necessità della formazione continua, i mega grandi dirigenti, una volta tornati alle loro scrivanie fra numeri e tabelle, diventano dei sanguinari demolitori del riposo. Addirittura, una mezza matta, che avevo per coordinatrice qualche anno fa, vaneggiava dicendo che bisognava aggiornarsi la mattina prima di fare la notte, o allo smonto notte. In effetti tanto c'era

lei che riposava per te, mentre tu potevi pure fare a meno di riposare. Questo succede, anche, perché molta gente non sa nemmeno cosa sia un turno di notte o ne ha fatto giusto qualcuno, mentre faceva lo scavalco da studente a nullafacente. Sicuramente la loro conoscenza è stata formata su degli smonti- notte, e se ne vede il risultato.

Fermo restando che l'impegno delle aziende a formare i propri dipendenti non sia riuscito a star dietro alle carenze di personale e di fondi, e quelle volte che arruola qualcuno per degli aventi formativi gli chiede di sacrificare l'unico riposo settimanale o meglio ancora di fare il turno di notte, chi più chi meno si è affidato a provider esterni, che possono essere ordini professionali, sindacati, o vere e proprie organizzazioni di eventi che nell'E.C.M. hanno trovato l'America.

Questi provider dopo anni sono diventati famigliari; molti di noi hanno la sfilza salvata nei preferiti ed ogni tanto devono perdere la propria serata a scartabellare fra i loro calendari alla ricerca dell'evento, con crediti adeguati, gratuito ed ancora disponibile. Analizziamo con calma ok ok.

I crediti. Gli eventi a seconda dell'argomento hanno dei crediti assegnati dal ministero. Come dicevo l'altro giorno ad un mio collega, per esempio il ministero dà più crediti ad argomenti che trattano di lavaggio mani (guarda caso costo zero) che non alla pericolosità di lavorare in situazioni di sovraccarico emotivo e fisico. Pertanto, ogni evento dà crediti che pressappoco sono uno per ogni ora di formazione, ma puoi incorrere in eventi che durano 8 ore e portarti a casa 2 crediti.

Gratuito. Come sopra l'ECM è diventata una professione o l'AMERICA per molti. La caccia forsennata al credito e le minacce di

penalità,declassamenti e inginocchiamenti in sala mensa, portano molti di noi a comprare i pacchetti pronti: c'è quello che con 100 € ti dà 3 eventi da 50 crediti ,quello che con 800 un master da 60 crediti. Oh, ma suavia, dare un prezzo al valore di un titolo non sta bene , però se per qualcuno 100 o 2000 € sono solo il prezzo di una soddisfazione da togliersi, per altri colleghi, mono reddito come me, sono bocconi amari da ingoiare e lasciare fare a chi può permetterselo. Così rincorri il miraggio :il credito gratuito, solitamente associato ad uno sponsor farmaceutico o una organizzazione per tesserati. Poi, poi, c'è un altro tipo di evento legato a sponsor, ovvero eventi a pagamento pagati da ditte farmaceutiche, ma nella mia vita una sola volta ho visto un primario dire ad un informatore che non accettava omaggi ma soltanto la possibilità di mandare gratuitamente i suoi infermieri a formarsi su delle nuove evidenze .Per il resto c'è solo un qualcosa che vediamo, sappiamo, ma "per la maggiore" non riguarda la nostra professione..."per la maggiore"..perché allo squallore si stanno attrezzando anche i C.P.S.

Disponibilità: i posti messi a disposizione per gli eventi sono predefiniti , arrivati a numero si chiudono le iscrizioni,ma, soprattutto, bisogna trovare il giorno giusto in cui queste iscrizioni si aprono. Oltre a perdere serate alla ricerca di un evento, oltre a passare una giornata fuori casa per l'evento, c'è da perdere tempo al telefono con i provider che devono dare il via alle prenotazioni. Nel mio gruppo di colleghi ormai ho creato una squadriglia, e, quando puntiamo un evento, comincio a definire i turni :lo chiamo Lunedì, tu chiami martedì, lei chiama mercoledì ,infine, se una di noi riesce a trovare la giornata in cui la segreteria organizzativa finalmente ha partorito le schede d'iscrizione, il tutto deve essere fatto tempestivamente. Giusto il mese scorso riuscii a farmi inviare una scheda d'iscrizione la sera alle 18,la mattina ne feci delle copie e le distribuì fra le colleghe, alla fine solo io sono rientrata negli iscritti, nel giro di una nottata avevano riempito 70 posti !

Ebbene, adesso abbiamo capito come districarsi fra provider ,iscrizioni e crediti, però rimane il problema del congedo, non puoi condividere con tutti i colleghi il piacere di aver arraffato

una scheda d'iscrizione, perché, naturalmente, qualcuno a lavoro ci deve pur andare , sicché avvisi un cerchia ristretta di persone, io faccio a turno. Da lì nascono le diatribe peggiori,musi lunghi,isterismi,perché in cuor mio anche io vorrei tanto condividere con l'intera equipe di lavoro un giorno di formazione, così da poter partire assieme per il cambiamento, purtroppo ci sono le maledette caselline dei turni da riempire e qualcuno, tuo malgrado, ne rimane fuori .

Infine, siamo arrivati all'evento, ci si è divisi la benzina,si è lasciata l'insalata di riso in frigo per figli e marito e lo smartphone è abbastanza carico per cercare le domande più ardue dei questionari finali . Ecco, quando iniziai la mia professione i relatori mi lasciavano a bocca aperta per il loro pozzo di scienza,per la loro voglia di cambiare la professione, per la forza con cui ti dicevano che tu sei un infermiere e ti devono rispettare; piano piano questi personaggi si sono sistemati in "posti al caldo" e la tua esperienza professionale e di vita ti insegna che molte delle cose che vengono dette sono delle baggianate, del fumo negli occhi e, ahimè, il più delle volte i discorsi sono messi lì solo per portare a casa la paghetta da relatore. Inizialmente, intervenivo come un'invasata per raccontare di come quello che loro dicevano venisse poi stravolto nelle nostre realtà lavorative, di seguito, iniziato a conoscere il peso di chi dice queste cose, diciamo il peso dei "personaggi", ne fai un solo fascio, così ultimamente intervengo per difendere l'azienda. Ti rendi conto che questi personaggi , dicendo il contrario di quello che fanno, hanno portato la realtà lavorativa a quello che è oggi.

Effettivamente, L' E.C.M. andrebbe un po' rivista, dando all'aggiornamento il piacere e la libertà di parteciparvi sia da relatori che da uditori , togliendo le fattezze da business che ormai la cosa ha preso .Nel frattempo, non smettiamo mai di aggiornarci ,perché lavoriamo per le persone e, se in due anni il modo di usare un telefonino cambia radicalmente e tutti corriamo ad aggiornarci sull'ultimo ritrovato ,non vedo perché non dobbiamo rivoluzionare di anno in anno il modo di prenderci cura delle persone.

Le persone, il bene più grande da tutelare, passa dalle nostre mani!

L'ascolto

Dott.ssa Anna Maria Milizia, Infermiera P.O. Sanitaria Distretto Socio Sanitario 6/7- Presidio Ospedaliero Orientale

“Dio ci ha dato due orecchie ma una sola bocca. Alcuni dicono che è perché voleva che passassimo il doppio del tempo ad ascoltare invece che a parlare. Altri sostengono che è perché sapeva che ascoltare è due volte più difficile che parlare”. Anonimo

L'ascolto è l'atto dell'ascoltare. È l'arte dello stare a sentire attentamente, del prestare orecchio. Ascoltatore è chi ascolta; ascoltare la lezione, un oratore; ascoltare con interesse tutto ciò che il professore dice. Non trattasi di atto superficiale. Dalla radice Auris «Orecchio», latino parlato, Ascoltare è verbo transitivo. La parola ascolto nasce in italiano come derivato del verbo ascoltare, che proviene a sua volta dal latino «auscultare», cioè sentire con l'orecchio. Il significato tradizionale del termine ascolto è appunto quello che indica in genere l'azione e il risultato dell'ascoltare ed è fortemente legato al concetto di attenzione. L'ascolto si suddivide in : ascolto passivo (prestare totale attenzione); messaggi di accoglienza verbale (ti sto ascoltando); inviti calorosi (incoraggiano a proseguire); ascolto attivo (riflettere il vissuto senza giudicare). L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente sancito che l'empowerment del cittadino e lo sviluppo di modelli di assistenza e cura, orientati alla centralità del paziente, devono essere considerati fattori importanti per promuovere un miglioramento delle condizioni di salute e della performance dei sistemi sanitari; ha indicato, tra gli obiettivi prioritari di “Health 2020” la realizzazione di strutture e servizi in grado di incoraggiare il cittadino/paziente a fare uso delle proprie risorse ed essere parte attiva del Sistema;

occorre promuovere una maggiore informazione e conoscenza, dare spazio alla voce del paziente e costruire un Sistema Salute orientato ai bisogni del paziente. Emerge una richiesta da parte della società contemporanea di svilup-



pare nuove forme di governance sanitaria, che siano molto più orientate alla partecipazione del cittadino e del paziente. In Italia il cittadino intende partecipare sempre più attivamente alla tutela della salute, propria e collettiva, come confermano le numerose esperienze maturate dalle Associazioni dei pazienti, della società civile, dal mondo scientifico e sanitario. Vi è sempre maggior richiesta di partecipazione, evidenziata da svariate iniziative sviluppate da tempo nei diversi ambiti della società civile, inclusa l'indagine promossa nell'ambito della Campagna Viverla Tutta, da cui emerge che l'82% degli italiani intervistati reputa importante che il paziente sia al centro della cura.

La disponibilità del medico all'ascolto, fattore prezioso ai fini di una maggiore partecipazione, è un'area di bisogno importante, in termini di aiuto per accettare e affrontare

la condizione di malattia, ma spesso disattesa, come conferma l'indagine GfK Eurisko. L'importanza della dimensione dell'ascolto, nell'ambito della relazione medico-paziente e della narrazione delle storie di malattia, è riconosciuta a livello scientifico dagli studi e dalla pratica della Medicina Narrativa (o Narrative Based Medicine - NBM), disciplina che nasce nel mondo anglosassone a partire dagli anni '90 e che ha avuto un grande impulso nel nostro Paese. Il primo Laboratorio di Medicina Narrativa italiano, dedicato alle Malattie Rare, ha investito energie importanti allo sviluppo di questa vera e propria branca della medicina, particolarmente preziosa proprio perché, laddove non c'è letteratura medica, l'elaborazione del vissuto del paziente è una vera e propria risorsa per la comprensione di patologie così complesse e sconosciute" - spiega Domenica Taruscio, Direttore del Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità. La scrittura tecnica della medicina narrativa insieme al lavoro di sensibilizzazione, che fa invece la scrittura creativa giornalistica, teatrale o artistica, sono una sinergia importante che promuove l'integrazione anche umana nel tessuto culturale e sociale.

E' un'azione che deve andare di pari passo con la ricerca scientifica e di cui la ricerca scientifica si giova come di un impulso ulteriore. *“La narrazione incoraggia l'empatia e promuove la comprensione tra il medico e il paziente; permette la costruzione degli indizi e delle categorie analitiche utili al processo terapeutico; suggerisce l'uso di un metodo olistico. Nella ricerca, la medicina narrativa aiuta a mettere a punto un'agenda centrata sui pazienti e a generare nuove ipotesi”*. L'integrazione della medicina narrativa con la medicina basata sulle evidenze (EBM) può apportare significativi benefici, non solo al paziente, ma anche all'intero sistema salute. Infatti, la promozione della partecipazione dei cittadini potrà migliorare il percorso di cura, in quanto l'analisi delle narrazioni consente di evidenziare criticità e punti di forza nel rapporto medico/paziente, negli interventi medici e nella qualità di vita; apportare vantaggi al sistema salute anche in termini di maggiore sostenibilità ed efficienza, con la possibilità di favorire dia-



gnosi più tempestive ed una maggiore appropriatezza terapeutica. Pertanto, le Istituzioni, congiuntamente alla Comunità Scientifica, alle Associazioni Pazienti, pongono all'attenzione le seguenti priorità per lo sviluppo di una prassi sanitaria a misura di paziente:

- affrontare le sfide socio-economiche e sanitarie emergenti, individuando strategie e strumenti capaci di coniugare la qualità della cura con la qualità della vita e la sostenibilità del Sistema;
- introdurre un modello partecipativo del paziente nel processo di governance del SSN secondo la dichiarazione di Alma Ata10, le raccomandazioni dell'OMS e il piano sanitario nazionale sull'empowerment. Un paziente maggiormente informato e consapevole assume, infatti, un ruolo responsabile, partecipe e attivo di fronte alle proprie scelte di salute e alle decisioni che lo riguardano.
- valorizzare il contributo del vissuto del paziente e della sua personale esperienza di malattia, come patrimonio utile per sé, per gli altri e per il sistema salute
- introdurre nella pratica sanitaria (dalla prevenzione alla clinica ed alla riabilitazione) metodologie, strumenti e servizi propri della Medicina Narrativa come complemento all'Evidence Based Medicine, questo allo scopo di favorire la dimensione dell'ascolto, la condivisione e valorizzazione dell'esperienza e del vissuto di salute e malattia, migliorando gli interventi a tutela della salute, ivi inclusi i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali. L'ascolto

– più precisamente, la relazione che si struttura sull’ascolto del paziente e permette a questi di mettersi, a sua volta, in ascolto di ciò che preme attraverso il linguaggio dei sintomi – è l’unica risorsa per la guarigione di questo tipo di mali. Anche altre pratiche, riconducibili a quelle professioni che, in senso lato, si chiamano d’aiuto, hanno nell’ascolto il loro centro di gravità. Pensiamo alla pastorale religiosa.

Solo quando questa degenera o si sclerotizza dà la priorità alle risposte preconfezionate, piuttosto che all’ascolto della domanda. Esercitano male il loro ministero quei pastori che sostituiscono all’attività circolare dell’ascolto quella unidirezionale della predicazione o della prescrizione di norme comportamentali.

Valga come ammonimento a non piegare per questa via l’analisi lucida che faceva a suo tempo Dietrich Bonhoeffer sulle carenze della pratica dell’ascolto all’interno della comunità cristiana: *“Come l’amore di Dio incomincia con l’ascolto della sua Parola, così l’inizio dell’amore per il fratello sta nell’imparare ad ascoltarlo. I cristiani, specialmente i predicatori, credono di dover sempre “offrire” qualcosa all’altro, quando si trovano con lui, e lo ritengono come loro unico compito. Dimenticano che ascoltare può essere un servizio ben più grande che parlare. Molti uomini cercano un orecchio che sia pronto ad ascoltarli, ma non lo trovano tra i cristiani, perché questi parlano pure là dove dovrebbero ascoltare”*.

E’ piuttosto inusuale, invece, evocare l’ascolto nella professione terapeutica per eccellenza, vale a dire la medicina. Si può immaginare un esercizio della medicina che faccia a meno non solo dell’ascolto, ma delle parole stesse. Non a caso Virgilio nell’Eneide si riferisce a un medico come a qualcuno che esercita la “muta ars”. Uno dei meriti dell’attuale movimento della medicina narrativa è proprio quello di aver messo in evidenza nell’agenda della riflessione sulla pratica della medicina la questione dell’ascolto. Le dimensioni di questo tema sono molteplici. La più corrente è quella che assume un tono accusatorio, in quanto identifica nella mancanza di ascolto da parte dei medici e altri professionisti sanitari un aspetto del degrado della

qualità relazionale che dovrebbe caratterizzare il rapporto tra curanti e curati. La sintesi più efficace di questa denuncia è quella contenuta nel film di Nanni Moretti *Caro diario* (1993). Per tracciare un bilancio di ciò che aveva imparato dalla sua malattia, il regista conclude che *“i medici sanno parlare, ma non sanno ascoltare”*. Il limite di questo tipo di accuse è quello intrinseco alle varie richieste di “umanizzazione” della medicina: inclinano verso il moralismo

Presuppongono una concezione ingenua, che identifica la mancanza di ascolto con la cattiva volontà dei professionisti. L’altra faccia della denuncia viene a essere un’esortazione morale: i professionisti sanitari mettano più impegno – vale a dire: più tempo, più buona volontà... – per ascoltare! Questa dimensione volontaristica dell’ascolto è estremamente riduttiva. Anche il fenomeno della mancanza d’ascolto in medicina va collocato su uno sfondo più vasto. Sociale, anzitutto, ciò che avviene nell’ambito sanitario non è che un aspetto particolare di qualcosa che condiziona la società tutta intera. Come figli del nostro tempo, siamo incapaci di un ascolto pieno. Max Picard ha definito l’uomo moderno come un’*“appendice del rumore”*. Immersi in un mondo di suoni, costituiamo una società in cui tutti parlano e nessuno ascolta.

La scuola stessa è finalizzata a renderci professori della parola, ma analfabeti dell’ascolto. La diffusione dei media, che tendono a passivizzare l’utente, è ulteriormente responsabile di comportamenti collettivi di mancanza di ascolto reciproco. Quando la medicina pretende di far a meno della parola, la litania di accuse alla nostra cultura, come responsabile dell’atrofia dell’ascolto è nota: anche se ci aiuta a contestualizzare la mancanza di ascolto che ha luogo in medicina, non la spiega pienamente. C’è una concezione della medicina che considera l’ascolto come intrinsecamente superfluo. Il particolare carattere di elemento aggiuntivo, che ha la parola nella pratica medica, come se si trattasse di un fronzolo e fosse riconducibile alla cortesia nei modi e alla buona educazione, dipende dalla struttura epistemologica del sapere medico. Come è stato eloquente illustrato da numerosi studi sull’interazione tra profes-

sionista sanitario e pazienti, il modello implicito sostiene che la medicina si debba occupare di malattie e che queste si esprimano in un'alterazione della norma di variabili biologiche, somatiche, misurabili. Al medico, come principale attore della pratica medica, è affidato il compito di definire la presenza di una patologia nei malati, tramite una diagnosi corretta, e di intervenire attraverso delle strategie terapeutiche che sono state dimostrate scientificamente.

Tale modello è stato, ed è tuttora, vincente. Lo scopo dell'incontro, così come si realizza in primo luogo nella visita medica, è di trasformare la malattia vissuta dal paziente (illness) nella patologia conosciuta dal medico (disease). Non stupisce che nel dialogo tipico di una visita doctor centred l'evoluzione degli scambi sia gestita dal medico, che inserisce le risposte del paziente nel proprio schema di ipotesi: la comunicazione si riduce a una raccolta di informazioni ottenute attraverso domande stimolo in successione predeterminata (cfr. **Moja, Vegni, cap. I: "La medicina disease e doctor centred"**).

Suscita scandalo sapere che, secondo studi basati su visite videoregistrate, il medico interrompe il paziente con le sue proprie domande solo 17 secondi, in media, dopo che il paziente ha iniziato a raccontare il suo vissuto di malattia; ma è perfettamente in linea con il metodo clinico modellato sulla concezione biologica della malattia. La medicina high tech ha introdotto un giro vite in questo modello. Anche le domande standardizzate, che guidano la diagnosi differenziale, rischiano oggi di venir considerate superflue, a vantaggio dei dati forniti dai test diagnostici. Nell'immaginario sociale si fa strada il medico che durante la visita guarda i risultati delle analisi o lo schermo del computer, piuttosto che il paziente. Lisa Sanders, in un saggio molto critico rispetto alle tendenze della medicina contemporanea, denuncia la progressiva scomparsa della stessa visita obiettiva. Ricorda che la diagnosi si fa guardando, toccando, ascoltando: *"Nelle facoltà di medicina si ripete continuamente ai futuri medici che se ascoltano il paziente, questi dirà loro che cosa ha"*.

L'ascolto non ha qui un valore filantropico o di bon ton, ma è lo strumento privilegiato per l'"arte della diagnosi" (come precisa il sottotitolo del saggio di Lisa Sanders). La medicina interna deve molto del suo fascino alla sua somiglianza con il metodo investigativo di Sherlock Holmes: risolvere un caso dagli indizi. Siamo detective; godiamo del processo di scoprire il colpevole. E' quello che i medici amano di più: è la dichiarazione che fa una dottoressa a Lisa Sanders.

Ebbene, un buon detective deve imparare a non essere precipitoso, saltando il momento dell'ascolto. Lo illustra bene un racconto dello stesso A.C. Doyle, "Falsa partenza". Fa parte di una raccolta di racconti di soggetto medico, nei quali, lo scrittore che ha creato Sherlock Holmes, ha rivisitato la propria esperienza di medico (in seguito Conan Doyle lasciò la professione, per dedicarsi totalmente all'attività letteraria). Nel racconto un giovane medico, che ha appena aperto uno studio e sta disperatamente cercando pazienti, cerca di impressionare con il suo presunto occhio clinico il primo paziente che si presenta in ambulatorio. Senza fargli aprire bocca, gli spara due diagnosi una dopo l'altra, per accorgersi che erano ambedue sbagliate: l'uomo che sedeva davanti a lui non aveva bisogno del medico; era solo l'esattore del gas venuto a riscuotere il dovuto. Quante "false partenze" potrebbero essere evitate con l'ascolto!

Nell'ascolto possiamo individuare quello a valenza bioetica oltre all'ascolto di natura filantropica e quello finalizzato a fare una corretta diagnosi, oltre ad una terza fattispecie di ascolto: l'ascolto che rende possibile una decisione condivisa tra professionisti sanitari e pazienti.

Questo ascolto si profila sullo sfondo della trama etica della pratica della medicina. Più precisamente, l'ascolto è indispensabile quando passiamo dal modello dell'etica medica a quello della bioetica. Ciò presuppone che i due modelli non siano intesi come sinonimi, ma che dall'uno all'altro sia intervenuto un cambio di paradigma. Nell'etica medica non era necessario l'ascolto del mondo etico del paziente. Era il medico che proponeva le decisioni cor-

rette, riferendole alle prescrizioni che mutuava dalla “scienza” e dalla “coscienza”. L’ambito di ciò che era eticamente giustificabile e di ciò che non lo era, veniva deciso al di fuori del rapporto tra medico e paziente, in una posizione asimmetrica in cui al medico spettava il ruolo one ups e al malato one down..

L’autorità, a cui il medico si appellava, poteva essere l’ethos ippocratico o il giuramento modernizzato preposto alle più recenti versioni del Codice deontologico dei medici. L’aggettivo “medica” che qualificava l’etica vigente nelle pratiche di cura descriveva efficacemente l’appartenenza al medico: in pratica, erano le sue regole che si imponevano a chi ricorreva ai suoi servizi. Non stupisce che nei codici deontologici non venga mai menzionato il dovere del medico di ascoltare il malato. La rilevanza dei valori e delle preferenze di questi nelle scelte cliniche era considerata ininfluyente. Nei sistemi formali di regole la novità è intervenuta con il Codice deontologico degli infermieri del 1999. Più precisamente, con due articoli: l’art. 4.2 (*“L’infermiere ascolta, informa, coinvolge l’assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell’esprimere le proprie scelte”*) e l’art. 2.5 (*“L’infermiere, nel caso di conflitti determinanti da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo”*).

L’ascolto in questo caso viene messo in rapporto non tanto con le necessità di una corretta diagnosi, ma con il mondo dell’etica. La priorità dell’ascolto rispetto alla stessa informazione costituisce una chiara esegesi della pratica recente nota come “consenso informato”: non si tratta di ottenere l’approvazione del paziente a ciò che il sanitario ha deciso di fare per suo bene – soprattutto a fini di autotutela giuridica – ma di confrontare la proposta terapeutica con il sistema di valori della persona malata, per arrivare a una decisione condivisa. Opportunamente, il codice degli infermieri menziona la possibilità che tra l’uno e l’altro possano esserci divergenze, o addirittura conflitti. In questo caso bisognerà attivare strategie negoziali che erano del tutto estranee all’etica

medica tradizionale. Il paradigma della bioetica è presente anche nel nuovo Codice deontologico dei medici. Nella versione del 2006, oltre all’accurata teorizzazione della natura e scopo dell’informazione, viene esplicitamente menzionato il principio del rispetto dell’ “autonomia” della persona (art.6), quale criterio essenziale per valutare la qualità dell’atto medico.

Anche senza essere direttamente evocato, l’ascolto emerge come condizione essenziale per definire la buona medicina della modernità. Per tradurre in pratica questa esigenza, è necessario che superiamo l’esortazione all’ascolto da parte dei professionisti sanitari come appello umanitario, per approdare all’identificazione di un metodo.

Questo ascolto, infatti, non può essere un fatto episodico, né essere riservato a quei professionisti che si sentono più propensi a stabilire relazioni empatiche con i pazienti, deve, piuttosto, essere condiviso da tutti e diventare una pratica abituale.

In conclusione, la prossima volta che avrete una discussione con una persona, fermatevi e ponete questa regola: ognuno non può esprimere la propria argomentazione se non dopo aver preliminarmente riesposto le idee e le sensazioni dell’interlocutore con esattezza e con la conferma di quest’ultimo. Questo vorrebbe dire semplicemente che, prima di presentare il proprio punto di vista, sarebbe necessario assimilare il quadro di riferimento dell’interlocutore, per comprendere le sue idee e le sue sensazioni, così da essere in grado di poterle riassumere al posto suo. Semplice, vero? Ma, se fate la prova, scoprirete che è una delle cose più difficili che abbiate mai tentato di fare.



L'INFERMIERE E L'OSS: IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

È il titolo di un convegno svoltosi di recente a Taranto, che, come ha detto Benedetta Mattiacci, Presidente del Collegio IPASVI Taranto,

1) si propone un approfondimento del ruolo dell'OSS nella Sanità,

2) mira ad evidenziare il lavoro simbiotico di Infermieri ed Oss, nel rispetto della totale responsabilità dell'Infermiere per quel che attiene la sfera squisitamente sanitaria, sfera nella quale l'OSS svolge mansioni semplici non legate all'esecuzione di pratiche curative o alla somministrazione di farmaci.

È l'OSS l'anello mancante di una Sanità che ha bisogno di più attori in grado di lavorare in sintonia per garantire al paziente una risposta ottimale, a tutto tondo, ai suoi bisogni, non esclusivamente di salute, bensì, anche, nello svolgimento di tutte quelle attività legate ai bisogni primari, in modo tale da favorirne l'auto-sufficienza.

I ruoli di Infermiere ed OSS emergono in maniera decisa per i mutamenti intervenuti nel nostro paese in questi ultimi decenni, in questi ultimi anni. Mutamenti quali l'aumento della speranza di vita, il miglioramento delle condizioni sociali, l'invecchiamento della popolazione e l'espandersi di forme di disagio e di fragilità, inducono al ripensamento dell'organizzazione sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale al fine di promuovere la tutela della salute e il benessere dei cittadini.

Tali trasformazioni hanno avuto come conseguenza un cambiamento nella domanda di cure e di assistenza, ovvero a richiedere nuovi modelli organizzativi, nuovi modelli operativi e l'applicazione di buone pratiche nell'assistenza alla persona e alla collettività. Uno scenario non più ospedalocentrico, ma con un ruolo importante del territorio, al quale spetta mettere a punto nuove modalità di presa in carico della persona con patologie a lungo decorso, di garantire la continuità assistenziale, superando la centralità dell'ospedale. Ovvio che l'integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali debba passare attraverso l'interazione e la collaborazione multi professionale e interprofessionale.

Dunque, scenari nuovi, con maggiori responsabilità e necessità di preparazione al passo con la nuova domanda di salute. Si chiedono agli Infermieri, ormai in Università, si chiedono agli OSS, la cui nascita è piuttosto recente quindi con un ruolo "work in progress", con la necessità di superare certe criticità ben individuate.

Uno dei limiti di questa professione, è, a nostro avviso, la mancanza di un modello di core-compliance omogeneo nell'intero paese, con la conseguenza di una formazione disomogenea e, potrebbe darsi, talvolta carente, talaltra eccellente. Ovvio che si debba, quanto prima, intervenire per sanare differenze e disequilibri.

Preme sottolineare il bisogno di un rispetto rigoroso dei dettati del profilo, ad evitare che gli eccessi di zelo producano invasioni di campo o/e il debordare nelle funzioni di altri profili. Nell'ottica di "a ciascuno il suo", che significa preparazione ottimale in funzione delle proprie competenze... il profilo dell'infermiere recita "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria" (art. 2 D.M 739/94).

"... per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario dell'opera del personale di supporto" (art. 3, lettera f. D.M.739/94). Per meglio chiarire: l'assistenza infermieristica di natura tecnica significa che l'infermiere deve eseguire, ad esempio, stick glicemico, ECG, tracheobroncoaspirazione, P.A, funzioni non attribuibili agli OSS, per i quali si ravviserebbe un esercizio abusivo della professione infermieristica, penalmente perseguibile.

Di seguito gli stralci di alcune relazioni.

L'INSERIMENTO E LA VALORIZZAZIONE DEGLI OPERATORI DI SUPPORTO

Dott.ssa Francesca Parisi, Dirigente Prof. Sanitarie

sono da considerare una "risorsa" se significano:

- ridefinire l'ambito ed i contenuti delle attività specificamente infermieristiche ed esplicitare

nelle organizzazioni le reali funzioni del professionista infermiere nei suoi ambiti di autonomia e di responsabilità;

- sviluppare il tempo lavoro dell'infermiere per erogare assistenza di qualità e rispondere in modo adeguato e appropriato ai bisogni della persona, nella cultura del prendersi cura invece che del "fare";

- attribuire attività, che non sono specifiche /proprie dell'infermiere, al personale di supporto che possiede conoscenze ed abilità per eseguirle.

Riorganizzare l'assistenza secondo nuovi modelli organizzativi presuppone un'attenta analisi dell'organizzazione e degli obiettivi che questa deve perseguire in funzione della valorizzazione dei profili dei professionisti e degli operatori che vi esercitano il loro ruolo, ed a garanzia della sicurezza dell'utente e dei lavoratori coinvolti.

Nella organizzazione delle attività deve essere:

- chiara l'attribuzione di responsabilità alle diverse figure;
- documentata la pianificazione dell'assistenza;
- prevista la documentazione del processo di attribuzione;
- prevista e presidiata l'integrazione del team.

In molte Aziende i diversi modelli organizzativi assistenziali fanno frequentemente emergere criticità. In maniera generalizzata, l'organizzazione del lavoro non consente ancora la "presa in carico" dell'assistito.

In ogni caso, alla base di un qualsiasi modello organizzativo ed assistenziale scelto deve esserci la necessaria chiarezza delle sue articolazioni, funzioni e risorse assegnate, nonché le logiche della programmazione.

Il nuovo modello organizzativo: la visione dell'assistenza per intensità di cure, che la rende possibile, trova in alcuni principi i riferimenti della filosofia fondamentale a cui le scelte sono state ispirate: Principio del "Bisogno", Principio del "Beneficio", Principio della "Competenza", Principio dell'"Interdipendenza".

Per le degenze a media ed elevata assistenza : Il modello organizzativo più idoneo è quello "per settori dove l'infermiere si occupa di x pazienti.

L'attività prioritaria dovrà essere quella di identificare i bisogni dei pazienti, pianificare gli interventi, erogare gli interventi infermieristici, assegnare i compiti al personale di supporto, verificare il raggiungimento dei risultati ed esercitare una sistemica supervisione su quanto fanno gli operatori di supporto.

Modello sulla "gestione del caso" in UU.OO. per acuti : In questo caso, il case manager è la figura trasversale dell'Unità Operativa che gestisce/pianifica e valuta i casi complessi e coordina il gruppo di riferimento.

Modello sulla gestione del caso in UU.OO. di post acuti : È un modello di organizzazione dell'assistenza "per settori" sulla base dell'intensità di cura, con un maggiore impiego di personale di supporto (O.S.S.), che eroga assistenza in relazione ad una prescrizione infermieristica ed alla supervisione degli infermieri.

Area critica: È una zona ad alta specialità e personalizzazione dell'assistenza, il modello prevederà l'inserimento di una figura trasversale nell'Unità Operativa, per es. un infermiere con formazione post-base (master di 1° livello in area critica) che gestisce/pianifica e valuta i casi complessi dell'Unità e decide a quale infermiere più competente affidare il caso. Le figure di supporto collaboreranno in integrazione con il personale infermieristico.

Sala operatoria: Opera con modello "per settori o funzioni" con l'obiettivo di valorizzare tutte le figure operanti in sala, dal ferrista all'O.S.S.

Ambulatori/Servizi: Il modello che si propone potrebbe essere applicato alle realtà dove sono presenti "stecche" ambulatoriali. L'infermiere è colui che garantirà la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche e assegnerà le attività di assistenza di base alle figure di supporto rispetto alle quali effettuerà la supervisione.

Dove allocare gli operatori di supporto? I criteri per individuare al meglio l'idonea collocazione delle figure di supporto vertono, a nostro avviso, nelle relative declinazioni, su due diverse direttrici: A. sul versante assistenziale; B. sul versante organizzativo.

È necessario che a questo sistema organizzativo

sia abbinata una documentazione infermieristica coerente, completa e più semplice possibile, tale da favorire da un lato la personalizzazione dell'assistenza, dall'altro la qualità della stessa, rendendo più omogenee e costanti le prestazioni standardizzabili. Una documentazione così impostata agevola grandemente la conoscenza delle attività da svolgere e del loro livello di qualità da parte di ogni nuovo operatore che si inserisce in un determinato contesto. Si deve trattare di una documentazione alla cui tenuta l'O.S.S. possa partecipare, per quanto di competenza.

Le reception di linea: Nell'ambito della riorganizzazione si evidenzia la necessità di realizzare un sistema di "customer service". Vengono inserite nel nuovo modello le "Reception delle Linee Assistenziali", strutture finalizzate alla disposizione più efficiente delle risorse umane e tecniche, al fine di generare maggior valore.

In conclusione, è importante sottolineare la distinzione, spesso ignorata, tra la responsabilità di compito e la responsabilità di risultato in assistenza.

Infatti, responsabile del risultato finale dell'assistenza è l'infermiere di riferimento, responsabili per le attività prodotte sono i componenti del gruppo assistenziale. In tal modo è reso possibile collegare responsabilità professionali di risultato assistenziale (e non solo tecnica) al singolo infermiere, quale premessa alla responsabilizzazione del singolo operatore, coerente con il proprio profilo professionale e con la crescente richiesta d'autonomia.

La collaborazione tra Infermiere e O.S.S. e l'inserimento adeguato di quest'ultimo, permetteranno la massima rivalutazione e valorizzazioni delle risorse umane, con ricaduta positiva sulla qualità del servizio offerto.

“LA PERSONA MALATA HA PAURA ED HA BISOGNO DI SICUREZZE, ATTENZIONE, SOLIDARIETA', SOSTEGNO.

Dott.ssa Maria Carmela Bruni, Dirigente Prof. Sanitarie

Tutti gli operatori sanitari sono in maniera naturale portati alla relazione d'aiuto ma vanno educati in maniera continua a mantenere vivo

l'interesse e la necessità di avere gli strumenti utili affinché la relazione d'aiuto sia efficace. Chi aiuta i professionisti della salute, gli operatori sanitari allo sviluppo di una coscienza critica nell'attuale civiltà tecnologica?

L'EDUCAZIONE integrale che passa dallo sviluppo delle regole che la deontologia professionale ci impone, lo sviluppo del dibattito su questioni etiche e bioetiche di grandissima rilevanza nell'agire professionale e ci stimolano a coinvolgere anche tutti gli operatori del mondo sanitario e sociale.

L'educazione integrale che entra nelle scuole, nei luoghi di ritrovo sociale, nei dibattiti mediatici, nelle Università, nei corsi professionali, Educazione che deve portare alla consapevolezza, allo sviluppo ed al mantenimento di quelle VIR-TU' utili non solo a noi stessi ma soprattutto a quelle relazioni d'aiuto di cui ci facciamo onore.

Educazione, allora, ai VALORI:

Educazione al valore della VITA: un operatore sanitario che sviluppa il suo sapere per esercitare un'attività sanitaria a supporto dell'assistenza, che opera nell'ambito delle scienze della vita e della salute, deve credere che la vita deve essere tutelata, VALORE da tutelare dal momento del suo concepimento sino all'ultimo istante.

VITA tutelata anche nell'integrità corporea, che può essere alterata solo se giustificata dall'applicazione del principio terapeutico. Il CORPO non è un involucro inanimato, il CORPO E' SACRO, va tutelato nella sua dignità e va rispettato.

Se un educatore sanitario si educa sulla sacralità del corpo delle persone, sarà in grado di comprendere e rispettare in maniera naturale la privacy degli assistiti, scoprire le nudità solo se strettamente necessario, tutelare le nudità scoprendo solo le parti strettamente necessarie alle attività, utilizzando gli strumenti utili a proteggere quei delicati momenti dalla vista altrui. Il Corpo va rispettato anche nei gesti, nella manualità delle attività. Il Corpo è sacro anche dopo la morte e il muovere, lavare, spogliare, vestire una salma deve essere eseguito con la delicatezza e le attenzioni riservate alla persona viva e /o dolorante; le modalità con cui

tratteremo quel corpo sarà testimonianza del rispetto del dolore dei familiari, aiuterà nell'elaborazione della stima e del rispetto che quelle persone avranno per la nostra attività, per la nostra identità personale.

EDUCAZIONE ALLA SALUTE significa anche far comprendere che le malattie sono parte integrante della vita, che sono un limite della salute, che vanno prevenute con comportamenti orientati al benessere della persona, comportamenti che andranno insegnati, rinforzati.

Gli operatori sanitari dovranno insegnare che le malattie guariscono con trattamenti terapeutici dei quali la persona assistita è attore protagonista, che le malattie possono cronicizzare o, addirittura, possono avere un esito evolutivo che non ha guarigione. Accompagnare la persona assistita e la sua famiglia, gradualmente, alla consapevolezza che la morte fa parte della vita e che ognuno di noi ha diritto di sapere se la vita sta per spegnersi: ci sono aspetti della propria vita che una persona deve e può affrontare solo se ha questa consapevolezza.

Ognuno di noi dovrà essere in grado di compattare, e, se c'è malessere su decisioni da prendere o difficoltà interiori, occorrerà aiutare la persona e la sua famiglia a capire quali sono i valori in gioco, aiutare a prendere consapevolezza, accompagnandoli nell'assistenza di un percorso che è di vita.

La nostra educazione continua ai VALORI, che è l'educazione offerta agli altri, porta allo sviluppo di alcune virtù.

Prudenza: è la virtù che dispone la ragione a discernere in ogni circostanza il nostro vero BENE e quello delle persone assistite ed a scegliere, insieme a loro, il mezzo più adeguato per raggiungerlo.

Giustizia: è la virtù che consiste nella costante e ferma volontà di dare al prossimo quanto dovuto.

Fortezza: è la virtù che, nelle difficoltà, assicura la fermezza e la costanza nella ricerca del bene della persona.

Temperanza: è la virtù che dona equilibrio

nell'uso degli strumenti a disposizione; che frena gli istinti; che frena, anche, azioni professionali che possono portare ad errori; che aiuta a riflettere se ciò che abbiamo deciso di compiere è il meglio che possiamo offrire.

Ho parlato del rispetto dei principi etici, fondamento di tutti i codici deontologici, ma, insieme, delle VIRTU' cardinali su cui si sviluppano le altre virtù che aiutano gli uomini, nel nostro caso, gli operatori sanitari a sviluppare un agire professionale nel rispetto della dignità delle persone e nella certezza di non tradire la fiducia riposta in noi nel momento della sofferenza.

RISCHIO IN SANITÀ: RESPONSABILITÀ DELL'OSS NELL'ATTO ASSISTENZIALE

Dott. Pio Lattarulo, Dirigente Prof. Sanitarie

Al tempo, viviamo in un sistema sanitario particolarmente complesso nel quale i vincoli economici diventano sempre più stringenti. A ciò si aggiungano una serie di vincoli organizzativi legati ad un modo « vintage » e quasi kafkiano d'intendere l'elefantica macchina dei sistemi sanitari e di salute. Ne scaturisce un ovvio pantano, all'italiana, al quale contribuisce in maniera mirabolante anche il TAR del Lazio con la recentissima sentenza sul Dipartimento delle Professioni Sanitarie. Di fatto, mentre dovrebbe essere chiaro anche ai non addetti ai lavori che l'« eliocentrismo » non è più imperniato sul medico ma sulla persona assistita, si vuol continuare a perpetuare la moltiplicazione di tantissimi Re Sole, con buona pace della multidisciplinarietà e del lavoro in equipe.

La sicurezza delle cure rappresenta una delle grandi priorità che il sistema salute deve affrontare con determinazione, con il concorso delle istituzioni deputate e l'imprescindibile collaborazione dei professionisti sanitari e dei cittadini.

Quanto affermato, passa inevitabilmente per l'affermazione dei percorsi "di chiarezza". La zona d'ombra, legata all'esecuzione di pratiche un tempo di esclusiva pertinenza medica (Es. emogasanalisi, validata con sentenza del Consiglio di Stato ed a precise condizioni, o l'inserimento dei PICC, ambito tipico di applicazione del comma 566 della Legge di Stabilità,

oggetto di violento contendere) non può certamente prender corpo per metafora con le attribuzioni professionali Infermiere – OSS. Tutto ciò, non già per ragioni corporativistiche, seppur sia necessario non reiterare nei confronti degli OSS la dominanza medica, con quella che la Vicarelli temeva potesse essere la dominanza infermieristica, ma per pura differenza tra “professione intellettuale e lavoro esecutivo per compiti”.

Nel cammino identitario di riconoscimento dell'essere professionisti, è necessario, attingere all'infermieristica quello che, sostanzialmente, Greenwood individua come capisaldi su cui poggia l'agire professionale: la “base scientifico – tecnica” e lo “smalto deontologico”.

Greenwood inoltre, propone cinque attributi per l'esercizio di una professione sanitaria:

- 1) abilità superiore;
- 2) autorità professionale;
- 3) sanzione della comunità;
- 4) codice di regole etiche;
- 5) cultura professionale;

Tutto ciò rappresenta la base su cui impiantare l'irrinunciabile assunto in base al quale, per gli effetti del Profilo Professionale (DM 739/94), della L. 42/99, della L.251/00 e dei Codici di Deontologia Professionale (1999 e 2009) non via sia alcun dubbio in merito al fatto che l'unica figura professionale responsabile dell'assistenza generale infermieristica è l'Infermiere.

Sotto questa “nuova” luce è possibile delineare le movenze degli altri attori professionali in quel teatro quotidiano che è la Sanità nelle sue molteplici sfaccettature. Gli OSS non sono comprimari, sono certamente funzionali al processo di assistenza che, per quanto di competenza ed in relazione al percorso formativo dovrebbe essere impartito anche a loro in modo tale che non abbiano dubbi di sorta circa le peculiari modalità di esercizio della loro attività sia in relazione al proprio profilo professionale (Accordo Stato – Regioni del 22.2.2001).

Fatta questa doverosa premessa è bene chiarire che sarebbe inutile e deleterio cercare una definizione adeguata di atto assistenziale, a

puro svantaggio della valenza di un intero processo costituito da una miriade di azioni improntate all'appropriatezza ed alla buona pratica clinica.

E' evidente che bisogna ragionare attorno ad un bisogno di salute sempre più complesso che necessita di azioni pensate, ispirate alla logica ed al buon senso operativo, che tengano conto delle risorse impiegate, e che soprattutto siano il frutto tangibile di una progettualità. Le mattonelle di questo sentiero sono necessariamente costellate di responsabilità. Etimologicamente riconducibile alla composizione tra *responsus* e *habitus* viene classicamente intesa come la capacità di dare conto delle proprie azioni in rapporto ad una sanzione, o a titolo di garanzia e rinforzo di un dovere di comportamento. Ne consegue che la responsabilità provoca un rapporto causa – effetto: chiunque a seguito di una propria azione cagiona un danno ad altri è tenuto a ripararlo. E' chiaro che in questo senso rispondere ad una qualche autorità di una condotta professionale riprovevole. L'intendere anche nell'accezione etica “buona sanità” significa però considerare la responsabilità nell'ottica positiva, cioè sostenere un impegno a mantenere un comportamento congruo e corretto.

La presente digressione consente anche di sgomberare il campo, sempre nell'ottica della responsabilità e della sicurezza nelle cure sui concetti di delega e attribuzione. “La delega presuppone due autorità, quella delegante e quella delegata, di cui una (quella delegata) viene delegata al compimento di atti o all'esercizio di funzioni di competenza del delegante, in virtù dell'atto della stessa autorità delegante”. E' evidente che non è possibile giuridicamente che un Infermiere deleghi l'OSS per qualsivoglia attività. Sarebbe invece possibile l'attribuzione di alcune attività, situazione che verrà certamente delineata nel prossimo futuro.

La logica è a parere di chi scrive quella della coesione nel rispetto. La coesione tra professionisti permettere di mantenere vivo il Patto con la persona assistita, scritto quasi venti anni or sono dagli Infermieri ma certamente valido per tutti ed il rispetto permette di non commettere errori fatali.

SEDUTA DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DEL 30/03/2015 - TARANTO PROCLAMAZIONE ORE 16.15-16.30



GRUPPO 1 ORE 11.00

PINNELLI Alessandro
PIGNATELLI Donatella
DE CATALDIS Angela
DELLISANTI Graziana
FRAGNELLI Fabio
PIGNATALE E. Nimhea
SANTORO Salvatore
DE NITTO Lidia
PESCE Vito

GRUPPO 2 ORE 11.45

CANNARILE Agata
DEIURE Gianvito
CHIFFI Cosimino
BIANCO Giuseppe
PERELLI Serena
DENTAMARO Filippo
SANTOIEMMA Andrea

GRUPPO 3 ORE 12.30

BALZANO Mariagrazia
SIMONETTI Samantha
TINELLI Giuseppe
D'AMBRA Serena
CAPURSO Immacolata
CARRIERA M. Claudia
MARANGI Debora
DE MARCO Anna

GRUPPO 4 ORE 14.30

PERRONE Fabio
VITRUGNO Pompea
SPINELLI Rita
STRADA Giovanna
SIRRESSI Giacomo
MAZZILLI Marika
MELE Paola
DI MAGGIO Arcangelo
PERCHIAZZI Gaetano

GRUPPO 5 ORE 15.30

SALAMINA Giada
CONVERTINI Stefania
MIANO Floriana
PALMISANO Angela
CANNITO Palma
MANZARI Rossella

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Taranto si complimenta con Te per il completamento degli studi e per essere entrato/a nella grande Famiglia dell'IPASVI e in quella Casa che è il Collegio, luogo di incontro, di discussioni, di confronti e di approfondimento delle tematiche e dei problemi che riguardano la professione.

*A Te, neofita, vogliamo confermare la nostra piena disponibilità acchè possa sentirti sempre parte integrante di un unicum che è il Collegio, **“tua casa professionale”***

Infine, non dimenticare mai le basi su cui poggiare il tuo essere professionista:

- Il profilo professionale dm 739/94

- Il codice deontologico

- La legge 42/99

Ad maiora, semper!

La Presidente del Collegio IPASVI di Taranto

Benedetta Mattiacci

Programma Scientifico

PIATTAFORMA ECM 2015

1. Triage in Pronto Soccorso	9-10 Febbraio 2015
2. Basic Life Defibrillation	11 Marzo 2015
3. Maltrattamento e Abuso sul Minore	12 Giugno 2015
4. Infermieri: il Percorso di una Professione in Evoluzione	27 giugno 2015
5. Uso degli Ultrasuoni per gli Accessi Vascolari (in fase di accreditamento)	4 Luglio 2015
6. Libera Professione: quanto c'è da sapere rispetto all'anno 2014 (in fase di accreditamento)	18 Settembre 2015
7. Cure Palliative: accompagnare nel sollievo (in fase di accreditamento)	3 Ottobre 2015
8. 2ª Edizione Maltrattamento e Abuso su Minore (la giornata, quando definita, sarà comunicata via mail, web, locandina)	Ottobre

CORSO DI AGGIORNAMENTO

27 Giugno 2015

“INFERMIERI: IL PERCORSO DI UNA PROFESSIONE IN EVOLUZIONE”

- Evento formativo n. 1921 (RES)
- Id Provider 66
- Crediti Formativi 8
- Destinatari: 80 IPASVI, iscritti al Collegio di Taranto

1ª PARTE

h. 8.30 - 9.00	Introduzione ai lavori della Presidente del Collegio IPASVI Taranto ASV. Benedetta MATTIACCI
h. 9.00 - 11.00	Verso le competenze specialistiche Dr.ssa Maria Adele SCHIRRU Cons. Naz. F.N.C. e Pres. Collegio IPASVI Torino
h.11.00 - 12.00	Dibattito: modera dr. Giovanni Argese Vice Presidente Collegio IPASVI Taranto
h.12.00-14.00	ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI ANNO 2015
h.14.00 - 14.15	Pausa

2ª PARTE

Ripresa lavori	
h.14.15 - 15.15	Prospettive professionali Dr.ssa Maria Adele SCHIRRU Cons. Naz. F.N.C. e Pres. Collegio IPASVI Torino
h.15.15 - 16.15	Dibattito: modera dr. Giovanni Argese Vice Pres. Collegio IPASVI Taranto
h.16.15 - 17.15	Test finale di valutazione



ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2015

sede: Collegio IPASVI, via Salinella, n.15 -Taranto

Cara/o Collega, mi preme comunicarti che l'Assemblea Annuale Ordinaria si terrà in

- | | | | |
|----|-----------------|------------|-----------------|
| 1) | 1° Convocazione | 26/06/2015 | h.17,30 - 18,30 |
| 2) | 2° Convocazione | 27/06/2015 | h.12.00 - 14.00 |

O.D.G.

- **RELAZIONE PROGRAMMATICA 2015**
- **RELAZIONE BILANCIO CONSUNTIVO 2014**
- **PRESENTAZIONE BILANCIO PREVENTIVO 2015**
- **RELAZIONE PRESIDENTE REVISORI DEI CONTI 2015**
- **DIBATTITO / VOTAZIONI**

In ottemperanza DPR 221/50, per la validità dell'assemblea in 1^a Convocazione occorre l'intervento di almeno $\frac{1}{4}$ degli Iscritti; in caso di mancato numero, si dà corso ad una seduta in 2^a Convocazione, valida qualunque sia il numero dei presenti, purchè superiore al numero dei componenti il C. D. Sono considerati come intervenuti quanti delegano. Ciascun presente può essere in possesso di max n. 2 deleghe.

La Presidente

Benedetta Mattiacci