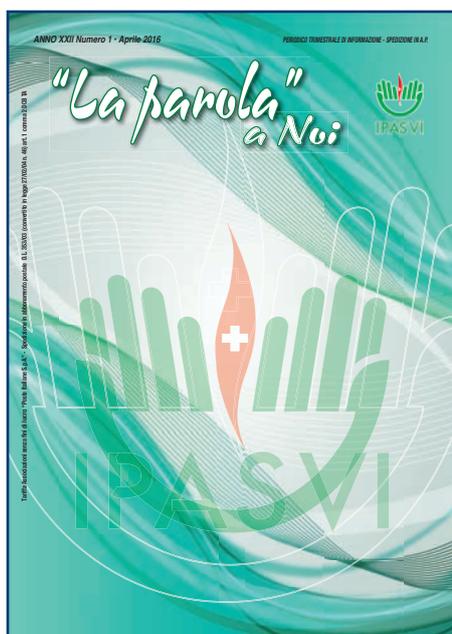


Tariffa Associazioni senza fini di lucro: "Poste Italiane S.p.A." - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/03 (convertito in legge 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 2 DCB TA

# "La parola" a Noi



# IPASVI



## Comitato di Redazione

R. Bastone                      F. Pulpo  
M. Cardellicchio              A. Ricciato

Direttore Responsabile  
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale  
e redazionale  
Emma Bellucci Conenna

## Hanno collaborato:

Benedetta Mattiacci              Emanuela D'Addario  
Emma Bellucci Conenna          Carmela Lacatena  
Maria Carmela Bruni              Giusy Fico  
Rossella Bastone                  Maria Luisa Pizzulli  
Monica Cardellicchio              Anna Barletta  
Francesca Pulpo                    Natalina Segoloni  
Angelica Ricciato

Fotocomposizione e stampa  
Stampa Sud spa - Mottola (Ta)  
[www.stampa-sud.it](http://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

Editoriale .....	Pag. 3
Piano Ospedaliero di riordino .....	» 4
Appunti ed Atti Focus .....	» 6
La dimissione del paziente .....	» 12
L'infermiere e l'approccio al paziente .....	» 16
Sedute di laurea .....	» 22
Operation Smile .....	» 23
Croce Rossa e USMAF .....	» 26
Infezione HPV .....	» 30
L'infermiere addetto all'anestesia .....	» 38
Diario di una dottoressa .....	» 41
Ciao Mimmo .....	» 43
Convenzione Yacht Club .....	» 44

## Collegio IPASVI

Via Salinella, 15

Tel. 099.4592699 - Fax 099.4520427

[www.ipasvitaranto.it](http://www.ipasvitaranto.it) - [info@ipasvitaranto.it](mailto: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.**



Cari Colleghi, questo numero del giornale coincide con una fase di non poche novità per il nostro territorio, ovvero - IL Piano di Riordino Ospedaliero regionale, con

la possibilità per la Regione di spendere 600 milioni di euro destinati a nuove assunzioni tra medici ed infermieri, al fine di "tamponare" la grave carenza d'organico, vero dramma della nostra sanità

- Il Potenziamento della tanto invocata (o evocata?) Sanità territoriale con lo stanziamento di 400 milioni di euro, rivenienti dal FESR (Fondo Europeo Sviluppo Regionale)

- Il Maxiconcorso regionale per Infermieri che vedrà la partecipazione di, all'incirca, 20.000 concorrenti, provenienti da tutto il Paese.

Notizie, come vedete, non da poco, che **potrebbero**, in certo qual modo, modificare lo scenario della Sanità, stretta nella morsa dei vincoli di spesa e **del bisogno** di sempre maggiori e più complesse risposte assistenziali, rivenienti da un lato dall'invecchiamento della popolazione che, affetta da pluripatologie croniche, **abbisogna** di assistenza sul territorio, dall'altro dai progressi delle patologie e dalle innovazioni tecnologiche e scientifiche, che rimandano a personale sempre più aggiornato e competente, necessità da noi Collegio ben compresa, vero è che mensilmente offriamo opportunità formative positivamente valutate dai partecipanti. **Bisogno, anche**, di etica e trasparenza dei comportamenti in una Sanità ad una svolta che *non consente ragionamenti campanilistici o opportunistici, ma, solo, criteri di* miglioramento e potenziamento dei servizi di assistenza e cura ospedalieri e, soprattutto, territoriali. A noi Infermieri non importa lavorare nell'ospedale o sul territorio, non interessa restare "immobili, fissi" in questo o quel luogo, abbiamo la capacità di "**riprogettarci**", dal territorio all'ospedale, dall'ospedale al territorio.

Non ci spaventano vortici di novità, cambiamenti tout court, cambiamenti anche dei mo-

delli gestionali, ma...sappiamo che lo spirito, le idee, i progetti di innovazione non hanno applicazione immediata. Nel frattempo ci prepariamo, perchè, se vogliamo affermare nella realtà i cambiamenti, dobbiamo rivedere la visione di noi stessi, passando da comparse ad attori protagonisti dell'assistenza, mettendo in campo tutto il nostro sapere, il frutto della nostra esperienza, il frutto delle nostre ricerche, aggiornando sapere, esperienza, ricerca. Dobbiamo imparare a scegliere strade difficili che richiedono sacrifici, perché il cambiamento non sempre è facile da attuare e da accettare, perché porta a rivedere vecchi schemi ai quali si è abituati e che, in qualche modo, danno sicurezza

Ogni innovazione, dunque, comporta momenti di tensione, di insicurezza, di scramento, ma abbiamo dalla nostra la passione per la professione, per le finalità della nostra professione, la nostra mission, ragion per cui dobbiamo uscire da schemi obsoleti ed entrare nella nuova dimensione che, di certo, consentirà a tutti di esprimere il meglio delle conoscenze, delle competenze che, non dimentichiamolo, sono in continua evoluzione ed aggiornamento.

La società richiede intensamente ciò che noi promettiamo di saper fare e di saper offrire. Non è più tempo di rimandare: le domande di salute da parte dei cittadini sono sempre più complesse, più sofisticate, richiedono quella formazione, più in linea con i bisogni, alla quale ci stiamo preparando, con contatti continui Collegio di Taranto -Università, finalizzati alla realizzazione in loco di una formazione spendibile sul nostro territorio: Master "**Wound care**", Master "L'infermiere di famiglia e di comunità", Corso di perfezionamento Teorico-Pratico su Sistemi Venosi a medio termine tipo PICC e MIDLINE".

Investiamo in noi stessi

.Riappropriamoci della nostra REPUTAZIONE, della nostra DIGNITA', caratterizzanti della professione infermieristica, proporzionali al ruolo di ognuno di noi.

# PIANO OSPEDALIERO DI RIORDINO: QUALE SANITÀ PER TARANTO

Emma Bellucci, giornalista

*Soltanto alcune settimane fa è stato presentato il Piano di Riordino Ospedaliero pugliese, reputato insoddisfacente dalla quasi totalità dei consiglieri regionali, per la dichiarata esclusione dalla stesura definitiva, e per la chiusura o riconversione di piccoli ospedali, non in linea con gli standard di occupazione, quindi inefficienti e costosi.*

Abbiamo chiesto al DG della Asl Ta, **avv Stefano Rossi**, al timone dell'azienda tarantina da poco più di un anno, di chiarirci alcuni punti e lo ringraziamo per la disponibilità



Avv Stefano Rossi

**NUOVO PIANO OSPEDALIERO DI RIORDINO: CAMBIAMENTI NEL PANORAMA ASSISTENZIALE? MOSCATI: NUOVE SPECIALISTICHE? PER GROTTAGLIE, MOTTOLA, MASSAFRA QUALI DESTINAZIONI? POTENZIAMENTO ADI?**

*Il Moscati manterrà l'attuale tipicità, compresa la Cardiologia che torna Struttura Semplice, né si possono prevedere altre specialistiche perché mancano gli spazi sia al SS. Annunziata che sta scoppiando, sia al Moscati. Potremo ragionare diversamente quando sarà pronto il nuovo ospedale "S. Cataldo" (ospedale che con i previsti 739 posti-letto rappresenta il più grande investimento infrastrutturale ed edilizio del servizio sanitario regionale pugliese degli ultimi decenni, dal costo complessivo di 207 milioni di euro, di cui circa 140 milioni a valere sul Fondo Sviluppo e Coesione (FSC) 2007/2013 e i restanti a carico del bilancio regionale)*

*A Grottaglie tutto resterà immutato a parte la destinazione, ovvero da ospedale a Presidio di Riabilitazione specializzato in tutte le branche.*

*Per Mottola è prevista a breve l'affidamento in gestione della RSS per disabili con patolo-*

*gie neurologiche, oltre che di un Centro Diurno per anziani (nel vecchio ospedale). Per il nuovo ospedale, invece, è prevista una RSA R1, per il trattamento di patologie nella fase post acuta.*

*Massafra, dove è stato fatto un buon lavoro, continuerà ad essere presidio territoriale*

*Va ricordato che, contestualmente al Piano di Riordino, parte il lavoro di riassetto della rete di assistenza territoriale, per la quale sono stati stanziati 400 milioni di euro di fondi FESR, con i quali sono stati finanziati progetti ad alta priorità, media priorità, bassa priorità. Per Taranto finanziati 5 ad alta priorità, 2 a media priorità.*

*ADI, potenziamento? Compatibilmente con le risorse umane.*

*Indubbiamente è il territorio il grande protagonista del futuro della Sanità. Il bisogno, oggi, non è in ospedale, è sul territorio, le cronicità vanno affrontate sul territorio, quindi meno ospedale più territorio. C'è necessità di comprendere, perché se si percepisce consenso, la scelta è agevolata; se solo dissenso, è più facile la paralisi.*

*Altrettanto indubbio è la carenza infermieristica, difficile realtà per i vincoli di spesa, per cui voglio dire "Grazie" agli infermieri, spesso costretti a svolgere o mansioni inferiori o mansioni superiori, perché lavorano per più persone.*

**A PROPOSITO DI INFERMIERI, PER IL MEGACONCORSO BARI. QUALE CRITERIO DI SCELTA DEL PRESIDENTE DI COMMISSIONE, PER LEGGE RAPPRESENTANTE DEL PROFILO?**

*La Asl non ha alcun interesse nella nomina, ne ha nell'espletamento del concorso, che prevede la presenza di circa 20.000 candidati, una platea che ha presentato domanda sia a Taranto che a Bari.*

*A noi interessa l'ottimizzazione delle risorse umane. Inutile ripeterci, gli infermieri sono pochi e non possiamo incrementarli per i vincoli legislativi (bisogna mantenere invariato il costo del personale allo storico 2014), da cui il bisogno di nuove soluzioni organizzative, per un'alleanza terapeutica, una sorta di contratto per le criticità, tra pazienti ed infermieri, tra pazienti e medici. Il concorso rappresenta una realtà che, speriamo, ci consenta di risolvere il "vulnus" della carenza, almeno in parte.*

**QUALE RUOLO PER LA DIRIGENZA INFERMIERISTICA? DOVE ALLOCARLA? IN STAFF A DIREZIONE MEDICA O AL DG?**

*Non sono d'accordo con l'allocazione in staff alla Direzione Generale. Sto proponendo di procedere alla rotazione degli attuali incarichi per una nuova mission, caratterizzandoli per l'integrazione ospedale-territorio. Quindi, ricol-*

*locazione e rotazione per una nuova mission.*

**CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI COME MEZZO PER ABBATTERE I COSTI?**

*Centralizzazione acquisti, sì, ma senza centrale. C'è un tavolo regionale dei D.G. ,e, seduti intorno a questo tavolo, abbiamo ragionato sulla questione, abbiamo deciso, abbiamo individuato le aziende capofila, con una suddivisione equa degli acquisti di servizi e forniture. Le Asl, stazioni appaltanti, opereranno sulla base della programmazione e delle necessità di ciascuna ASL (la decisione di spesa dipenderà dai direttori di ciascuna Asl o ospedale), coordineranno le politiche degli acquisti di servizi e forniture, gestiranno le fasi della gara d'appalto. Nessun costo per il nuovo organismo.*

**AMBULATORI INF.CI TERRITORIALI O DISTRETTUALI FINALIZZATI AL DECONGESTIONAMENTO DEGLI OSPEDALI.**

*Ultimamente A. I. sono stati aperti a Crispiano e negli ospedali di Manduria, Martina. Ci riproponiamo, speriamo , compatibilmente con le risorse umane, di attivarne sul territorio.*

**AQUISIZIONE EX BARACCAMENTI CATTOLICA: QUALE L'USO CHE INTENDETE FARE?**

*Intanto va detto che il progetto di ripristino è stato inserito tra quelli finanziati con fondi FESR, quindi, completati i lavori, vi troverà sede il Centro di Prevenzione.*

**PROGETTI ASL FINANZIATI CON FESR**

CODICE ASL	BREVE DESCRIZIONE	STIMA COSTO	PRIORITA'
GT 83/N.O.	Rifunzionalizzazione immobile dell'ASL TA all'interno del fabbricato ex scuola per il commercio "Nitti" Via ancona Taranto per Distretto Socio-Sanitario n. 4 – III stralcio	€ 8.500.000,00	ALTA
GT 84/N.O.	Potenziamento tecnologico e completamento del parco attrezzature necessarie ai servizi distrettuali per garantire le prestazioni previste dai LEA.	€ 2.800.000,00	ALTA
GT 85/N.O.	Lavori per il completamento dell'intervento di realizzazione del Centro Salute e Ambiente presso area ex Baraccamenti Cattolica – Taranto	€ 6.500.000,00	ALTA
GT 86/N.O.	Lavori di ristrutturazione, adeguamento a norma ed acquisto attrezzature per i locali adibiti ad infermeria ed ambulatori medici della Casa Circondariale di Taranto	€ 700.000,00	ALTA
GT 81/N.O.	Lavori di realizzazione del nuovo distretto socio sanitario di Martina Franca	€ 13.000.000,00	MEDIA
GT 78/N.O.	Lavori di realizzazione di una nuova struttura sanitaria nel Comune di Statte da destinare quale sede di UTR, servizi distrettuali e servizi del Dipartimento di Prevenzione	€ 7.000.000,00	MEDIA
GT 77/N.O.	Lavori di adeguamento e ampliamento dell'immobile sito in Via Pitagora a Martina Franca per l'allocazione di servizi distrettuali e territoriali	€ 5.500.000,00	MEDIA

# APPUNTI ED ATTI DI FOCUS SULLO STATO DELL'ARTE E SULLE PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLA DIRIGENZA INFERMIERISTICA GESTIONALE E PROFESSIONALE



Dott.ssa M.C. Bruni,  
Dirigente Prof. Sanitarie ASL/TA

Il 19 gennaio 2016, a Bologna, nella stupenda cornice del Royal Hotel Carlton, si è tenuta l'VIII Conferenza Nazionale delle Politiche della Professione Infermieristica,

*“occasione di confronto e dibattito per fare il punto sull'avanzamento della dirigenza e mettere a fuoco gli sviluppi futuri, legati non solo al nuovo modello di assistenza che si va prefigurando secondo il Patto della Salute, ma anche alla crescita professionale sia dal punto di vista manageriale che clinico-assistenziale necessariamente collegata alle nuove competenze avanzate e specialistiche per poter meglio sviluppare la continuità ospedale-territorio e modelli di assistenza basati sull'intensità di cura e la complessità assistenziale, come richiede l'attuale quadro demografico ed epidemiologico” (Mangiacavalli, 2016).*

Nel corso della giornata, sono emerse, in tema di applicazione della L.251/2000 su tutto il territorio nazionale, le differenze, anche marcate, all'interno delle province delle stesse regioni: disattesa anche se presente all'interno dei pia-

ni regionali, ridimensionata in alcune revisioni organizzative, contestata laddove applicata. Presentate, per contro, alcune applicazioni della normativa con la presentazione di eccellenze, rivoluzioni epocali dal punto di vista di direzioni di strutture complesse infermieristiche, in linea con il management aziendale, innovative per collegamenti e gestione percorsi clinico assistenziali da/per ospedale territorio.

L'apertura e l'introduzione dei lavori, a cura della Presidente Federazione Collegi IPASVI, Dott. B. Mangiacavalli, ha avuto la conferma per attenzione e qualità di interventi per l'intera giornata. La sala gremita di colleghi rappresentanti i Collegi IPASVI d'Italia, Coordinatori dei CdL di Infermieristica e numerosi docenti universitari Med/45, tutti professionisti interessati al governo ed allo sviluppo della nostra professione, anche in termini di raggiungimento di risultati assistenziali, organizzativi e di sistema.

Il Presidente del forum della Pubblica Amministrazione, Dott. C. Mochi Sismondi, ha presentato la legge Madia ed i decreti delegati

sulla riforma della P.A. in Italia, valorizzando ed incentivando la performance budgeting, il manager che agisce come coach, attraverso la rivoluzione della P.A. digitale, che rende l'utilizzo del digitale semplice ed utile così come avviene in maniera ordinaria al di fuori del tempo lavoro (utilizzo personale tablet, smartone, operazioni di ricerca online). Una buona amministrazione pubblica aumenta le potenzialità delle risorse umane a disposizione, ne aumenta il *Valore Pubblico*, basandosi sull'open government, attraverso l'Endorsement, l'Empowerment, l'Engagement, l'Enforcement, valorizzazione basata su principi della convivialità ed abilitazione di capability. Nella moderazione si evidenzia l'importanza di quanto affermato dal dott. Mochi, *“la mancanza di fiducia nei confronti dei vari professionisti dirigenti, ai i vari livelli di responsabilità, spegne l'entusiasmo e la forza propositiva professionale e tende a far scivolare verso quella solitudine tipica che provano i nostri colleghi dirigenti”* (A. Schirru).

La risposta, secondo la senatrice A. Silvestro, *“va recuperata dentro la professione stessa, il cambiamento culturale deve avvenire dentro di noi, dobbiamo scrollarci questa impermeabilità che ci caratterizza rispetto ai cambiamenti del contesto culturale, organizzativo, sociale e politico a cui corrisponderanno i cambiamenti legislativi. La resistenza al cambiamento è dentro di noi: modelli teorici, modelli organizzativi si modificano se noi crediamo fermamente che è necessario cambiare e lo accetteranno anche coloro che lavorano e vivono attorno a noi.”*

Il percorso storico della funzione dirigenziale ha inizio negli anni '60, nell'ambito della formazione con l'istituzione della scuola per dirigenti (Uni Roma, 1965) e nell'organizzazione con l'inserimento nella gestione del personale dell'area del comparto dei CSSA (Legge 132/68). Funzione dirigenziale che si rafforza alla fine degli anni '90, nella formazione con l'istituzione della Laurea specialistica (DM 509/99) e l'istituzione successiva della Laurea Magistrale (DM 270/2004) e l'inizio dell'anno 2000, soprattutto nell'organizzazione, attraverso l'applicazione della Legge 251/2000 (art.6 comma 2...*le regioni possono istituire la nuova*

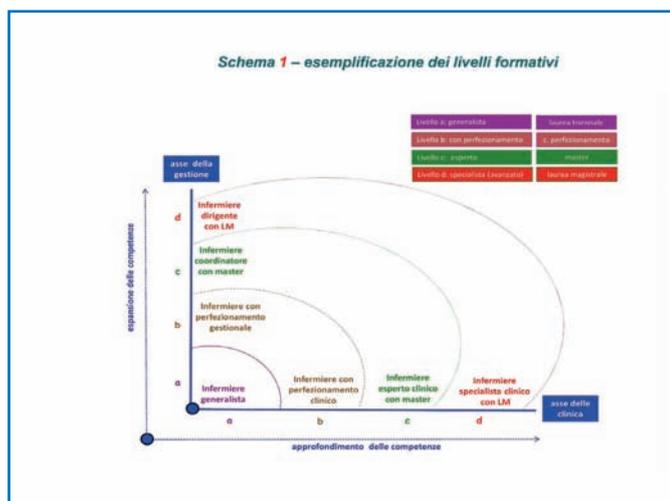
*qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*). Il gruppo professionale ha voluto riflettere anche sull'importanza dell'utilizzo dei termini nella sfida odierna, la decisione di passare dalla Laurea specialistica che dava il senso di un semplice percorso formativo di specializzazione alla decisione di denominare il titolo di II livello in Laurea Magistrale, comparabile ed assimilabile culturalmente agli altri percorsi di Laurea quinquennale. La funzione dirigenziale, formalizzata nella Legge 43/2006 nell'ultima articolazione della classificazione del personale sanitario (professionisti in possesso di diploma di laurea, professionisti coordinatori in possesso di master di primo livello per le funzioni di management o per le funzioni di coordinamento, professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche, *professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni*), è inquadrata contrattualmente con il CCNL SPTA del 17/10/08.

La funzione dirigenziale è nata e si è mantenuta sino ad oggi, in ambito prettamente manageriale, soprattutto perché i bisogni erano specificamente organizzativi, il che lascia pensare soprattutto alla percezione sociale della managerialità, prevalentemente gestionale.

Ora si sta iniziando a pensare ad una evoluzione in senso specialistico ma orientato alla clinica, ad un riconoscimento delle competenze non più in ambito GESTIONALE ma CLINICO-ASSISTENZIALE. L'estensione in orizzontale dei processi, impostati sull'educazione e sulla presa in carico, spingono verso una suddivisione delle competenze da acquisire nel percorso formativo di II livello. La Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi ha presentato, già da tempo, proposte, iniziative, per sostenere l'evoluzione già in essere ed era necessario riconoscerlo, nel percorso formativo di secondo livello in senso specialistico sulle competenze degli infermieri e degli infermieri pediatrici. Stante l'ar-

tiolato sull'evoluzione delle competenze degli infermieri (Bozza in Conferenza Stato Regioni) e i disposti della legge 190/2014 la FNC ha elaborato un progetto/proposta che, fra l'altro, prevede lo sviluppo della funzione dirigenziale in ambito professionale.

La senatrice Silvestro presenta il progetto per l'evoluzione delle competenze clinico assi-



stenziali, proponendo l'Infermiere Specialista Clinico, cercando di sostenere un percorso formativo verso la CLINICA in una delle sei aree: area delle cure primarie e servizi territoriali distrettuali (infermiere di famiglia), area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, area chirurgica, area neonatologica e pediatrica, area della salute mentale e dipendenza, in termini di stato dell'arte, fattibilità, temporalità. La FNC per questo progetto ha preso contatto con l'Università ed il Ministero della Salute. *Per la fattibilità dipenderà soprattutto da come lo stesso verrà letto e valutato, mentre in termini di temporalità dipenderà soprattutto da quanto saremo dirompenti, rompendo gli argini della nostra professione, specializzandoci nell'ambito della clinica, muovendoci e manifestandoci all'interno anche di questo sistema* (Silvestro). Il laureato magistrale con competenze specialistiche clinico assistenziali (infermiere specialista) dovrà trovare la sua naturale collocazione all'interno dei dipartimenti clinici, riabilitativi, sul territorio ed in ambiti specifici come ad esempio quello del Risk Management o delle Infezioni legate all'Assistenza. *L'infermiere specialista è un Dirigente "Professional" che*

*dovrà sostenere l'evoluzione dell'attuale sistema dell'assistenza, individuare, collocare e far utilizzare con appropriatezza ed efficienza le risorse per garantire la qualità delle prestazioni ed il raggiungimento di risultati assistenziali integrati e complementari con quelli clinici.* (Mangiacavalli).

La FNC sta investendo su questo progetto in termini di analisi di stato dell'arte, fattibilità, temporalità al fine di diventare i protagonisti, di muoversi e riuscire a manifestarsi nel sistema. Federico Lega, Professore associato dell'Università Bocconi, a tal proposito traccia un percorso di "Proposte e prospettive per l'evoluzione della dirigenza infermieristica gestionale e professionale" perché è importante assumere, in questa fase dell'evoluzione della professione, maggiori responsabilità, difendendo per contro spazi di autonomia professionale da altre professioni sanitarie, che guardano la nostra evoluzione e vogliono legittimazione per la propria. Occorre valorizzare il nostro vantaggio in termini di competitività, nei tratti distintivi della nostra professione dal punto di vista dei valori, delle visioni, delle competenze acquisite e non pienamente sfruttate. Occorre offrire spazio adeguato per potenziali sviluppi di carriera per alimentare un circolo di tensione in direzione di continuo sviluppo professionale. I nuovi "terreni contendibili", spazi strategici intenzionali all'interno del sistema, devono essere configurati attraverso *nuove riconfigurazioni organizzative, anche nuove innovazioni logistiche, attraverso l'emergere di nuove funzioni non precedentemente sviluppate. Opportunità e necessità che si sviluppino solo dopo un'attenta visione di processi, di pratiche e di evidenze scientifiche accompagnate dalla patient – experience ridefinendo gestioni operative (PDTA ed aree di bisogno) con rimodulazione di setting assistenziali presidiando "asset" e "disease"*(Lega). Egli continua declinando che gli assi di sviluppo della professione infermieristica che passano attraverso *la specializzazione, la padronanza di specifici saperi e di tecniche infermieristiche, focalizzati nel care più che nel cure; l'innalzamento, la supervisione ed il coordinamento dei saperi e delle competenze da parte di professionisti deputati al ma-*

nagement organizzativo, ad esempio la gestione delle case della salute da parte di infermieri; *l'allargamento*, l'estensione della responsabilità sui risultati complessi anche da parte di altre professionalità, oltre il dominio infermieristico; *l'arricchimento*, attraverso la partecipazione a pieno titolo alla direzione strategica delle aziende sanitarie e dei sistemi sanitari regionali. Occorre una legittimazione istituzionale, attraverso lo sblocco di normative e l'applicazione piena di quelle già esistenti, adeguamento dei quadri contrattuali e la costruzione di nuove visioni nelle aziende, nel sistema, nella società. L'attenzione di tutti gli Infermieri deve essere rivolta alla legittimazione sostanziale della professione, punto fermo nell'agenda di lavoro di tutti, il quid in più oltre l'operatività quotidiana, oltre gli obiettivi di attività, agenda e ciclo strategico, *steering* oltre che *"rowing"*. *Occorre passare da Servizio delle professioni a Direzione della produzione, attraverso l'individuazione di obiettivi e responsabilità di risultati: processo e percorsi, procedure e gestioni operative, skill mix e sviluppi professionali. Definire il proprio impegno di mandato significa aver fatto programmazione di attività strategiche su aspetti che possono fare la differenza, che producono riconoscimento, legittimazione della Dirigenza infermieristica (Lega).*

La seconda sessione di lavoro della giornata riflette, in ambito di dirigenza infermieristica, attraverso la valutazione degli obiettivi ed i campi di applicazione dei decreti delegati sulla dirigenza pubblica, con l'intervento in aula del Presidente dell'Aran, Sergio Gasparini che spinge a riconfrontarsi sui temi del ricambio generazionale della professione e sull'aspetto fondamentale della formazione. Se i fondi per la formazione si sono prosciugati nel tempo, significa aver trascurato la riqualificazione del personale operante, voler trascurare un aspetto integrante della gestione delle risorse umane. La fase di stallo contrattuale si è accompagnata con la Riforma Brunetta, rimasta incompiuta. Numerose erano le aspettative rimaste disattese e complicate dalle nuove proposte contrattuali. Il passaggio da undici comparti ai solo quattro di contrattazione comporta un'eccessiva semplificazione ed i fondi a disposizio-

ne coprono solo il dieci per cento di quanto sia necessario.

Non basterà il 2016, secondo Gasparini, per fissare le regole, rimettere in ordine i comparti, in attesa di ripartire ed occorre dare dignità al lavoro pubblico, attraverso la giusta applicazione delle normative varate.

Per il Ministero della Salute e, nello specifi-

Cosa stiamo facendo...

- ▶ monitoraggio dell'applicazione delle norme nei diversi sistemi regionali anche per gli incarichi di struttura complessa;
- ▶ focus sulle disposizioni normative e contrattuali lacunose o da coordinare;
- ▶ approfondimenti per l'elaborazione di proposte di revisione della disciplina concorsuale, anche al fine di valorizzare i titoli di studio, formativi e di carriera.



co, per la Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale, la dott.ssa G. Corbello, effettua un focus sullo stato dell'arte e sulle prospettive di sviluppo della dirigenza infermieristica in Italia, occupandosi di stato giuridico delle professioni sanitarie. Comprendendo la complessità della professione, determinata dalla natura complessa della stessa e dall'ambito di esercizio, dalla complessità delle norme a cui fa riferimento, emanate anche in contesti storici differenti, effettua l'analisi dello stato dell'arte, valutando l'evoluzione della normativa stessa partendo dalla L. 251/2000 che, all'art.6 comma 2... il governo definisce la disciplina concorsuale per l'accesso alla qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario... le Regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente nel ruolo sanitario... all'art. 7 al fine di migliorare l'assistenza... possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica ed il servizio sociale professionale (L. 27/2006) e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Il contratto nazionale del lavoro integrativo, del 10 febbraio 2004, traccia all'art. 41 ...la possibilità di istituzione della qualifica

unica di dirigente delle professioni sanitarie, all'art. 42... la possibilità di incarichi provvisori per un triennio, ai sensi dell'art 15 septies del d.lgs. 502 del 1992.

Con l'emanazione della L. 43 del 2006, che effettua la classificazione ed articolazione del Personale Sanitario, enunciata in precedenza, e l'istituzione della normativa concorsuale, inerente la dirigenza, il passaggio è breve (DPCM 25 gennaio 2008) sino ad arrivare all'applicazione del CCNL SPTA del 17 Ottobre 2008 che, all'art. 8, detta l'entrata a regime dell'istituzione della qualifica unica di Dirigente.

La Presidente Mazzoleni ribadisce l'importanza della valorizzazione delle risorse ed introduce M. Caravaglia, Assessore all'Economia, Crescita e Semplificazione della Regione Lombardia, che effettua un'analisi di contesto, ribadendo il dato positivo riferito all'attenzione sul nuovo contratto, accompagnato dalla scoraggiante consapevolezza della mancanza di copertura economica, dalla necessità di stabilizzare 6000 unità nel comparto sanitario ed i nuovi LEA da garantire. Afferma che il nuovo contratto può essere una risorsa se valorizza le nuove pratiche applicate, i nuovi modelli organizzativi, le nuove competenze specialistiche acquisite, modificando la visione di 21 modelli sanitari regionali diversi. Non si tratta di un problema di quantità di spesa pubblica, ma di un diverso modo di distribuire le risorse, grazie alla corresponsabilità del personale sugli schemi di spesa. In Lombardia nonostante siano state effettuate 80.000 gare, accentrando, si è riusciti a risparmiare pochissimo rispetto al necessario e a quanto previsto. La soluzione proposta in Lombardia, in tre pillole: Infermiere di famiglia, Dirigenza infermieristica, Valorizzazione delle competenze infermieristiche. Il punto chiave diventa il Direttore socio sanitario, che può essere un Infermiere.

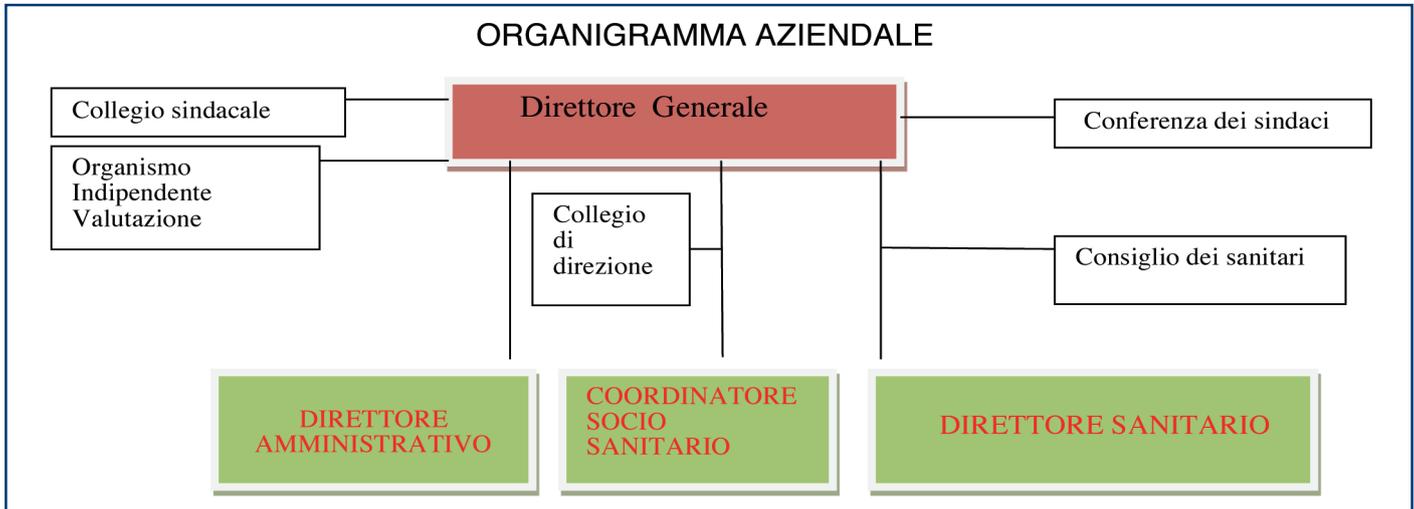
Nella terza sessione "Testimonianze e manutenzione delle competenze", *tre Infermieri* testimoniano la fattibilità di quanto discusso in tutte le sessioni precedenti, in qualità di Direttori: *Edoardo Manzoni*, Direttore Generale dell'Istituto Palazzolo di Bergamo; *Flavio Paoletti*, Direttore Sociale Azienda per

L'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina (territorio); *Fabia Franchi*, Direttore Distretto Casalecchio di Reno, AUSL di Bologna. *Edoardo Manzoni* mette in risalto la differenza tra il Dirigente Infermieristico del privato rispetto al pubblico, puntando l'attenzione sulla responsabilità nel privato sociale. Suggestisce la necessità che il sistema pubblico abbia delle regole da rispettare che il privato ha, regole fondate sulla responsabilità degli obiettivi ricevuti e dei risultati, anche in termini di outcome. Gli impegni di attività devono puntare sulla vision e mission, con tutti gli attori del sistema, per definire consensualmente la strategia di risultato, puntando sulle competenze e creando alleanze dentro e fuori del sistema. Occorre fare una differenziazione tra il dirigente tecnico (professionista) che prevede una identificazione del professionista, ed il dirigente strategico. Il cittadino deve essere l'obiettivo: cosa vogliamo fare e dobbiamo fare per lui.

*Fabio Paoletti*, Coordinatore Socio sanitario, presenta il percorso di incarico ricevuto, coordinatore (in Friuli il direttore socio sanitario è denominato coordinatore) nominato dal direttore generale, previo parere della conferenza dei sindaci, dopo aver maturato competenze ed esperienza per cinque anni nel settore sociale e sociosanitario. La tipologia di contratto, trattamento giuridico, economico e previdenziale, è simile a quella del direttore sanitario ed amministrativo. Gli viene corrisposto un trattamento economico paria all'80% del trattamento economico riconosciuto al commissario straordinario. Coadiuvato il Direttore Generale nella determinazione delle politiche aziendali finalizzate all'erogazione delle prestazioni sociosanitarie, dall'accesso all'appropriatezza delle stesse, nonché alla qualità dei servizi. Fornisce linee guida sulle materie ad alta integrazione socio-sanitaria alle Strutture operative aziendali, ai fini di assicurare un'omogenea impostazione strategica delle attività sociosanitarie nei Piani attuativo locale (PAL), nei Programmi delle attività territoriali (PAT) e nei Piani di zona (PDZ) e verifica le attività sociosanitarie tramite i distretti. Indirizza i Direttori di distretto per le proprie competenze nella gestione delle funzioni ad alta integrazione relative a minori e famiglie,

anziano non autosufficienti, disabili, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza nonché detenuti. Il coordinatore sociosanitario formula proposte e pareri obbligatori e facoltati

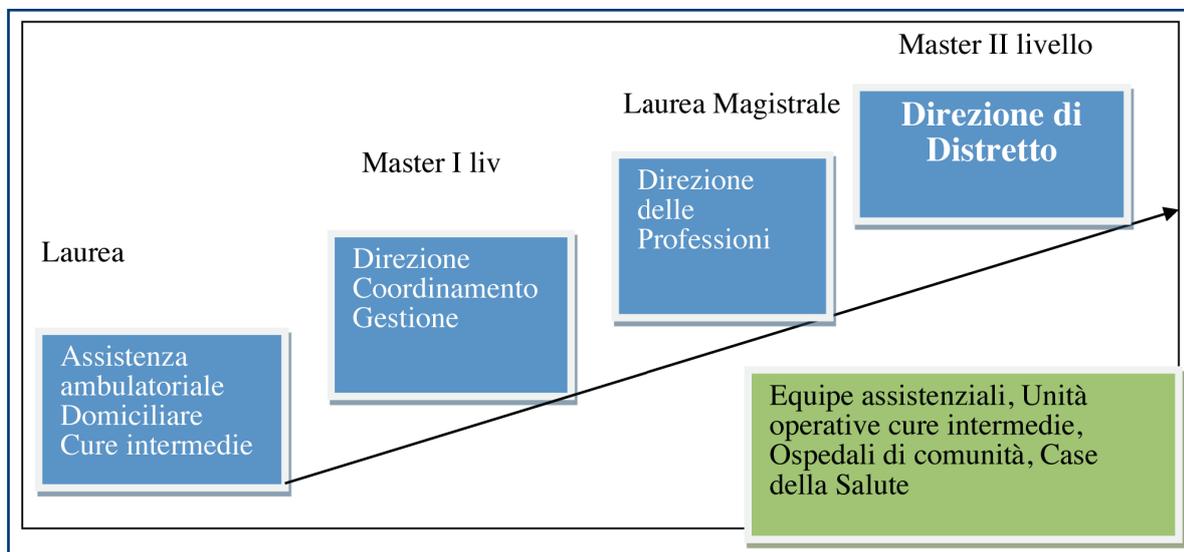
al Direttore generale sulle materie di propria competenza, lo rappresenta nel rapporto con i Comuni con soggetti del Terzo settore e lo supporta con la Conferenza dei sindaci.



*Fabia Franchi*, Infermiere Direttore di Distretto, Distretto di Casalecchio di Reno, lavora in staff al Direttore Generale, realizzando le indicazioni della direzione aziendale.

Gestisce le risorse assegnate al distretto in modo da garantire: Accesso della popolazione

alle strutture e ai servizi, Integrazione tra servizi e continuità assistenziale. Supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto, si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (Ufficio di Direzione Distrettuale).



La Presidente Mangiacavalli conclude i lavori affermando che il focus sulle prospettive di evoluzione della professione ha prodotto i suoi frutti: in autunno sicuramente ci sarà una riflessione su quanto si è riusciti a raggiungere in termini di risultati nell'ambito della formazione e quindi di sviluppi nell'ambito della spendibilità nella clinica.

*...L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale (art. 47 Codice Deontologico dell'Infermiere, 2009)*

## LA DIMISSIONE DEL PAZIENTE E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: IL RUOLO E LE COMPETENZE DELL'INFERMIERE CASE MANAGER



A cura del Gruppo di Lavoro della rivista:

Dott.ssa Rossella Bastone inf. - Dott.ssa Monica Cardellicchio – inf. - Dott.ssa Francesca Pulpo – inf - Dott.ssa Angelica Ricciato – inf.

*Negli ultimi 60 anni in Italia il numero di cittadini di età pari o superiore ai 65 anni è aumentato di oltre 30 volte.*

*In base ai dati Istat, nel 2030 gli over 65 saranno più di 16 milioni.*

*Oggi un italiano vive in media 82,8 anni, solo pochi mesi in meno rispetto alla popolazione più longeva al mondo, cioè il Giappone.*

*Un dato che colloca l'Italia tra i paesi Ocse più 'vecchi' (fonte: health at glance report).*

*Ma non è tutto qui. Aumenta l'età, aumentano le patologie croniche.*

*Nell'ultimo ventennio la proporzione di italiani affetti da almeno una malattia cronica è aumentata dal 35,1 al 37,9% (pari a 2,7 milioni di cittadini), mentre la percentuale di persone colpite da almeno due di queste patologie è passata dal 17,7 al 20% (2 milioni).*

*I 'multicronici' saranno quasi 13 milioni nel 2024 e oltre 14 milioni nel 2034, pari rispettivamente al 20,2% e 22,6% della popolazione (nel 2013 si attesta al 14,4%).*

*Dati impressionanti che impegnano e impegneranno il SSN in una nuova politica assistenziale, con predilezione per il territorio non più per l'ospedale, da riservare alla diagnosi e cura, con ricovero nella sola fase acuta, di seguito dimissioni e presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali.*

### IL CASO CLINICO

In ospedale viene ricoverato il signor X, un agricoltore di 68 anni, al quale viene diagnosticata la "Sindrome di Fournier": infezione polimicrobica acuta a carattere espansivo e necrotico delle parti molli del perineo, dello scroto e della parte inferiore del tronco, che evolve in gangrena.

La gangrena, che ha colpito il paziente, è un'emergenza che richiede l'immediata instaurazione di terapia antibiotica e.v., cateterizzazione vescicale per proteggere le ferite dallo stravasamento urinario, terapia di sostegno del circolo sanguigno con infusione di fluidi, un rapido sbrigliamento chirurgico per l'eliminazione dei tessuti necrotici.

Il signor X viene inoltre sottoposto a terapia iperbarica con ossigeno, allo scopo di inibire ed uccidere i batteri anaerobi e riossigenare i tessuti, arrestando la necrosi. Successivamente, si rende necessario un intervento chirurgico di colostomia al fine di evitare la contaminazione fecale.

Il decorso post operatorio è favorevole, con dimissione dopo 40 giorni di degenza.

Il signor X, però, ha ancora bisogno di medicazioni alle ferite, ha ancora il catetere vescicale, non è in grado di gestire la colostomia, non può tornare a domicilio data l'assenza di familiari di riferimento, per cui il Medico di Reparto coinvolge l'Assistente Sociale dell'Ospedale, che valutata la situazione insieme al signor X, ne propone l'inserimento in residenzialità protetta, compila quindi un modulo che andrà inoltrato al Distretto (precisamente alla PUA: Porta Unica di Accesso).

Questo modulo "Richiesta di valutazione multidimensionale" per l'accesso alla rete dei Servizi socio-sanitari territoriali, arriva al Distretto insieme alla Scheda SVAMA (composta dalle parti: Cognitiva, Funzionale, Sanitaria e Sociale) compilata dall'Ass. Sociale solo, ovviamente, nella parte di sua competenza (parte Sociale); tutto questo per l'attivazione della UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale) composta dalle varie figure professionali che elaboreranno il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) per la presa in carico del paziente.

La scheda SVAMA sarà completata dagli altri componenti della UVMD

La prevalenza, oggi, di malattie croniche, che evolvono nel tempo presentando fasi differenti, richiede nuove forme organizzative per la costituzione di percorsi integrati con diversi professionisti coinvolti che abbiano come obiettivo la continuità assistenziale: dall'ospedale al domicilio del paziente. Indubbio che la maggior parte dei pazienti dimessi dall'ospedale vive un periodo caratterizzato da modificazioni assai rapide dello stato clinico, con numerosi sintomi fisici e psicosociali.

Il ritorno al domicilio dovrebbe essere pianificato sin dall'inizio della degenza ospedaliera, richiede una preparazione che coinvolga il paziente ed i suoi familiari, il medico ospedaliero e il medico di famiglia, come pure gli operatori sociali. Questo procedimento permette di assicurare la continuità, la qualità e la coerenza delle cure. La dimissione costituisce il momento in cui le attività dei professionisti devono trovare un filo conduttore comune per coordinare l'intero processo clinico assistenziale del paziente, garantendo un'assistenza che risponda

a criteri di appropriatezza, efficienza ed equità, ponendo il paziente al centro del percorso.

Questo processo avviene dall'ospedale al domicilio, ma la dimissione può verificarsi a diversi livelli.

**DIMISSIONE A DOMICILIO:** è opportuna quando il paziente non ha più necessità di cure in regime di ricovero e può ritornare al proprio domicilio;

**DIMISSIONE IN STRUTTURE PER POST-ACUTI:** è si ricorre a questa tipologia quando le condizioni cliniche richiedono un ulteriore periodo di soggiorno in una struttura lungodegenziale;

**DIMISSIONE PROTETTA ADI (assistenza domiciliare territoriale)** è un tipo di dimissione necessaria quando le condizioni del paziente, affetto da patologie croniche, pur risultando stabilizzate, necessitano di dimissione protetta al proprio domicilio con pianificazione assistenziale e medica in carico al medico curante e agli infermieri del Servizio Territoriale. Ove questo non fosse possibile, viene facilitato l'inserimento in residenzialità protetta, temporanea o definitiva

**DIMISSIONE VOLONTARIA:** avviene per esplicita richiesta del paziente;

**TRASFERIMENTO IN ALTRA UNITÀ OPERATIVA INTRA-OSPEDALIERA:** si sceglie quando la patologia del paziente richiede la degenza presso U.O. di pertinenza o presso U.O. a maggior intensità di cura.

### L'INFERMIERE CASE MANAGER

Quale il professionista che ha il compito di gestire la dimissione del paziente e garantirne l'adeguatezza?

L'Infermiere Case Manager, letteralmente "coordinatore/gestore del caso", è il professionista che si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo familiare di appartenenza, e che diviene responsabile dell'effettiva continuità del percorso. È colui che opera per soddisfare tutte le esigenze dell'assistito, intervenendo in maniera attiva



nei rapporti con la famiglia, il personale medico e non coinvolto nel processo di cura e le eventuali istituzioni. Il Case Manager rimuove gli ostacoli pianificando, monitorando e valutando tutte le opzioni per soddisfare i bisogni di benessere dell'assistito, cercando di gestire al meglio la comunicazione, promuovendo la realizzazione e la qualità degli obiettivi prefissati. Il Case Manager garantisce un'appropriata utilizzazione delle risorse disponibili, contenendo i costi ed individuando le responsabilità per le cure fornite. Il Case Manager, pertanto, è un importante "agente di cambiamento" all'interno della struttura assistenziale, in quanto ha il compito di implementare e diffondere un nuovo sistema di assistenza.

L'infermiere Case Manager garantisce il coordinamento delle cure lungo un continuum assistenziale ricoprendo contemporaneamente vari ruoli operativi:

- ruolo clinico in quanto è responsabile di accertare i problemi potenziali/reali del paziente e della famiglia valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive, attuando un piano assistenziale in collaborazione con gli altri membri del team interdisciplinare;

-ruolo manageriale in quanto è responsabile di facilitare e coordinare l'assistenza dei pazienti presi in carico, pianificando le modalità di trattamento e gli interventi necessari, collabora con il team multidisciplinare nel definire gli obiettivi da raggiungere durante la degenza e la durata della stessa;

- ruolo finanziario in quanto assicura assieme agli altri membri del team multidisciplinare l'adeguatezza delle cure erogate, il corretto allocamento delle risorse evitando gli sprechi e la duplicazione di accertamenti diagnostici;

-ruolo di sostegno e guida per il paziente e per i Care Giver;

-ruolo gestoriale in quanto gestisce i percorsi assistenziali intra ed extra ospedalieri;

-ruolo di collaborazione con il team ospedaliero in quanto punto di riferimento per le strutture territoriali;

-ruolo di coordinatore nell'assistenza al paziente dall'ammissione al follow-up a domicilio;

- ruolo educativo nei confronti del paziente e della sua famiglia.

Tutto questo permette di realizzare interventi rivolti alla persona evitando un'assistenza disgregata che risulta frustrante sia per il paziente che per i familiari, ma anche per gli operatori coinvolti in questo processo.

Per cui all' Infermiere Case Manager, nel corso dei prossimi anni, si riconoscerà un ruolo rilevante nella pratica clinica e non solo, chè, da un punto di vista formativo, si dovrà pensare allo sviluppo di appositi master di specializzazione post laurea che forniscano formazione avanzata di assistenza; dinamiche organizzative; finanza e risorse economiche.



**DEFINIZIONE**

Il case management è un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza

za dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia del paziente attraverso le diverse strutture del sistema sanitario.

## Scheda SVaMA semplificata

MODELLO APPROVATO CON DGR 1338/2013 PER LA VALUTAZIONE AI FINI DELL'ICDb

(cognome e nome) \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - frazione \_\_\_\_\_

**PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA**  
 (da compilare a cura del medico curante)

	Descrizione della patologia	Codice ICPC <sup>1</sup>
Prima patologia		____
Eventuale patologia concomitante		____
Eventuale 2ª patologia concomitante		____

OBIETTIVI, NOTE \_\_\_\_\_

**ELEMENTI DI VALUTAZIONE**

TOTALE PUNTEGGIO |\_\_|\_\_|<sup>2</sup>

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Situazione Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Barthel Mobilità	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Supporto rete sociale <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> 1 Non assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Ben assistito
Necessità assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

Il MMG

L'assistente sociale

\_\_\_\_\_  
 (timbro e firma)

\_\_\_\_\_  
 (timbro e firma)

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup> La tabella codici ICPC è riportata nella scheda SVaMA approvata con l'Allegato B della DGR 2961/2012

<sup>2</sup> Sommare i punteggi di tutte le aree

<sup>3</sup> La scala di valutazione è invertita rispetto alla SVaMA

# L'INFERMIERE E L'APPROCCIO AL PAZIENTE SOTTOPOSTO AL TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO: MISURAZIONE DELLA QUALITÀ DI VITA

ESTRATTO TESI DI LAUREA DOTT.SSA EMANUELA D'ADDARIO, Infermiere

RELATORE: DOTT.SSA CARMELA LACATENA, Direttore Attività Pratiche Corso di Laurea Infermieristica

*Presidio Ospedaliero "S. Giuseppe Moscati"*



L'interesse per questo studio di ricerca è nato durante il tirocinio formativo svolto nel reparto di ematologia del presidio ospedaliero San Giuseppe Moscati di Taranto. Lo studio è incentrato sull'analisi della qualità di vita nei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo (TMO). Il motivo dominante che ha indirizzato alla scelta di tale argomento è l'aver riscontrato, nel corso dell'attività didattica di tirocinio, quanto complesso sia il cammino intrapreso da questa tipologia di pazienti.

Per il trattamento di pazienti affetti da leucemia o da altre patologie onco-ematologiche, il trapianto di midollo osseo è considerato, al momento, l'unica cura possibile. In gran parte dei casi, infatti, la guarigione può essere data dalla distruzione del midollo osseo danneggiato dal processo patologico e dalla sua sostituzione con un midollo osseo sano attra-

verso un trapianto. Il midollo osseo è un tessuto molle, di consistenza liquida e di colore rosso, contenuto nella cavità delle ossa, in particolar modo nelle creste iliache e nello sterno. Il liquido midollare viene raccolto all'interno di apposite sacche e trapiantato attraverso una infusione endovenosa.

Possiamo distinguere diverse tipologie di trapianto: trapianto allogenico, quando il sistema dell'antigene leucocitario del donatore è compatibile o parzialmente compatibile; singenico in caso di donatore gemello omozigote; autologo quando prevede l'infusione di cellule staminali precedentemente prelevate dallo stesso donatore.

Nel TMO allogenico è essenziale che il donatore sia compatibile, ragion per cui viene ricercato all'interno del nucleo familiare, dove tra fratelli è presente una compatibilità del

25%. In media solo un paziente su quattro può essere avviato al TMO.

Il trapianto singenico viene realizzato tra fratelli gemelli omozigoti, quindi si ricorre a questa tipologia di trapianto in maniera minore rispetto a quelli allogenici. Le cellule staminali impiegate vengono prelevate dal midollo osseo o dal sangue periferico e, data l'assoluta identità del sistema antigenico, il trapianto singenico non prevede alcun trattamento immunosoppressivo nella fase del post-trapianto.

Il trapianto di midollo osseo autologo viene attuato in presenza di neoplasie maligne che richiedono trattamenti chemioterapici e/o radioterapici. Questa tipologia di trapianto rende possibile la somministrazione di una cospicua quantità di farmaci citotossici, al termine della quale si procede con la reinfusione di cellule staminali (attraverso una vena periferica o un catetere venoso centrale), precedentemente raccolte dal paziente e conservate in maniera adeguata, che avranno la funzione di ripristinare le normali funzioni emopoietiche.

*Tabella 1. Patologie che necessitano di TMO*

<u>PATOLOGIE MALIGNI</u>	<u>PATOLOGIE NON MALIGNI</u>
LEUCEMIE	SINDROME DA INSUFFICIENZA MIDOLLARE
Leucemie mieloidi acute	Anemia aplastica grave
Leucemia mieloide cronica	Aplasia midollare
Leucemie linfoide acute	STATI DI IMMUNODEFICIENZA
Leucemia linfoide cronica	EMOGLOBINOPATIE
DISTURBI LINFOPROLIFERATIVI	Alcune anemie falciformi
Linfomi di Hodgkin e non Hodgkin	Sindrome talassemica
Mieloma multiplo	DISTURBI GENETICI NON EMATOLOGICI
TUMORI SOLIDI	Mucopolisaccaridosi, ecc.
Chemio e radio sensibili	Glicogenosi

L'obiettivo principale dello studio è quello di analizzare la qualità di vita dei pazienti con tumori maligni al momento del ricovero ospedaliero e della dimissione, quindi nel pre e nel post-trapianto, valutando come tale procedura possa influire positivamente o negativamente sul benessere del paziente. A tal proposito è stato calcolato un indice mediante scale di valutazione per i pazienti sottoposti a questo studio; il tutto è stato successivamente rielaborato per trattare le conclusioni della ricerca.

**Materiali e metodi**

Lo studio, monocentrico, è stato realizzato da Giugno a Settembre 2015 presso la struttura semplice strumentale *Unità Trapianto*

*Midollo Osseo e CSE* del reparto di ematologia del presidio ospedaliero San Giuseppe Moscati di Taranto.

Per effettuare il seguente lavoro, è stato condotto uno studio osservazionale, che consiste di analizzare la qualità di vita dei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo, inseriti nello studio per tutto il periodo di degenza. Il campione totale è di 13 persone.

All'interno di questa tabella sono stati registrati i dati sensibili dei pazienti inclusi nello studio, riportando età, sesso, patologia, tipo di TMO e giorni di degenza. Circa il 70% dei pazienti è di sesso maschile, per un'età media di 55 anni.

Tabella II. Dati sensibili dei pazienti oggetti di studio.

PAZIENTI	SESSO	ETÀ	PATOLOGIA	TIPO DI TMO	GIORNI DI DEGENZA
Pz.1	M	53	Linfoma non Hodgkin	Trapianto allogenico	66
Pz.2	M	59	Sindrome mielodisplastica	Trapianto allogenico	41
Pz.3	F	55	Leucemia mieloide acuta	Trapianto allogenico	46
Pz.4	M	57	Leucemia mieloide acuta	Trapianto allogenico	53
Pz.5	M	59	Mieloma multiplo	Trapianto autologo	54
Pz.6	M	70	Sindrome mielodisplastica acuta / mieloproliferativa	Trapianto allogenico	39
Pz.7	M	53	Linfoma di Hodgkin	Trapianto autologo	31
Pz.8	M	53	Leucemia	Trapianto allogenico	85
Pz.9	M	53	Mielofibrosi primaria	Trapianto allogenico	51
Pz.10	F	58	Leucemia acuta mieloide	Trapianto allogenico	65
Pz.11	F	44	Mielofibrosi primaria	Trapianto allogenico	59
Pz.12	F	38	Leucemia linfoblastica acuta	Trapianto allogenico	59
Pz.13	M	61	Leucemia mieloide acuta	Trapianto allogenico	82

Per poter raccogliere dati relativi alla qualità di vita dei pazienti sottoposti al trapianto di midollo osseo, si è deciso di utilizzare come strumento una scala di valutazione denominata Karnofsky Performance Scale, fornita dalla struttura semplice strumentale Unità Trapianto

di Midollo Osseo e CSE, dove questa documentazione fa parte dei protocolli 0,1 datati 01/06/2011.

La scala di Karnofsky (Karnofsky Performance Status Scale) è una scala di valutazione utilizzata per pazienti affetti da tumori

## Karnofsky Performance Status Scale

Able to carry on normal activity and to work; no special care needed.	100	Normal with no complaints; no evidence of disease.
	90	Able to carry on normal activity; minor signs or symptoms of disease.
	80	Normal activity with effort; some signs and symptoms of disease.
Unable to work; able to live at home and care for most personal needs; varying amount of assistance needed.	70	Cares for self; unable to carry on normal activity or do active work.
	60	Requires occasional assistance, but able to care for most of his/her personal needs.
	50	Requires considerable assistance and frequent medical care.
Unable to care for self; requires equivalent of institutional or hospital care; disease may be progressing rapidly.	40	Disabled; requires special care and assistance.
	30	Severely disabled; hospital admission is indicated although death is not imminent.
	20	Very sick; hospital admission necessary; active supportive treatment necessary.
	10	Moribund; fatal processes progressing rapidly.
	0	Dead

maligni, dei quali si vuole misurare la qualità di vita attraverso tre parametri:

- I. Limitazione dell'attività
- II. Cura di se stessi
- III. Autodeterminazione

Questa scala prende il nome dal Dott. David A. Karnofsky, il quale, nel 1949, la descrisse per la prima volta in collaborazione con il Dott. Joseph H. Burchenal.

La scala è caratterizzata da dieci punti, in cui il 100% (nessuna limitazione) corrisponde al limite massimo e lo 0% (morte) ne rappresenta il minimo.

### Risultati

La prima elaborazione consiste nell'analisi della qualità di vita dei pazienti, per misurare la situazione di partenza dei soggetti presi in esame e gli eventuali cambiamenti col passare del tempo.

- ❖ Pz.1: presenta un indice di Karnofsky pari al 50% all'ingresso, richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche. Si tratta di un uomo di 53 anni affetto da Linfoma non Hodgkin e sottoposto a trapianto allogenico. Alla dimissione, dopo 66 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 20%, ottenendo come risultato il 70% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di prendersi cura di sé ma non di svolgere attività normali e di lavorare.
- ❖ Pz.2: presenta un indice di Karnofsky pari al 40% all'ingresso, portatore di handicap, richiede speciali cure ed assistenza. Si tratta di un uomo di 59 anni affetto da Sindrome Mielodisplastica e sottoposto a trapianto allogenico. Alla dimissione, dopo 41 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 40%, ottenendo come risultato l'80% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di svolgere normali attività con sforzo, in presenza di alcuni segni e sintomi di malattia.
- ❖ Pz.3: presenta un indice di Karnofsky pari al 30% all'ingresso, affetto da disabilità grave, in cui il ricovero è indicato anche se la morte non è imminente. Si tratta di una donna di 55 anni affetta da Leucemia Mieloide Acuta e sottoposta a trapianto allogenico. Alla dimissione, dopo 46 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 40%, ottenendo come risultato il 70% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di prendersi cura di sé ma non di svolgere attività normali e di lavorare.
- ❖ Pz.4: presenta un indice di Karnofsky pari al 60% all'ingresso, richiede assistenza occasionale, può necessitare di cure per la maggior parte delle esigenze personali. Si tratta di un uomo di 57 anni affetto da Leucemia Mieloide Acuta e sottoposto a trapianto allogenico. Alla dimissione, dopo 53 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 30%, ottenendo come risultato il 90% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di svolgere le normali attività, in presenza di lievi segni e sintomi di malattia.
- ❖ Pz.5: presenta un indice di Karnofsky pari al 50% all'ingresso, richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche. Si tratta di un uomo di 59 anni affetto da Mieloma Multiplo e sottoposto a trapianto autologo. Alla dimissione, dopo 54 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 20%, ottenendo come risultato il 70% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di prendersi cura di sé ma non di svolgere attività normali e di lavorare.
- ❖ Pz.6: presenta un indice di Karnofsky pari al 30% all'ingresso, affetto da disabilità grave, in cui il ricovero è indicato anche se la morte non è imminente. Si tratta di un uomo di 70 anni affetto da Sindrome Mielodisplastica Acuta/Mieloproliferativa e sottoposto a trapianto allogenico. Dopo 39 giorni di degenza il paziente è deceduto, presentando come risultato lo 0% della Karnofsky Performace Scale.
- ❖ Pz.7: presenta un indice di Karnofsky pari al 100% all'ingresso, non presenta evidenza di malattia. Si tratta di un uomo

di 53 anni affetto da Linfoma di Hodgkin e sottoposto a trapianto autologo. Alla dimissione, dopo 31 giorni di degenza, mostra ancora come risultato il 100% della Karnofsky Performace Scale, pertanto conserva delle condizioni fisiche favorevoli e stazionarie.

- ❖ Pz.8: presenta un indice di Karnofsky pari al 40% all'ingresso, portatore di handicap, richiede speciali cure ed assistenza. Si tratta di un uomo di 53 anni affetto da Leucemia e sottoposto a trapianto allogenico. Alla dimissione, dopo 85 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 50%, ottenendo come risultato il 90% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di svolgere le normali attività, in presenza di lievi segni e sintomi di malattia.
- ❖ Pz.9: presenta un indice di Karnofsky pari al 40% all'ingresso, portatore di handicap, richiede speciali cure ed assistenza. Si tratta di un uomo di 53 anni affetto da Mielofibrosi e sottoposto a trapianto allogenico. Alla dimissione, dopo 51 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 50%, ottenendo come risultato il 90% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di svolgere le normali attività, in presenza di lievi segni e sintomi di malattia.
- ❖ Pz.10: presenta un indice di Karnofsky pari al 50% all'ingresso, richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche. Si tratta di una donna di 58 anni affetta da Leucemia Acuta Mieloide e sottoposta a trapianto allogenico. Alla dimissione, dopo 65 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 30%, ottenendo come risultato l'80% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di svolgere normali attività con sforzo, in presenza di alcuni segni e sintomi di malattia.
- ❖ Pz.11: presenta un indice di Karnofsky pari al 50% all'ingresso, richiede considerevole assistenza e frequenti cure mediche. Si tratta di una donna di 44 anni affetta da Mielofibrosi Primaria e sottoposta a trapianto allogenico. Alla dimissione,

dopo 59 giorni di degenza, mostra un miglioramento del 30%, ottenendo come risultato l'80% della Karnofsky Performace Scale; è in grado di svolgere normali attività con sforzo, in presenza di alcuni segni e sintomi di malattia.

- ❖ Pz.12: presenta un indice di Karnofsky pari al 100% all'ingresso, non presenta evidenza di malattia. Si tratta di una donna di 38 anni affetta da Leucemia Linfoblastica Acuta e sottoposta a trapianto allogenico. Dopo 59 giorni di degenza la paziente è deceduta, presentando come risultato lo 0% della Karnofsky Performace Scale.
- ❖ Pz.13: presenta un indice di Karnofsky pari al 90% all'ingresso, è in grado di svolgere le normali attività, in presenza di lievi segni e sintomi di malattia. Si tratta di un uomo di 61 anni affetto da Leucemia Mieloide Acuta e sottoposto a trapianto allogenico. Alla dimissione, dopo 82 giorni di degenza, mostra ancora come risultato il 90% della Karnofsky Performace Scale, pertanto conserva delle condizioni fisiche favorevoli e stazionarie.

## BIBLIOGRAFIA

- Chiappella, A. D'Alessio, R. Freilone, F. Iuliano, G. Marotta. Percorsi clinici in ematologia. Elsevier 2008.
- Copelan EA. Hematopoietic Stem-cell transplantation. N Engl J Med 2006.
- Ljungman P, Urbano-Ispizua A, Cavazzana-Calvo, Demirer, Dini G, Einsele H, et al. Allogeneic and autologous transplantation for haematological disease, solid tumors and immune disorders: definitions and current practice in Europe. Bone Marrow Transplant 2006.
- Miriam Magri. Assistenza infermieristica in oncologia: linee guida, procedure e protocolli di assistenza II edizione. Elsevier Masson 2007.
- P. Corradini, R. Foà. Manuale di ematologia. Minerva Medica 2008.
- S. Tura. Lezioni di ematologia VI edizione. Esculapio 2003.
- V. Sermonti, U. Recine. Ematologia pratica II edizione. EMSI 2004.

Tabella IV. Indice di Karnofsky dei pazienti oggetti di studio, al momento del ricovero e della dimissione.

PATIENTS	(%) OF ENTRY	DESCRIPTION	(%) OF DISCHARGE	DESCRIPTION
Pz. 1	50%	Requires considerable assistance and frequent medical care.	70%	Cares for self; unable to carry on normal activity or do active work.
Pz. 2	40%	Disabled; requires special care and assistance.	80%	Normal activity with effort; some signs and symptoms of disease.
Pz. 3	30%	Severely disabled; hospitalization indicated although death not imminent.	70%	Cares for self; unable to carry on normal activity or do active work.
Pz. 4	60%	Requires occasional assistance, can care for most personal needs.	90%	Able to carry on normal activity; minor signs and symptoms of disease.
Pz. 5	50%	Requires considerable assistance and frequent medical care.	70%	Cares for self; unable to carry on normal activity or do active work.
Pz. 6	30%	Severely disabled; hospitalization indicated although death not imminent.	0%	Dead.
Pz. 7	100%	Normal; no complaints; no evidence of disease.	100%	Normal; no complaints; no evidence of disease.
Pz. 8	40%	Disabled; requires special care and assistance.	90%	Able to carry on normal activity; minor signs and symptoms of disease.
Pz. 9	40%	Disabled; requires special care and assistance.	90%	Able to carry on normal activity; minor signs and symptoms of disease.
Pz. 10	50%	Requires considerable assistance and frequent medical care.	80%	Normal activity with effort; some signs and symptoms of disease.
Pz. 11	50%	Requires considerable assistance and frequent medical care.	80%	Normal activity with effort; some signs and symptoms of disease.
Pz. 12	100%	Normal; no complaints; no evidence of disease.	0%	Dead.
Pz. 13	90%	Able to carry on normal activity; minor signs and symptoms of disease.	90%	Able to carry on normal activity; minor signs and symptoms of disease.

La seconda analisi ha come obiettivo quello di valutare come la procedura del trapianto di midollo osseo possa aver influito positivamente sulla qualità di vita dei pazienti, migliorandone lo stato di benessere.

*Istogramma 1.* Karnofsky Performance Scale dei pazienti oggetto di studio.

Attraverso questo istogramma si evince come, nella maggior parte dei casi, il TMO abbia apportato dei significativi miglioramenti nella qualità di vita dei pazienti e nel loro stato di benessere, aumentando la capacità di questi soggetti di prendersi cura di sé ed, in egual misura, di ridurre le limitazioni causate dalla patologia e dalle cure ad essa correlate.

**Discussione**

Lo studio dimostra che 9 pazienti su 13 (70%) presentano un netto miglioramento al termine del periodo di degenza, con una media del 35%; 2 pazienti su 13 (15%) alle dimissioni presentano lo stesso stato di salute e benessere che mostravano al momento del ricovero, conservando pertanto condizioni fisiche favorevoli

e stazionarie; infine, 2 pazienti su 13 (15%) purtroppo sono deceduti.

Per concludere, si registra complessivamente un miglioramento del 25%.

La qualità di vita di un paziente sottoposto a trapianto di midollo osseo, nonostante i miglioramenti osservati tramite lo studio, risulta inferiore a quella di un equiparabile soggetto sano.

L’infermiere svolge un ruolo fondamentale nell’assistenza dei pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo; può migliorare la loro qualità di vita tenendo conto del periodo in cui si trova il soggetto, della condizione fisica, personale, emotiva, familiare e sociale; deve erogare un’assistenza costante e ben pianificata per tutta la durata della degenza, basandosi su criteri di complessità ed efficacia, in relazione al quadro clinico del paziente.

Monitoraggio, istruzione, comprensione, coinvolgimento e partecipazione sembrano essere parole chiave su cui focalizzare, attraverso i vari interventi, un’assistenza infermieristica mirata, in grado di ristabilire una qualità di vita accettabile per questi pazienti.

## SEDUTE DI LAUREA IN INFERMIERISTICA 12 APRILE 2016



**1° Sessione:** Albino Federica, Mastrorocco Nicola, Mongiello Debora, Castellano Vitginia, Lobefaro Angelica, Colasanto Giovanna, Locaputo Lucia, Braci Eliona, Monopoli Angela, Salentini Rossella, Sgarra Giuseppe, Laera Barbare, Pasqualino Teresa, Dulcamare Marica, Borino Dario, Tedesco Maria Laura.

**2° Sessione:** Gemmano Annalisa, Pica Alessandro, Strusi Noemi Lucia, Pignatelli Alessia, Ruggiero Francesco, Manzari Grazia, Falco Francesco, Fumarola Elisabetta, Nobile Fabrizia, Duggento Vincenzo, Nucci Paolo, Montanaro Maria Teresa, Lazzaro Stefania, Presta Deborah, Leone Immacolata Veronica, Germana' Mirko.



*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 affinché possa sentirti sempre parte integrante di un unicum che è il Collegio, **"tua casa professionale"***

*Infine, non dimenticare mai le basi su cui poggia 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***

# OPERATION SMILE

## NATI 2 VOLTE

Emma Bellucci, giornalista

Nella foto a destra, la Dott.ssa M.R. Miscioscia



Sono milioni; vivono nelle terre più povere del pianeta; sono confinati tra la folla degli emarginati perchè considerati indemoniati, da tenere accuratamente nascosti, invisibili, isolati e condannati alla solitudine. Sono i bambini affetti da labio-palatoschisi, una malformazione, determinata da fattori ambientali (farmaci o malattie durante la gravidanza) o genetici-ambientali (interazione fra predisposizione genetica - moltissimi i matrimoni tra consanguinei, in specie nei paesi in via di sviluppo- e ambiente), che interessa singolarmente o congiuntamente il labbro superiore e/o il palato e/o il mascellare del neonato e si manifesta con una "schisi", ossia una fessura tra due parti che, nella vita intrauterina, non si sono unite.

L'incidenza della malformazione tra i nuovi nati è di 1 ogni 800, la percentuale scende ad

1 bambino ogni 300 in alcuni paesi dell'Africa, dell'Asia, del Medio Oriente, un dato che rispecchia la dimensione del problema e del valore umanitario di OPERATION SMILE, la Ong italiana nata nel 2007 (come derivazione di SMILE TRAIN"- Onlus fondata nel 1999 negli Stati Uniti) grazie ad un gruppo di medici professionisti, ai quali di seguito si sono aggiunti infermieri, organizzatisi per la realizzazione autonoma di missioni umanitarie in paesi come Afghanistan, Iraq, Congo, Mozambico, Etiopia, Tanzania, Pakistan. Uganda, Georgia, Armenia, Indonesia.

Tra i tanti volontari anche un'infermiera nostra conterranea, attualmente in forza all'ospedale di Castellaneta, schiva, riservata, scevra da manie di protagonismo, ma determinata a proseguire nella sua mission di volontaria. E' Maria Rosaria, Miscioscia, infermiera nel reparto



di Ortopedia, capace di coniugare lavoro e volontariato, incline a dare il meglio in tutte le situazioni, a vedere il buono ovunque e comunque, a partire dalle sue prime esperienze lavorative “di 6 anni nell’Italia Settentrionale, tra Montescano, il Policlinico di Pavia, Cremona, esperienza bella grazie alle basi della scuola di Taranto.

*Al nord guardano con una sorta di superiorità quanti arrivano dal sud, ma, già dai primi approcci lavorativi, l’atteggiamento cambia: non abbiamo nulla da invidiare, grazie alla nostra preparazione teorica e pratica, rivelaasi essenziale anche nelle missioni come quelle di Operation Smile, alle quali partecipo dal 2008 (Missioni in Pakistan, Indonesia, 2 in Congo, 6 in Iraq, 2 in Gabon), non certo facili perché si entra in contatto con realtà Inimmaginabili fatte di miseria e di dolore, di malattie e di mancanza di tutto, anche di assistenza medica.*

*“Appena arrivata in Pakistan a Peshawar, dopo 2 giorni di viaggio, sono scoppiata a piangere alla vista di centinaia di bambini e donne con burka, affetti da malformazioni labiopalatoschisi.*

*Volevo scappare ma, dopo il primo intervento, ho capito: dovevo restare, per aiutare quei bambini ad avere una vita. Certo, è difficile operare in quei paesi, con sale operatorie prive dell’essenziale come in Indonesia. In Iraq*

*abbiamo utilizzato un camper mobile con sala operatoria, collegato a containers fissi usati come stanze di degenze, dalle quale spesso i malati scappavano già dall’indomani per paura di dover pagare.*

*Ricordiamo che nei paesi da me visitati la sanità è a totale pagamento del paziente, per cui l’arrivo dei volontari, che operano a titolo assolutamente gratuito, è salutato come un vero e proprio dono.*

*I pazienti arrivano a frotte, da posti lontanissimi, dopo giornate e giornate di viaggio.*

*Noi portiamo tutto il materiale, frutto di donazioni, ma, talvolta, pur di operare più soggetti, economizziamo al massimo, o , addirittura, ricicliamo il possibile, perché capitano anche interventi di revisione di interventi effettuati da organizzazioni simili di altri paesi.*

*Le missioni costano moltissimo proprio per il materiale trasportato con aerei cargo, ma non possiamo arrenderci, fingere di non vedere*





*cosa accade. Allora, missione su missione, utilizzando le ferie quando non abbiamo l'autorizzazione dell'azienda di appartenenza.*

*In quei paesi la povertà si tocca con mano, gli abitanti non hanno nulla, tranne...il cellulare.*

*Tantissima povertà spesso corrisponde a percentuali altissime di bambini con labiopalatoschisi, talvolta associata a malattie cardiache o altre affezioni gravissime, impossibili da operare in loco, per cui Operation Smile si impegna a favore di questi piccoli pazienti per concedere un futuro ed una soluzione ai problemi che li affliggono.*

*Vengono, così, trasferiti in centri italiani specializzati, accompagnati da un genitore che sta accanto lungo tutto il percorso, dalle visite pre-operatorie alle dimissioni post-operatorie. Solitamente si organizza anche l'arrivo di medici dai paesi di provenienza dei pazienti perché possano seguire gli interventi, eseguiti da volontari dell'associazione, ed aggiornarsi sulle tecniche chirurgiche all'avanguardia, al fine di poter operare autonomamente nei paesi d'origine, a livelli ottimali, grazie alla fornitura gratuita del materiale sanitario necessario. Ma non sempre il materiale è sufficiente a fronteggiare il bisogno, non tutti gli interventi richiesti possono essere eseguiti per l'esaurimento del ma-*



*teriale gratuito, per cui si guarda la speranza è sempre più nell'arrivo dei volontari, con i medici locali cassa di risonanza di Operation Smile.*

*Come, allora, non essere sempre pronti?"*

**"MAXIMA DEBETUR  
PUERO REVERENTIA"  
(GIOVENALE)**

# CROCE ROSSA E USMAF PER L'ACCOGLIENZA DEI MIGRANTI NEL PORTO DI TARANTO: PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ DEL SISTEMA SANITARIO SULL'EMERGENZA IMMIGRAZIONE

Dr.ssa Fico Giusy - Infermiera



I numeri parlano chiaro: il fenomeno migratorio è in costante crescita, globalmente, con modalità differenti a seconda di uomini, Paesi, cause, mezzi, direzioni, secondo i dati pubblicati dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM, International Organization for Migration).<sup>1</sup> Nell'anno 2014 sono giunti in Italia 25.646 profughi. Dal primo gennaio al 28 Aprile 2015 ci sono stati 208 sbarchi e sono giunti in Italia 26.223 profughi.<sup>2</sup>

Dall' Aprile 2014, il porto di Taranto è stato per

<sup>1</sup> World Migration Report 2010-The Future of Migration: Building Capacities for Change.

<sup>2</sup> Elaborazioni ISMU su dati Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale dell'Immigrazione e della Polizia delle Frontiere

la prima volta meta di ripetuti sbarchi di Migranti intercettati dai mezzi della Marina Militare e/o della Marina Mercantile nel corso dei quali l'USMAF (Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera) di Bari-Ut Taranto, con il supporto del personale sanitario di Croce Rossa è stato impegnato nelle operazioni di accoglienza e di assistenza sanitaria, in accordo con gli Enti e le Istituzioni del pubblico e del privato.

Secondo i dati raccolti ed elaborati, risulta che il maggior numero dei Migranti provengono dalla Libia devastata dalla guerra civile (Tabella 1), e, se negli anni precedenti (2013 e 2014) la maggior parte dei Migranti dichiarava di essere di nazionalità Siriana ed Eritrea, nel 2015 sono aumentati anche i Somali e i Nigeriani .

Tabella 1.

Elaborazioni ISMU su dati Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale.

Paese di partenza dei natanti	2013		2014		2014 (al 28/04)		2015 (al 28/04)	
	eventi	sbarcati	eventi	sbarcati	eventi	sbarcati	eventi	Sbarcati
Algeria	2	24	15	155	1	4	-	-
Egitto	80	9.215	59	15.283	7	1.217	2	655
Grecia	59	1.892	52	1.480	4	103	15	424
Libia	230	27.314	826	141.484	140	23.980	173	24.261
Marocco	1	7	0	-	-	-	-	-
Montenegro	1	8	0	-	-	-	-	-
Siria	13	1.480	1	61	-	-	-	-
Tunisia	68	908	102	1.297	11	101	12	183
Turchia	29	2.077	56	10.340	5	241	6	700
Non Indicato	-	-	0	-	-	-	-	-
<b>Totale</b>	<b>483</b>	<b>42.925</b>	<b>1.111</b>	<b>170.100</b>	<b>168</b>	<b>25.646</b>	<b>208</b>	<b>26.223</b>

Ma chi sono questi migranti? Questo è forse il dato più complesso da analizzare. La stragrande maggioranza (81,1%) di coloro che approdano in Europa sono maschi adulti, con netta prevalenza della fascia 18-34 anni. Questione delicata, perché in realtà le categorie più esposte ad una guerra sono donne e bambini che invece sono quelli che non giungono in Europa. Alcuni fattori sono spiegabili: gli uomini adulti sono più adatti ad affrontare l'enorme pericolosità del viaggio.<sup>3</sup>

Lo sbarco dei Migranti viene effettuato all'interno del Porto di Taranto dove sono state previste aree preventivamente attrezzate per la prima assistenza e nell'ottica della massima cautela finalizzata alla tutela della salute pubblica. Sul posto è presente anche il personale del 118, con una propria area e con ambulanza medicalizzata che può essere attivata sia dai Medici dell'USMAF che da quelli dell'Asl, in tutti i casi che richiedono urgenza.

Il dirigente medico dell'USMAF, con il supporto del personale medico ed infermieristico di Croce Rossa appartenente al Nucleo RSP, è chiamato a verificare la reale situazione sanitaria di bordo all'arrivo in porto della nave ed a mettere in atto tutte le procedure sanitarie ed amministrative, volte ad effettuare gli accertamenti diagnostici del caso. Prima di salire a bordo, vengono messe in atto tutte quelle pro-



cedure di vestizione che prevedono l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale per la prevenzione della trasmissione da contatto e da droplet nei confronti dei Migranti. Si procede a bordo della nave con la misurazione della temperatura corporea a tutti i Migranti presenti e all'effettuazione di generica anamnesi e visita ispettiva, consentendo lo sbarco prioritario dei casi sanitari più urgenti.

I Migranti che dovessero presentare lesioni dermatologiche riconducibili alla Scabbia, una volta scesi dalla nave, verranno accompagnati dai Volontari all'apposito gazebo allestito per il trattamento della patologia che avverrà in loco grazie alla presenza del personale Medico ed Infermieristico dell'Asl di Taranto.

Tutti gli altri Migranti in buona salute, una volta giunti sul molo, vengono accolti dai mediatori culturali e dai volontari della Croce

<sup>3</sup> Dati pubblicati del Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale dell'Immigrazione e della Polizia delle Frontiere.



Rossa Italiana, vengono offerti loro generi di primo conforto e alimenti a cura della Polizia Municipale di Taranto. Quindi, vengono accompagnati alla postazione successiva allestita per l'identificazione da parte delle Forze dell'ordine. Il supporto alle seguenti operazioni è fornito anche alla Protezione Civile.

I principali problemi clinici che i Migranti presentano al momento dello sbarco sono essenzialmente legati alle condizioni del loro percorso migratorio e non a malattie infettive da importazione: colpi di calore, colpi di sole, assideramento (secondo le condizioni climatiche in cui avviene la navigazione), lesioni da decubito dovuti alla posizione forzata senza possibilità di movimenti sui barconi, aggravata da agenti chimici quali l'acqua salmastra o il gasolio che spesso sporcano i luoghi in cui i naviganti si siedono, disidratazione, che hanno determinato ad esempio casi documentati di gravi insufficienze renali senza dimenticare però le condizioni patologiche di natura infettiva legate, comunque, alla promiscuità ed al sovraffollamento come la Scabbia; essa costituisce il 4% del totale.<sup>4</sup>

4 A. MORRONE, La salute e le malattie degli immigrati. Aree critiche e spazi di ambiguità, Responsabile Servizio di Medicina Preventiva delle migrazioni, del turismo e di dermatologia tropicale, Istituto scientifico San Gallicano, Irccs, Roma, presente su [www.unar.it](http://www.unar.it).

Le patologie infettive più frequenti sono: HIV, TUBERCOLOSI, MALARIA ed EPATITE B. <sup>5</sup>In base ai dati raccolti e analizzati risulta che la maggior parte dei Migranti in arrivo sulle coste Italiane sia in buone condizioni di salute.

In una società multi-etnica e multiculturale come la nostra una vera accoglienza sanitaria si deve confrontare con tre problemi fondamentali: **complessità, formazione e organizzazione**.

La **complessità** è dovuta alla grande varietà di culture e di atteggiamenti fisici e mentali verso la malattia che i medici, infermieri e tutto il personale sanitario, che prende parte allo sbarco, si trova a dover fronteggiare.

Per fortuna ad oggi vengono impiegati dei mediatori culturali a supporto degli operatori sanitari e ciò risulta di cruciale importanza per il superamento delle barriere linguistiche e comunicativo-interpretative, queste ultime legate alle differenze culturali nella sfera della salute e della percezione del proprio stato di benessere e di sofferenza, che rappresentano i principali ostacoli per un'adeguata interazione tra l'operatore sanitario e il Migrante e, più in generale, per un'efficace azione di accoglienza e presa in

5 S. KENNEDY, J.T. MCDONALD, N. BIDDLE, The healthy immigrant effect and immigrant. Selection: evidence from four countries, J. Econ. Lit., 2006.



carico dei bisogni di salute espressi.

Per migliorare ancora di più l'accoglienza sanitaria, sarebbe fondamentale garantire inoltre un'assistenza clinica immediata per la gestione psichica dell'esperienza traumatica appena vissuta, grazie all'impiego di figure specializzate nel settore come psicologi, psichiatri ed operatori psicosociali.

#### Altro aspetto è quello della **formazione**.

I programmi formativi degli infermieri abbisognano di una maggiore attenzione riguardo ai temi della antropologia culturale, della relazione in contesti gruppalari, nonché del supporto psicologico. Anche la formazione di tutti gli altri attori sociali (Forze dell'Ordine, Associazioni di Volontariato, ecc.) coinvolti nelle operazioni di sbarco e accoglienza Migranti, dovrebbe essere rafforzata mediante l'istituzione di corsi di formazione su misure di prevenzione sanitaria in tema di malattie infettive e diffuse.

Per quanto riguarda l'**organizzazione** l'obiettivo finale è quello che gli operatori sanitari, e non, vengano messi in condizione di attivare in modo coerente i servizi presenti sul territorio, evitando lo sperpero di risorse sia umane che economiche altrimenti garantito, orientandosi verso un modello che consenta un'integrazio-

ne teorica fra le istituzioni e i saperi, all'interno del quale possano svilupparsi veri spazi di dialogo.

**SOLIDARIETA' e RESPONSABILITA', CONSAPEVOLEZZA e UMANITA'**, devono essere, quindi, i quattro pilastri su cui appoggiarsi e reggersi l'accoglienza sanitaria per gli stranieri Migranti, nell'ottica di un servizio sanitario che riconosca il diritto alla salute per tutti i soggetti presenti sul territorio nazionale e renda tale diritto effettivo per la popolazione immigrata.

È un dovere etico.



# INFEZIONE DA HPV

*Dott.ssa Maria Luisa Pizzulli*

*Relatore: Dott.ssa Carmela Lacatena*

*Direttore delle attività pratiche Corso di Laurea Infermieristica Polo Jonico*

Il tumore della cervice uterina è una malattia frequente, il principale fattore di rischio è rappresentato dall'infezione da HPV (papilloma virus umano), virus che

si trasmette da persona a persona per via sessuale o per contatto intimo pelle contro pelle.

Il numero di contagiati è altissimo. Si stima, infatti, che 8 donne su 10, attive sessualmente, abbiano contratto il virus nel corso della loro vita e che, di conseguenza, anche gli uomini siano portatori del virus in modo inconsapevole.

Per questo motivo, avere più partner (o un partner sessualmente promiscuo) o rapporti sessuali in età precoce, rende più probabili le infezioni da HPV.

Esistono oltre 200 tipi di Papilloma virus, di cui circa 100 infettano l'uomo e circa 40 le mucose genitali, nello specifico.

Gli HPV possono essere classificati in base all'associazione con lo sviluppo del carcinoma della cervice uterina:

- HPV ad alto rischio oncogeno: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59
- HPV a probabile rischio oncogeno: 68
- HPV a possibile rischio oncogeno: 26, 53, 66, 67, 70, 73, 82, 30, 34, 69, 85, 97
- HPV a basso rischio oncogeno, i quali attaccano la cute 6, 11, 42, 43, 44

La differenza tra HPV pericolosi e quelli innocui sta nella base del sito d'azione sia in base ad alcune mutazioni.

Le mucose sono più sensibili della pelle a causa della minore resistenza delle membrane cellulari, il che facilita l'ingresso del virus.

I tumori della cervice uterina sono classificati in base alle cellule da cui prendono origine e sono prevalentemente di due tipi:

➤ Nel **carcinoma a cellule squamose** il tumore deriva dalle cellule che ricoprono la superficie dell'esocervice, rappresenta circa l'80% dei tumori cervicali.

➤ Nell'**adenocarcinoma** invece il cancro parte dalle cellule ghiandolari dell'endocervice, rappresenta il 15% dei casi.

➤ Infine, anche se meno comuni (3-5% dei tumori cervicali), esistono dei tumori della cervice che presentano un'origine mista e sono per questo definiti **carcinomi adenosquamosi**.

I sintomi solitamente non compaiono fino a quando non si forma un tumore: sanguinamento, il quale può manifestarsi tra i cicli mestruali o dopo rapporti sessuali, aumento delle secrezioni vaginali, dolore nella zona pelvica o a livello lombare, sangue nelle urine ed edema degli arti inferiori.

Per questo motivo è importante che le donne facciano regolari screening per il cancro della cervice: in questo modo l'eventuale malattia potrebbe essere diagnosticata in tempo in modo da essere trattata precocemente.

La diagnosi di tumore della cervice uterina può essere fatta durante la visita ginecologica con l'ausilio dei test di screening, della colposcopia e della biopsia a seconda delle dimensioni del tumore.

Se il tumore è microscopico, i test di screening eseguiti durante la visita permettono l'identificazione delle cellule alterate.

Se il tumore è invece macroscopico la visita ginecologica può evidenziare la neoformazio-

ne cervicale, sia alla palpazione sia all'esame ispettivo; in questo caso, durante la visita si può procedere alla biopsia del collo dell'utero per la conferma istologica, che è sempre indispensabile per la diagnosi.

Cosa avviene nel nostro paese, nella nostra regione, nella nostra città?

Le donne di Taranto sono coscienti dell'importanza della prevenzione primaria e secondaria, che, agendo su diffusione e controllo dello sviluppo della patologia, possono fare la differenza nella lotta contro il tumore della cervice uterina?

Per scoprirlo ho somministrato un questionario a 70 donne che usufruiscono dei servizi del "centro donna", sito presso l'ospedale SS. Annunziata di Taranto, ove vengono svolte visite ginecologiche, pap-test, tamponi, tracciati, colposcopie, mammografie e biopsie

**Questionario di valutazione della prevenzione primaria del carcinoma della cervice uterina nell'ASL di Taranto**

Il **questionario** è anonimo, i dati raccolti saranno trattati in modo aggregato nel rispetto della legge sulla **privacy**.

1 - In che anno è nata?

---

2 - A che età pensa si inizi ad avere una vita sessualmente attiva ?

---

3 - Hai mai sentito parlare dell'HPV(Human Papilloma Virus)?

SI     NO

4-Se si, da chi e in che occasione?

---

5 - Sei a conoscenza che l'HPV può portare al Carcinoma della cervice uterina?

SI     NO

6-Sai che l'HPV rientra tra le malattie sessualmente trasmissibili?

SI     NO

7 - Ti sei sottoposta al vaccino contro l'HPV?

SI     NO

8 - Se si, a che età?

---

9 - Nel corso della tua vita hai assistito a un corso di educazione sessuale?

SI     NO

10 - Se si, in che occasione?

---

11 - E come valuteresti il corso che hai seguito in una scala di valutazione da 1 a 5?(1 inutile,5 ottimale)

1     2     3     4     5

12-Sai per cosa sta la sigla MST?

SI     NO

13-Secondo te, vengono fatti corsi adeguati sulla contraccezione sessuale?

SI     NO

14-Secondo te, la popolazione riceve un adeguata educazione/informazione per quanto riguarda le malattie sessualmente trasmissibili?

SI     NO

15 - Secondo te, da chi una ragazza giovane riceve le prime informazioni su contraccezione e malattie sessualmente trasmissibili?

SI  NO

16 - Secondo te, a scuola, questo argomento viene trattato in maniera adeguata?

SI  NO

17-Se no, perché?

---



---



---

18 - Sei a conoscenza dell'esistenza di consultori familiari nella tua zona?

SI  NO

19 - Pensi possa essere utile la loro attività?

SI  NO

20 - Se sei sessualmente attiva, pratici qualche tipo di contraccezione ?

SI  NO

21 - Se si, quale?

---

22 - Ti sei mai sottoposta a una visita ginecologica?

SI  NO

23 - Se si, perché?.

---

24-In passato ha già ricevuto diagnosi di carcinoma alla cervice?

SI  NO

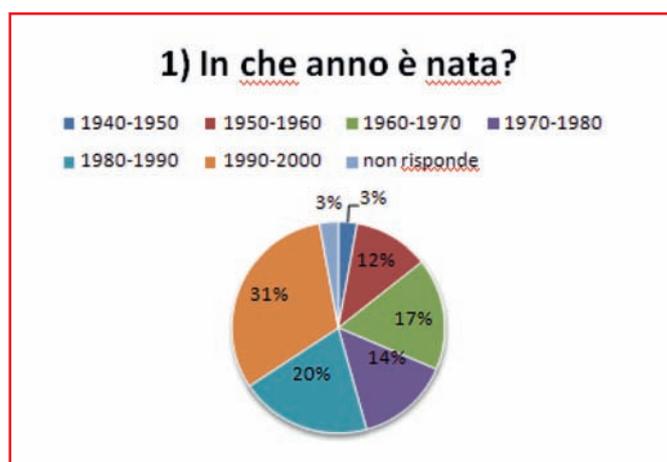
## I RISULTATI DELL'ELABORAZIONE DATI

Il grafico mostra gli anni in cui sono nate le donne intervistate, da qui si evidenzia che le donne a cui è stato somministrato il questionario e si sottopongono allo screening hanno età molto diverse tra loro; numerosa è la presenza delle più giovani, ma si evidenzia che le donne di Taranto, sono coscienti dell'importanza di sottoporsi allo screening e che l'età non è una buona giustificazione quando è in gioco la salute.

Poiché la più comune via di trasmissione dell'Hpv è quella sessuale, grande rilievo ha l'età in cui si iniziano ad avere rapporti.

Un lavoro scientifico sulla rivista della *American Society for Microbiology, Clinical and Vaccine Immunology* evidenzia che la vaccinazione Hpv profilattica della popolazione delle giovani adolescenti, prima del debutto sessuale, ha un impatto sostanziale sulla incidenza delle lesioni di alto grado del collo dell'utero.

Il vaccino è stato estremamente efficace nelle donne giovani, 15-17 anni, che non erano state infettate precedentemente, in particolare riguardo ai ceppi di Hpv ad alto rischio 16 e 18.



Il grafico ci mostra come la campagna informativa messa in atto già dal 2008 in Italia abbia ottenuto i risultati; la quasi totalità a conoscenza del Papillomavirus e solo un piccolo numero di donne ancora ignare.

Le fonti di informazione per la prevenzione del Papilloma virus sono molte; un ruolo fondamentale è rappresentato dalle scuole e dai mass media.

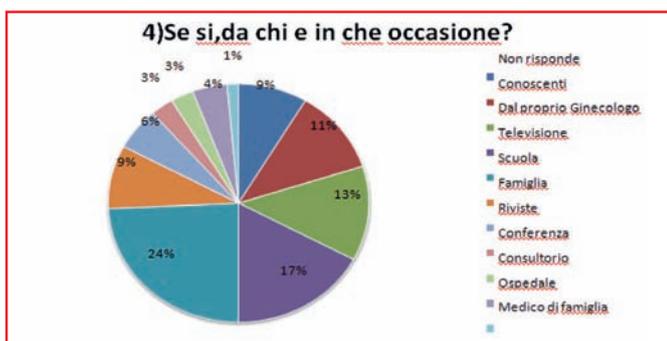
Anche l'azione dei medici con le proprie pazienti e il passaparola tra famiglie e conoscenti svolge un consistente attivismo informativo.



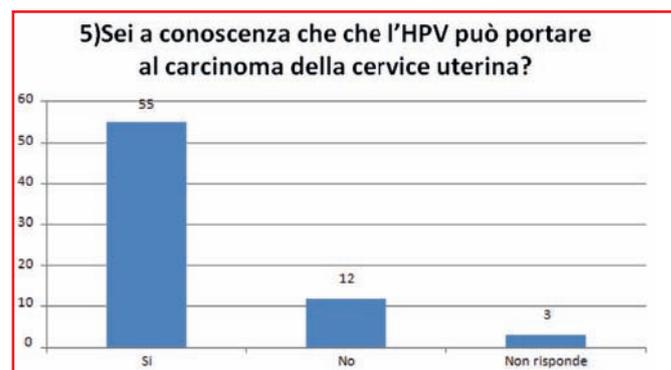
In questo grafico si conferma una maggioranza di risposte positive, mentre emerge una concreta minoranza di NO, che, confrontata ai dati rilevati dalle domande precedenti, ci mostra che spesso alcune fonti informative hanno rivelato dati parziali e spesso inesatti.



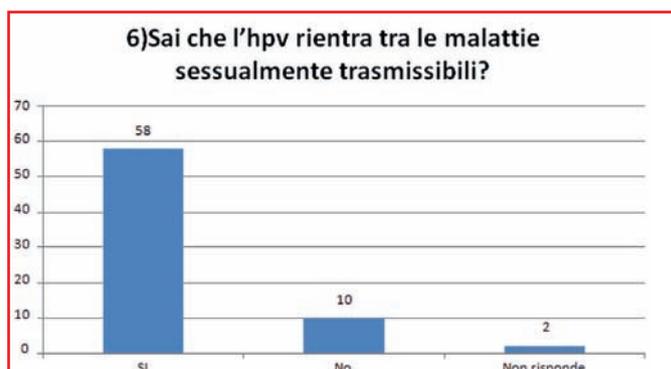
Stessa cosa che per il grafico precedente: un'ulteriore conferma della maggioranza ben informata, con un piccolo gruppo rappresentativo di coloro che non sono state formate e informate adeguatamente riguardo i rischi che corrono.



Purtroppo qui emerge un dato preoccupante: 64 donne su 70 non si è vaccinata, nonostante nelle domande precedenti sia emerso che la maggioranza fosse informata. Evidentemente questo non è bastato per muoversi e agire preventivamente, anche se vi è da tener conto che il campione di donne intervistate non rientra nella fascia in cui il vaccino è distribuito gratuitamente, e che il costo del vaccino, se acquistato privatamente, non è indifferente.



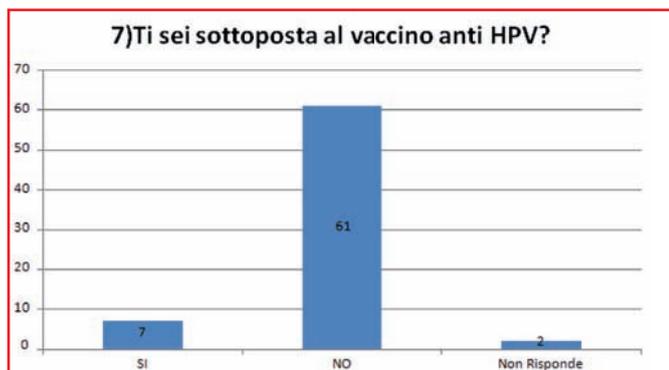
Analizziamo ora la minoranza che ci ha confermato di essersi sottoposta al vaccino; noteremo che quasi la metà si è sottoposta al vaccino non durante l'adolescenza ma a 20 anni o addirittura dopo i 25; probabilmente una scelta fatta consapevolmente dopo esser informate.



La percentuale restante, indica ragazze in età scolare, ulteriore prova che la scuola fornisce informazione ed educazione alla salute alle adolescenti.

Dalle risposte si evidenzia che due terzi delle intervistate non hanno seguito un corso di educazione sessuale, un dato molto preoccupante per la prevenzione non solo dell'HPV ma anche delle altre malattie sessualmente trasmissibili.

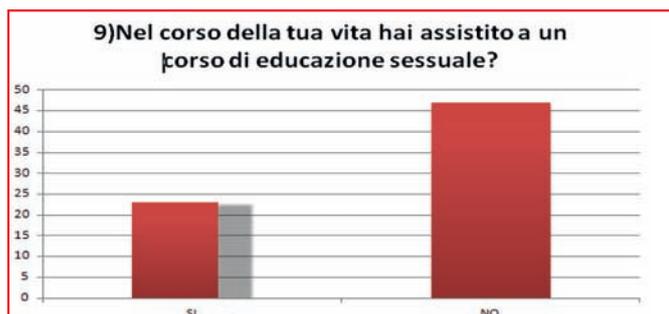
sibili, dove il vero rischio è rappresentato non dalla giovane età ma dall'ignoranza o, peggio, dalle informazioni errate fornite da persone non preparate sull'argomento.



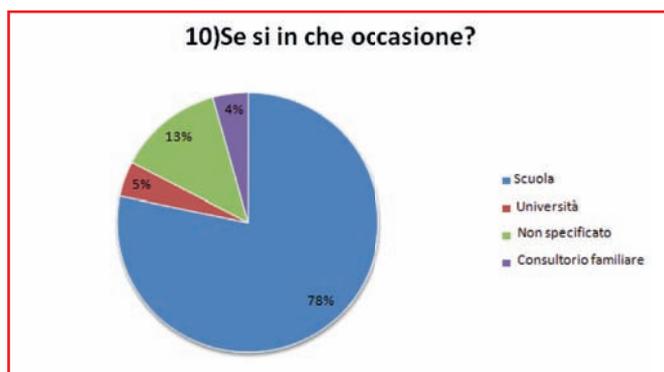
La Scuola si conferma un'agenzia di informazione e formazione, sempre in prima linea nell'educare il futuro della società per migliorarla.



Come non ci sono corsi valutati molto negativamente, non ne risultano nemmeno d'eccellenza: i corsi di educazione sessuale vengono valutati dalle pazienti come mediocri e non coinvolgenti, nella scuola la legge che ne prevedeva l'insegnamento è ferma dal 1975 in Parlamento, le scuole fino ad ora finanziavano corsi e lezioni con i propri fondi, con i continui tagli il risultato è invece un grande silenzio e, dove questo silenzio non c'è, vi è solo mediocrità.



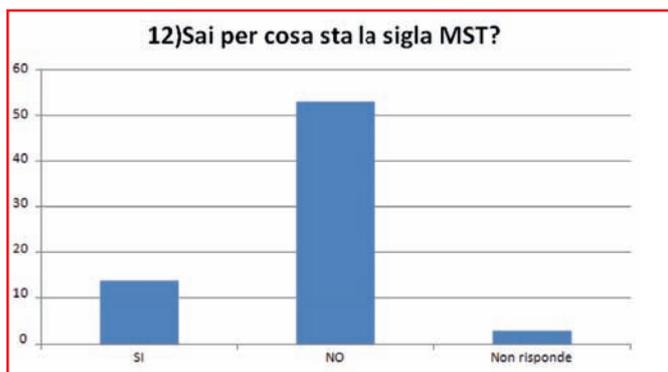
MST: Malattie Sessualmente Trasmissibili, sigla che possiamo ritrovare non solo nei corsi formativi, ma anche in un qualsiasi sito internet che parla dell'argomento Dal grafico purtroppo si evince che non solo mancano le agenzie informative con dei servizi adeguati ma, anche, che solo una piccola percentuale di cittadini si informa, per proprio conto, su quelli che possono essere i rischi per il proprio benessere.



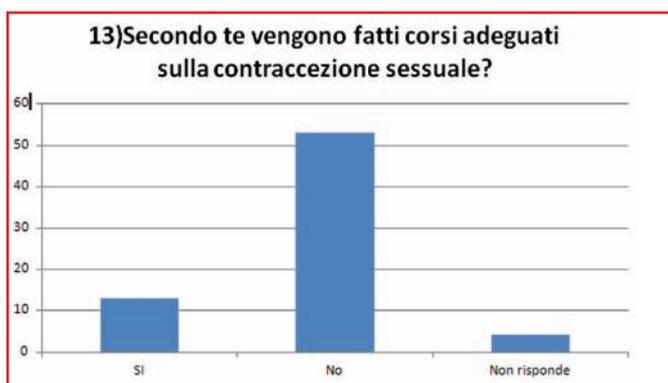
Questo grafico oltre a confermare i dati precedenti sulla disinformazione, ci apre uno spiraglio sulla consapevolezza di una maggioranza della popolazione che si rende conto che non vi sono corsi adeguati sulla contraccezione e sull'educazione sessuale, e confrontando i dati del grafico precedente si evince che nemmeno l'informazione personale sia un'abitudine radicata nell'animo delle cittadine di Taranto.



Il grafico ci presenta nuovamente una situazione frammentaria: il dato con una percentuale più significativa, rappresentato dai coetanei, indica un passaparola da ragazzi più grandi ai più piccoli, ma quanto queste informazioni possono essere attendibili?

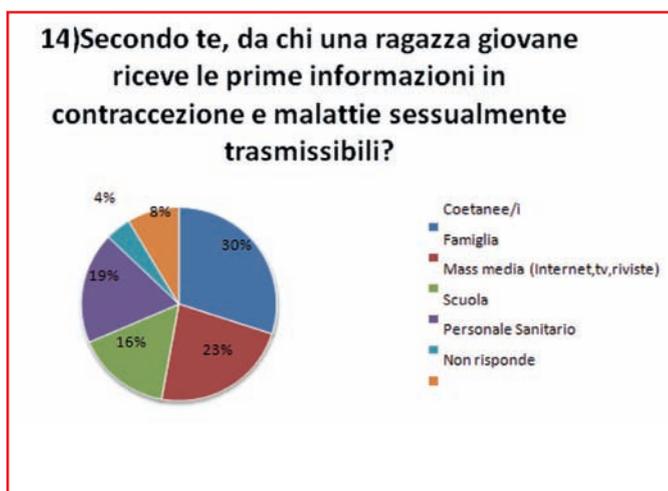


Curioso risulta il risultato della scuola, visto che dalle domande precedenti era emerso che non solo contava pochi corsi di educazione sessuale, ma anche valutato negativamente, per cui il dato emergente ora penso si basi su mere supposizioni.



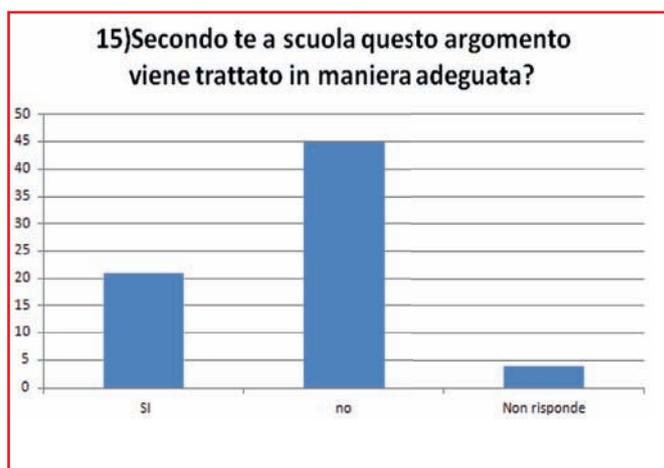
La domanda qui è stata diretta e la maggioranza ha dato risposta negativa:

la scuola quindi non tratta a dovere l'argomento.

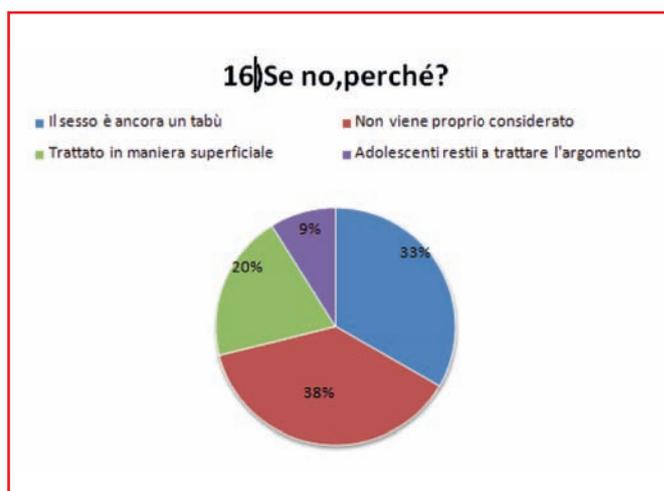


Il risultato di maggioranza ci dice che l'argomento nelle scuole non viene proprio considerato; quindi non è considerata un' importante

mancanza del sistema scolastico, bensì una cosa irrilevante, dato piuttosto sconcertante nella realtà umana, così come considerarlo un tabù. Forse a volte ci si dimentica che si parla delle fondamenta della vita stessa; essendo la sessualità uno dei bisogni primari dell'uomo e il modo in cui una nuova vita viene creata, non vi è nulla di innaturale: aiutare gli adolescenti ad esserne consapevoli li aiuterebbe a viverla più serenamente a livello psicologico e sicuro a livello patologico.



Il Consultorio Familiare, nato per rispondere ai vari bisogni della famiglia, della donna, della coppia, dell'infanzia e dell'adolescenza, è stato istituito con la Legge n. 405 del 29 luglio 1975.



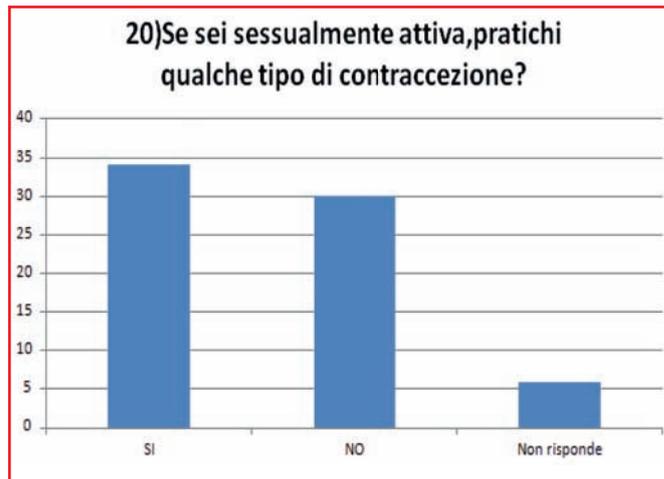
Le attività e i servizi sono organizzati secondo il lavoro di équipe: un gruppo di professionisti specializzati in vari settori che collaborano al fine di aiutare tutti i cittadini a far fronte ai loro bisogni ed a garantire la tutela della salute.



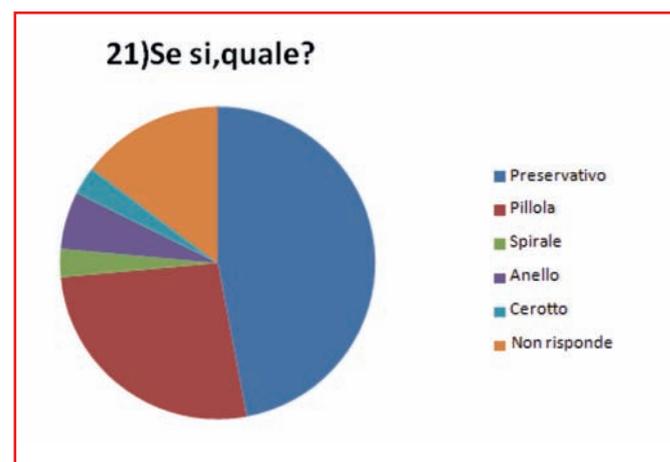
Dal grafico si comprende che, anche se non tutti sono a conoscenza della loro presenza, la maggioranza ne è consapevole e potrebbe usufruirne in qualsiasi momento.



Una maggioranza schiacciante riconosce l'attività dei consultori familiari utile all'interno del territorio, anche se, stando alle risposte precedenti, quasi nessuno si affida ai loro servizi per chiedere informazioni su argomenti che riconosce di sapere in maniera superficiale, o su come prevenire una patologia che con un'adeguata educazione alla salute si potrebbe evitare.



Qui si denota che la popolazione si divide tra chi pratica contraccezione e chi no; oltre alle donne che desiderano una gravidanza vi saranno sicuramente altre che non prendono contraccettivi, non rendendosi conto di esporsi a malattie veneree come HPV o HIV.



Qui il grafico ci fa capire come in questo campione di donne, ove solo 34 dicono di utilizzare contraccezioni, non si riconosce che il preservativo riduce il rischio del contagio da Papilloma virus, ma non lo elimina.



In passato il ginecologo veniva consultato esclusivamente in stato di gravidanza ed anche allora si trattava di qualcosa che veniva avvertito come una violazione dell'intimità della donna.

Oggi, dal nostro questionario si evince che, sebbene ci siano ancora delle remore legate più che altro ad antichi retaggi culturali, non è più così, fortunatamente.

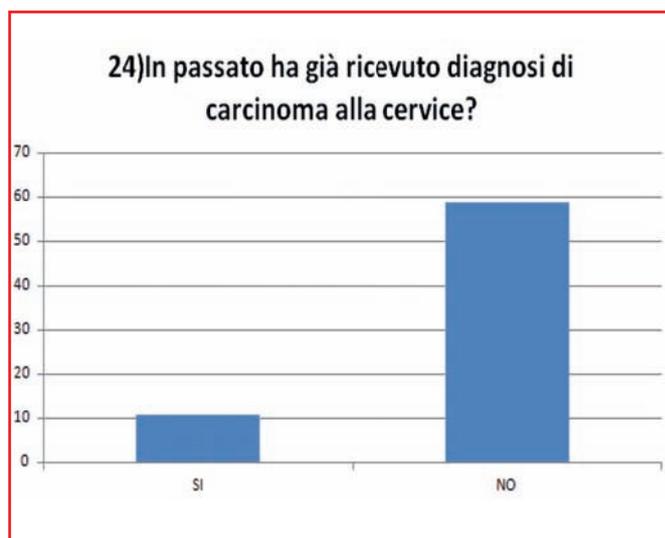
Anzi, la consapevolezza dell'importanza di prevenire le malattie, spinge sempre più donne a sottoporsi alla visita ginecologica, che andrebbe effettuata, secondo alcuni, alla comparsa del menarca e che è effettivamente necessaria e d'obbligo dopo il primo rapporto sessuale.



Le attuali linee guida dell'*American Congress di Ostetricia e Ginecologia (ACOG)* per le visite delle donne in salute includono una raccomandazione sull'esecuzione regolare della visita ginecologica.

L'ACOG raccomanda di considerare i bisogni individuali di una donna, le richieste e preferenze quando si decide di eseguire visite ginecologiche.

Tra le donne di Taranto si evidenzia, oltre il ricorso dello specialista ginecologo all'occorrenza, anche una certa consapevolezza su quanto sia utile il controllo del proprio benessere e della propria salute.



Dal grafico si evince un dato molto importante: la maggioranza delle donne sottoposte a questionario non hanno mai avuto diagnosi di carcinoma mentre una minoranza sì, e, paragonandola al piccolo campione preso, il dato nelle donne di Taranto diventa alquanto allarmante.

Dal questionario in generale capiamo come nella città di Taranto vi è poca educazione alla salute nell'ambito dell'HPV e della sua prevenzione.

Molte donne intervistate non conoscevano il papilloma virus e quanto possa essere aggressivo.

Durante le interviste, l'obiettivo si è anche trasformato: messo in atto uno dei ruoli dell'infermiere come "Educatore alla salute" spiegando tutte le complicità dell'HPV e l'importanza della prevenzione primaria.

Si ringraziano tutti gli operatori del Centro Donne che dato la possibilità di elaborare questo lavoro.





## **L'INFERMIERE ADDETTO ALL'ANESTESIA IN ITALIA: AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ**

*Dott.ssa Anna Barletta, Infermiera*

La figura dell'infermiere "anestesista" o "in anestesia" in Italia non esiste. Si può invece parlare dell'infermiere "addetto all'anestesia", cioè di quella figura sanitaria professionale che agisce in collaborazione con il medico anestesista nelle fasi riguardanti l'anestesia e l'assistenza diretta al paziente durante tale processo. Non essendo presente una qualifica, ovvero non essendo istituito un corso di specializzazione o master riguardo l'infermieristica applicata all'anestesiologia, la formazione necessaria per occuparsi di assistenza anestesiológica si limita alla laurea di base, cioè ai tre anni di formazione universitaria.

Sebbene ciò possa apparire irrilevante, in realtà bisogna comprendere che l'infermiere che si occupa di anestesia, per garantire un'assistenza di qualità e soprattutto competente, necessita in realtà di maggior formazione ed informazione, non solamente sulla farmacologia, la fisiologia o l'anestesiologia, ma anche riguardo alle altre cure intensive e le emergenze/urgenze intraoperatorie, non approfondite nella formazione di base.

In questo modo si delineerebbero in maniera più chiara e netta anche i contorni dell'autonomia e della responsabilità dell'infermiere a questo livello. Difatti, ora come ora, ciò non sussiste in maniera così limpida e cristallina. L'infermiere è chiamato ad assumersi le proprie responsabilità civili e penali in riferimento a tre criteri:

- Codice deontologico
- Profilo professionale
- Ordine di studio

Sono questi i tre capisaldi che, secondo la legislazione italiana, regolamentano e guidano l'agire responsabile ed autonomo dell'infermiere<sup>(9)</sup>. Il Codice Deontologico definisce norme di tipo etico per l'infermiere, costituendo fondamento e natura della sua attività professionale. Il Codice Deontologico è garanzia di univocità di comportamento da parte degli appartenenti alla professione, e costituisce un punto di riferimento per il singolo utente e per la collettività. Nello specifico, il Codice Deontologico dell'Infermiere identifica il Professionista Sanitario definito come responsabile unico dell'assistenza infermieristica.

Definisce inoltre l'assistenza infermieristica come servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività, che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Il Profilo Professionale dell'infermiere, meglio conosciuto come decreto 739/94, rappresenta una pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Esso riconosce l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei

suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo. Il profilo disegnato dal decreto è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile.

L'ordine di studio identifica, invece, le competenze specifiche acquisite dall'infermiere durante il suo percorso di studi, alle quali è chiamato a rispondere con competenza e professionalità durante l'assistenza al paziente. Semplificando, l'ordine di studio stabilisce cosa all'infermiere è stato insegnato fare e cosa no, quindi ciò che può/deve attuare e ciò che non può/non deve attuare. Ora osserviamo in maniera più approfondita alcune delle norme che regolamentano la responsabilità ed autonomia dell'infermiere in anestesia, in particolare quelle presenti nel Codice Deontologico.

## CODICE DEONTOLOGICO

Come detto in precedenza, il Codice Deontologico si propone di fornire quelle che sono le norme di tipo etico e comportamentale dell'infermiere, a cui quest'ultimo si deve attenere per non ricadere in sanzioni. Per maggior fluidità nell'esposizione si è preferito suddividere le aree d'interesse in nuclei: norme generali, rapporti con la persona assistita, rapporti professionali con colleghi e altri operatori, rapporti con le istituzioni. Per quanto riguarda le norme generali esposte nel documento, due sono gli aspetti che l'infermiere è tenuto a curare e a soddisfare:

- L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la propria conoscenza; fonda il proprio operato su conoscenze valide ed aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci; partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.
- L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è



la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale. Nei confronti dei rapporti con la persona assistita:

- L'infermiere, nell'aiutare la persona a sostenere le scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.
- L'infermiere promuove, in ogni contesto assistenziale, le migliori condizioni possibili di sicurezza psico-fisica dell'assistito e dei familiari.
- L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica, fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico e psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.
- L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nell'elaborazione del lutto. Nei confronti dei rapporti professionali con colleghi ed altri operatori.
- L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale, contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.

- L'infermiere ha il dovere di auto valutarsi e di sottoporre il proprio operato a verifica, anche ai fini dello sviluppo professionale.

### **L'INFERMIERE ADDETTO ALL'ANESTESIA IN AMERICA: AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ<sup>3(10-11)</sup>**

Al contrario della realtà in cui noi viviamo, in America esiste la figura dell'infermiere in anestesia. Qui prende il nome di CRNA (Certified Registered Nurse Anesthetist)<sup>(12)</sup> e ricopre il ruolo di un professionista sanitario che, in seguito alla frequentazione ed all'acquisizione della formazione in anestesia, dopo aver conseguito il titolo accademico, si occupa di anestesia in ambito perioperatorio. Già da 150 anni in America gli infermieri si occupano di anestesia, seguendo l'evoluzione delle tecniche nel tempo: in particolare i primi infermieri anestesisti erano coloro che somministravano solamente l'etere.

Oggi, con l'evoluzione delle tecniche anestesiológicas, anche le competenze sono cambiate, ed il CRNA è quell'infermiere che si occupa della gestione dei farmaci, dei blocchi neuromuscolari e del ventilatore. Per diventare infermiere in anestesia in America è necessario aver acquisito una formazione base, una laurea del corso da infermieri, ed aver conseguito almeno un anno lavorativo in un'unità di area critica.

Ciò permette l'iscrizione ad un corso di formazione in anestesia che, oltre alla teoria, garantisce il consolidamento delle conoscenze attraverso la pratica in campo clinico. In definitiva, a partire dal Gennaio 2012, per accedere alla formazione del CRNA occorre:

- Laurea in infermieristica
- Licenza che attesti l'attuale stato lavorativo in qualità d'infermiere
- Almeno un anno di esperienza come infermiere in un contesto di area critica
- Passare l'esame di certificazione nazionale (test d'ingresso) dopo la laurea

Una volta conseguito l'accesso al master, il programma educativo prevede la formazione dell'infermiere in scienze applicate di base

e avanzate, nonché sui principi e sugli aspetti professionali dell'infermiere in anestesia.

A questi bisogna aggiungere materie particolari, differenti per reparto, scuola o ente che promuove il corso.

Il master ha durata variabile da 24 a 36 mesi e l'attestato si consegue dopo elaborazione e discussione di una tesi. Per soddisfare i requisiti di formazione, gli studenti forniscono fin da subito servizi di anestesia sotto supervisione di istruttori clinici qualificati: vengono preparati a gestire qualsiasi tipo di anestesia (generale, loco-regionale, locale), ad utilizzare correttamente i farmaci, gestire la fluido-terapia, monitorare dispositivi di controllo sofisticati, riconoscere e correggere le complicazioni, fornire supporto ventilatorio e gestire la terapia del dolore. La certificazione dell'infermiere in anestesia è poi garantita dall'iscrizione all'AANA (American Association of Nurse Anesthetist), che mira ad essere una garanzia di professionalità sia nei confronti del paziente sia nei confronti del professionista sanitario. Il CRNA ha l'obbligo di seguire i corsi di aggiornamento (formazione continua) e di ricertificazione ogni due anni. Gli ambiti lavorativi del CRNA sono vari: varietà di ambienti pubblici e privati, tra cui grandi centri medici accademici, piccoli ospedali di comunità, centri di chirurgia ambulatoriale, cliniche del dolore, o uffici del medico. Essi hanno anche un ruolo sostanziale in campo militare, la Veterans Administration (VA), e nel campo della salute pubblica.

## **5.2 CONCLUSIONI**

Nell'ambito di una gestione multidisciplinare del paziente, emerge il ruolo di primo piano svolto dall'infermiere che affianca il medico anestesista in sala operatoria, non più semplice esecutore di disposizioni, ma parte integrante di un processo terapeutico che ha al centro, ed è giusto sottolinearlo, la sicurezza ed il benessere del paziente. Pur non essendo riconosciuta in Italia, la figura dell'infermiere di anestesia, in ogni fase del percorso anestesiológico, contribuisce a perseguire come fine comune il bene del paziente.



## Diario di una dottoressa con la padella

**Dott.ssa Natalina Segoloni**  
Inf. Distretto n. 5 - Martina Franca (TA)

**C**aro diario,  
in maniera leggiadra (leggiadra in una taglia XXL vien difficile) m'appresterò a parlarti dello sgomento, o gaudio, che ultimamente dilaga nelle nostre infermerie: la rivoluzione delle coordinatrici.

La coordinatrice è quel "faro" che, messo nel bel mezzo di onde furiose di risparmio e sabbia rovente di qualità, dovrebbe guidare mezzi e persone al fine che il tutto proceda nella maniera ottimale.

Cosa succede allora? Perché questi fari vengono sradicati dai loro porti e posizionati in altri mari?

Tutto parte da uno dei nostri bene amati Piani di rientro regionali, per dirla in breve ogni azienda ospedaliera ha dovuto fare la conta dei propri operatori e verificarne la giusta allocazione.

Così, la mannaia regionale e nazionale cominciò a scovare due primari per un reparto, tre infermiere per 10 posti letto, un ospedale per 100 ricoveri all'anno e via scorrendo.

Qualche tempo fa, anni, decenni, ora non ricordo, mi ritrovai a sistemare delle certificazioni per una direzione generale pugliese; i cartellini, in bella vista sul petto delle efficienti persone che mi vennero incontro, avevano per la maggiore il titolo di coordinatore infermieristico. Rimasi un po' perplessa già che era stato pubblicato che la Puglia fosse uno dei posti in Italia dove il numero di amministrativi superava del 70% la quota pro capite per cittadino. "Ma dove avranno mai infilato gli amministrativi se qui fanno fare tutto agli infermieri (perché infondo il coordinatore è una risorsa infermieristica)?"

Mi convinsi che il tutto accadeva in attesa che abolissero le regioni ed i ministeri fantasma per

rimpolpare la sanità di amministrativi.

Le province stanno ancora lì, il ministero del cinema muto sta ancora lì, i coordinatori... caputi!

Or bene non ho mai frequentato gli ambienti collegati in qualche modo alla mia professione, pertanto, quando iniziò la lenta riorganizzazione delle coordinatrici, pensai, come molti, che sarebbe stata una boccata d'aria per i reparti che in alcune realtà dovevano rinunciare ad un'unità infermieristica per dedicarla a funzione di referente.

Oh cielo, questa pagina di diario l'avevo iniziata quando tutto era solo una delibera letta durante il cambio turno e con piena soddisfazione apprendevo che, finalmente, cominciavano a farsi le cose come andavano fatte. Poi, mi sono iscritta ad un corso per coordinatori, organizzato dal mio collegio di appartenenza ed i nomi citati in ordine preciso hanno assunto un volto, uno sguardo, una storia personale. Ho ringraziato il cielo per il solito ritardo nello spedire i miei sproloqui al giornale, perché ho potuto premere il tasto elimina.

Le cose vanno fatte per bene, l'ho sempre gridato, mi son sempre battuta per questo, anzi in molti casi la causa dei miei mali è che ho sempre voluto le cose giuste poi ci sono le persone....maestri...mamme...amiche...in una terra dove Taranto -Castellaneta non ha gli stessi collegamenti che può avere Lodi con Milano, persone che devi sacrificare per il bene di altre persone, ovvero di quelle che stanno in piedi dietro il vetro di un' accettazione con la valigia pronta, speranzosi che, lì dove stanno per ricoverarsi, le cose siano fatte per bene.

Uno strazio al cuore, perché, dimmi tu, come si



fa a non metterci un pezzettino di cuore quando incontri queste persone ?

Come fai a dire che oggi ho consegnato la mia domanda di ferie alla matricola 686 e domani la consegnerò alla matricola 756 ? No, non si riesce.

Avevamo tanti progetti, io e la matricola 686, ecco li realizzerà con altre matricole. Ed io ?

E la matricola 756, aveva progetti? Ed ora io sarò capace di indossare i suoi sogni ?

Continuo a ripetermi come una paranoica "hanno fatto le cose giuste" . D'altronde, abbiamo i dirigenti infermieristici, ma se poi rimescolassero anche loro ? Da dove riprenderemo il discorso ? Ne inizieremo uno nuovo, fino ad una nuova delibera ?

È difficile entrare in questa nuova ottica di lavoro, oggi sei in un posto, dai tutto te stesso, ma domani ti chiudono il reparto, l'ospedale o il tuo midollo smette di dar comandi alle tue dita e devi ricominciare da zero , ma zero non

dovrebbe esistere mai se si vuol crescere .

Nel privato succede tutti i giorni, è accaduto a mio cugino Andrea ingegnere da 110 e lode che, da essere un professionista super pagato di una nota compagnia telefonica, da un anno è passato part-time e si è dovuto trasferire da Foligno a Roma. Dovrei entrare anche io in quest'ottica?

Ho bombardato tutti i colleghi per mesi con le gag dell'ultimo film di Checco Zalone e la sua caricatura al dipendente pubblico. Quanto ho riso , quanto siamo ridicoli, è vero.

In azienda è in vigore da tempo una disposizione riguardo alla rotazione degli infermieri referenti.

Durante un congresso qualcuno fece un disegno di una cassa da morto adagiata sopra ad una persona con un fumetto "dovrete passare sul mio cadavere , la referente non si tocca "

I sindacati, il collegio, l'amico senatore, oggi niente può fermare il cambiamento, soprattutto se è giusto .

Fra un po' la storia dei coordinatori sarà dimenticata, come quella dei DAI e di altre figure che, piano piano, sono scomparse. Ci saranno gli infermieri specialisti e, magari, quando gli racconteremo che nulla è per sempre, nemmeno la sua specialità , ci guarderà con superficialità pensando "Tanto chi mi tocca , io sono posto fisso!"

**IL GIORNO 31 MARZO LA DELIBERA ALLA QUALE SI FA CENNO È STATA REVOCATA PER UN VIZIO DI FORMA!**

## *Ciao Mimmo, sarai sempre con noi*



*Ci sentiamo partecipi della perdita del caro Mimmo che vorrei ricordare con affetto e stima. Ci sono dei momenti nella vita di ognuno di noi in cui trovare le parole per salutare un Amico, nel suo viaggio alla Casa del Padre, diventa difficile.*

*Pensando a lui, nel suo quotidiano, mi ritorna in mente la sua spiccata semplicità che ne faceva un ragazzo singolare.*

*Un ragazzo educato alla generosità, alla disponibilità verso il prossimo, all'amore per la famiglia e all'impegno verso la comunità.*

*Un amico che non si trovava a disagio in nessuna occasione, che sapeva mantenere il morale alto, che dava valore anche alle piccole cose facendole diventare importanti.*

*Nel mio saluto, c'è il saluto di tutti gli amici che in questi ultimi mesi non lo hanno dimenticato, ma che gli sono stati vicini con la discrezione di chi non vuole disturbare e di chi è pervaso dal turbamento per l'incomprensione di ciò che stava accadendo.*

*Il mio pensiero più affettuoso è rivolto ai Genitori per la difficoltà del momento, ma sono certo che potrà consolarli la consapevolezza di avere avuto un figlio di cui essere orgogliosi e che dal cielo veglierà su di loro ripagandoli di tutto l'amore di cui lo hanno pervaso.*

*Noi tutti vogliamo esservi vicino, per offrire tutta la nostra disponibilità, il nostro conforto ed il nostro affetto.*

*Ci stringiamo a Voi.*

*Il Direttore e i Dirigenti Medici della Centrale Operativa, i medici, gli infermieri e i soccorritori tutti del set 118 di Taranto.*

*Il Collegio IPASVI si unisce all'immenso dolore della famiglia per la perdita del caro Mimmo.*



## CONVENZIONE ABBONAMENTI ESTATE 2016 (28/05/2016 – 14/09/2015)

Con la presente si comunica che lo Stabilimento balneare Yachting Club Porticciolo, nella persona dell'Amministratore Unico Ing. Gianluca Piotti, applicherà agli iscritti del Collegio IPASVI di Taranto e ai membri del proprio nucleo familiare, uno sconto sugli abbonamenti e sugli ingressi giornalieri per la Stagione Estiva 2016, così come riportato nello schema che segue.

Si rammenta che lo sconto sarà effettuato, solo ed esclusivamente, dietro esibizione del tesserino di riconoscimento IPASVI.

SERVIZI	GIORNALIERO		MENSILE		STAGIONALE	
	Listino	Scontato	Listino	Scontato	Listino	Scontato
Cabina	€ 15,00	€ 12,00	€ 350,00	€ 280,00	€ 900,00	€ 720,00
Ombrellone + 2 ingressi + 2 lettini	€ 25,00	€ 20,00	€ 625,00	€ 510,00	€ 1650,00	€ 1320,00
Ombrellone +2 ingressi+ 2 sdraio	€ 20,00	€ 15,00	€ 500,00	€ 400,00	€ 1350,00	€ 1080,00
Ombrellone +2 ingressi +sdraio+lettino	€ 22,00	€ 17,50	€ 550,00	€ 450,00	€ 1450,00	€ 1150,00
Ombrellone+ingresso +sdraio	€ 12,50	€ 10,00	€ 320,00	€ 250,00	€ 800,00	€ 640,00
Ombrellone+ingresso+lettino	€ 15,00	€ 12,00	€ 375,00	€ 300,00	€ 1000,00	€ 800,00
Ingresso	€ 5,00	€ 3,00	€ 135,00	€ 100,00	€ 350,00	€ 280,00
Ingresso+lettino	€ 11,00	€ 9,00	€ 280,00	€ 230,00	€ 740,00	€ 630,00
Ingresso+sdraio	€ 8,50	€ 6,50	€ 215,00	€ 170,00	€ 550,00	€ 440,00
Tavolo pineta + 4 sedie	€ 7,50	€ 6,00	€ 175,00	€ 140,00	€ 400,00	€ 320,00
Parcheggio Auto (ore 9-19)	€ 3,00	€ 3,00	€ 75,00	€ 60,00	€ 200,00	€ 160,00
Parcheggio Moto (ore 9-19)	€ 2,00	€ 2,00	€ 50,00	€ 40,00	€ 135,00	€ 100,00
Ingresso Kids (0-6 anni)		gratis				
Ingresso Junior (7-18 anni)		€ 3,00		€ 60,00		€ 160,00
Ingresso Young (19-30 anni)		€ 3,00		€ 80,00		€ 190,00

Tel. 099.733.11.95 – Infoline 3356386685 [www.yachtingclubsanvito.com](http://www.yachtingclubsanvito.com)



## SERVIZIO DI FISIOKINESITERAPIA



La "Fondazione Beato Nunzio Sulprizio" informa che nella propria struttura è ubicato un Centro di Fisiokinesiterapia e Riabilitazione e propone agli Infermieri, iscritti al Collegio IPASVI di Taranto, ed alle loro famiglie i servizi di seguito riportati

- **PALESTRA DI RIABILITAZIONE** per le patologie neurologiche ed ortopediche, con apparecchiature all'avanguardia, conformi alle direttive europee e dell'OMS e FDA; la professionalità di medici e fisioterapisti impegnati è incontrovertibile perché si tratta di personale altamente specializzato e legalmente qualificato.
- **TERAPIA STRUMENTALE:** elettroterapia (antalgica, stimolazione muscolare, jonofresi, vacuum), ultrasuoni; magnetoterapia; onde d'urto; human Tecar(capacitivo e resistivo); hidroforesi; pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale; hidrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso; laserterapia tradizionale (laser CO2, infrarosso); laser terapia con n.d.yag (hilterapia) con hiro3.0.
- **FISIOKINESITERAPIA:** riabilitazione respiratoria; riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale); hydrokinesiterapia integrata all'hydrifisio; ginnastica posturale(back school , pilates, patologie della colonna, pammorfismi e dismorismi del rachide); massoterapia; linfo drenaggio; rieducazione funzionale.

La Fondazione su tutte le prestazioni elencate propone uno sconto del 15% (le prestazioni sono esenti da IVA, ai sensi del DPR 633/72, art 10). Per beneficiarne l'utente dovrà munirsi di tessera di riconoscimento e/o di appartenenza alla società/ente destinatario della proposta.

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione. Tel: 099/7792891