

"La parola" a Noi



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





Comitato di Redazione

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

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale
e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato:

Benedetta Mattiacci	Cosimo Della Pietà
Emma Bellucci Conenna	Fabiana Fontana
Pierpaolo Volpe	Natalina Segoloni
Carmela Lacatena	Barbara Mangiacavalli
Rossella Scialpi Comasia	Azzurra Longo
Angela Monopoli	Graziana Muscato
Maria Carmela Bruni	

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

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



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Editoriale	Pag. 3
L'infermiere Mozart e l'Alzheimer.....	» 4
Gestire il dolore	» 9
Fragilità: il punto di vista dell'infermiere	» 16
Maxiemergenza e disturbo post-traumatico da stress	» 22
L'infermiere e la terapia del sorriso	» 27
Io equivalgo	» 31
Diario di una dottoressa in padella	» 34
Il disturbo comportamentale alimentare (DCA) ...	» 36
Nuove regole per il triennio ECM 2017-2019	» 42
Formazione continua all'estero	» 44
Contratti Sanità	» 45
Bozza Nuovo Codice Deontologico	» 46
LEA: audizione IPASVI al Senato	» 50
Neo-Laureati Corso Infermieristico 2016	» 57
Abuso contratti a termine in Sanità	» 58
Sondaggio indice di gradimento	» 59
Piattaforma ECM 2017	» 61

Collegio IPASVI Via Salinella, 15

Tel. 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.ipasvitaranto.it - info@ipasvitaranto.it

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

Si informano gli iscritti che la Segreteria Amministrativa del Collegio IPASVI di Taranto resterà chiusa al pubblico dal giorno 22 dicembre al 2 gennaio 2017 per inventario di fine anno.

AVVISO

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

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

L'editoriale

Benedetta Mattiacci
Presidente Collegio IPASVI

“L’Infermiere è il professionista sanitario che nasce, si sviluppa, è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici. Persegue l’ideale di servizio. È integrato nel suo tempo, si pone come agente attivo nella società a cui appartiene e in cui esercita”

(art. 1 Nuovo Codice Deontologico)



Cari colleghi, mi piace cominciare questo editoriale con il primo articolo del Nuovo Codice Deontologico, che esprime “l’essere Infermiere”,

lo spirito che muove la Professione, che, grazie a nuove competenze, a sempre maggiore preparazione, ha acquisito un ruolo determinante nella relazione di cura ed, oggi, a pieno titolo, ha uno spessore di valori e saperi, come ben espressi nella bozza del nuovo Codice.

E’, questo, l’Infermiere di oggi, che *“persegue l’ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività”*, non soltanto il professionista all’interno dei presidi ospedalieri e delle case di cura, cui va tutta la nostra stima ed il nostro rispetto per aver, in questi ultimi anni, sopperito a carenze di organici, dando il massimo delle energie e rispondendo ai bisogni di cura e di assistenza della persona ricoverata.

L’ “oggi” vuole e pretende, anche, altro, ovvero quel modello di assistenza che coniughi ospedale e territorio, complementari per un nuovo modello di sanità così come rappresentato dalla Professione nel Tavolo Tecnico insediato al Ministero della Salute.

L’ “oggi” parla di nuovi LEA, che rappresentano una speranza per i Cittadini, per gli Infermieri che si battono perché la sanità dia risposte certe, efficaci, tempestive alle persone, nell’ottica dell’ “ideale di servizio”. Impegno di questo Collegio, di questa classe dirigente, è/ è stato creare opportu-

nità di crescita per gli iscritti, ai quali sono/ sono stati “forniti”, strumenti di “crescita”, vale a dire corsi di informazione ed aggiornamento per il miglioramento dell’assistenza, corsi per la crescita professionale e culturale della professione, corsi sull’evoluzione delle competenze, corsi su tematiche legislative. Ricordiamo, a titolo esemplificativo,

- l’incontro con l’on. Gelli per parlare della “Responsabilità professionale del personale sanitario: in linea con l’Europa”;
- i Corsi di Vulnologia ed i corsi per la Riabilitazione del Campo Pelvico, più edizioni in risposta alla domanda di voi Iscritti;
- gli Incontri “di orientamento” per i partecipanti al maxiconcorso di Bari iscritti al nostro Collegio;
- gli incontri per l’orientamento al lavoro libero-professionale;
- il Corso avanzato per Infermieri Coordinatori, che ha visto anche la partecipazione, in qualità di uditori, del numero eccedente di richieste.

Ovviamente, non è tutto qui, perché questo Gruppo dirigente si è incontrato/ confrontato con i cittadini, con le altre professioni allo scopo di “crescere insieme”, di far capire gli obiettivi che si intendono portare avanti, con la stessa grinta di sempre: status scientifico, politico (politica sanitaria), culturale e sociale.

Il nostro impegno per il 2017 sarà in crescendo, in armonia con il nuovo scenario della professione.

L'INFERMIERE MOZART E L'ALZHEIMER

Dott.ssa Rossella Scialpi Comasia, Infermiere

Dott.ssa Carmela Lacatena, Relatore, Direttore delle attività pratiche Scuola di Medicina Polo Jonico Taranto



Il titolo del mio elaborato può suscitare una domanda: “cosa può c’entrare Mozart con il morbo di Alzheimer?” Se davvero è così, sono riuscita nel mio intento.

L’Alzheimer è una patologia neurodegenerativa, progressiva ed irreversibile, la più comune forma di demenza.

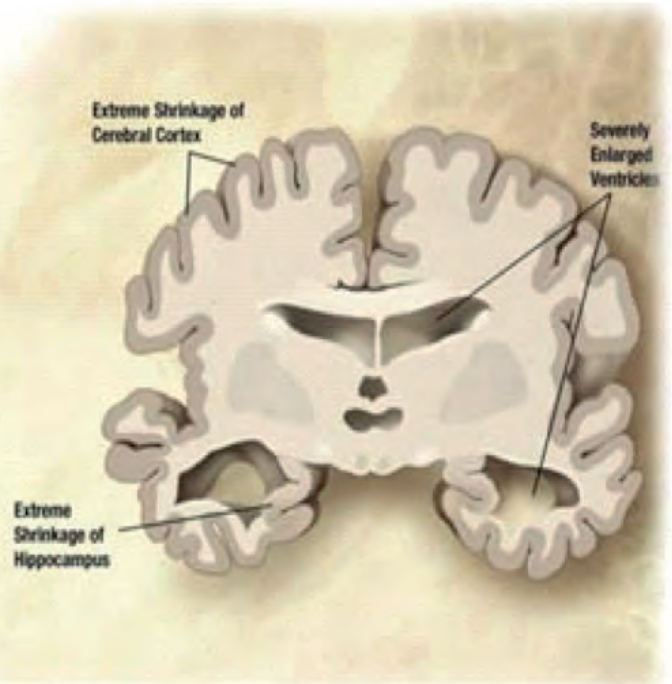
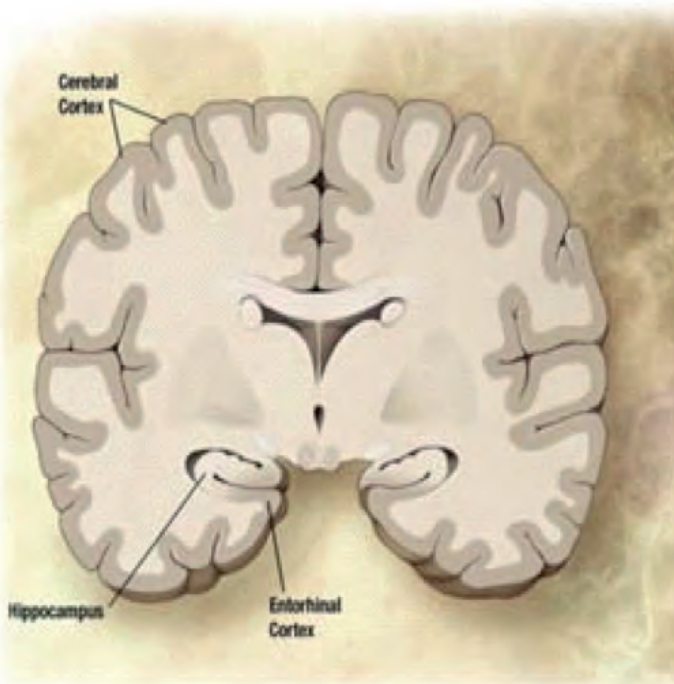
Presenta un esordio subdolo ed un declino caratterizzato dalla progressiva perdita neuronale, che comporta l’insorgenza di sintomi che si articolano nei diversi stadi della patologia, identificati specificamente in 7. Questi stadi si susseguono nella progressione della patologia, determinando, nell’ultimo, l’incapacità a compiere attività di vita quotidiana, che porta, nella maggior parte dei casi, alla morte per deperimento psicofisico.

In Italia è una condizione non rara, colpisce circa il 5% di soggetti con età superiore ai 65 anni, con maggiore prevalenza per le donne e per soggetti poco scolarizzati. Questa percentuale è destinata ad aumentare in rapporto alla

tendenza ad un incremento della sopravvivenza. Comporta dei costi psicologici, affettivi e sociali non indifferenti data la cronicità della patologia, poichè spesso, alla fine del decorso, è necessaria l’istituzionalizzazione.

A livello anatomo-patologico macroscopico, comporta l’insorgenza di un grado variabile di atrofia corticale, con ingrandimento dei solchi parietali, compensata da ingrandimento delle cavità ventricolari, secondario a perdita del parenchima.

Tipiche sono le lesioni caratterizzate da placche senili di proteine beta amiloide e ammassi neurofibrillari di proteina Tau iperfosforilata. La proteina beta amiloide è importante per le funzioni cerebrali ed un accumulo può diventare neurotossico, oltre a determinare alterazioni nella neurotrasmissione degli impulsi che spiegherebbero l’insorgenza dei disturbi cognitivi. La diagnosi attualmente si basa sull’analisi della storia clinica, degli esami neurologici e di test neuropsichici⁽¹⁾.



I farmaci, attualmente disponibili, sono farmaci con funzione palliativa che tendono a migliorare i sintomi della malattia e a rallentarne temporaneamente la progressione.

La W.O.F.T. individua nella terapia occupazionale il metodo che consente di ottenere il maggior grado di indipendenza e funzionalità nei pazienti con disabilità fisica e psichica⁽²⁾.

Wolfgang Amadeus Mozart è annoverato tra i più grandi geni della storia della musica dotato di raro e precoce talento. Da sempre, le sue opere vengono sfruttate in musicoterapia per la ripetizione di sequenze variate e la periodicità a lungo termine, meccanismi assimilabili a quelli di codifica cerebrale, poichè sappiamo che la musica aiuta a strutturare il pensiero ed il lavoro delle persone nell'apprendimento di abilità linguistiche, matematiche e spaziali, influenzando sullo sviluppo emotivo, spirituale e culturale.

Si parla perciò di "EFFETTO MOZART", intendendo con tale definizione un cambiamento nell'attività neurofisiologica ed un incremento delle performance cerebrali associati all'ascolto della musica⁽³⁾.

La sonata più studiata è la sonata in Re Maggiore KV 448 a quattro mani. una serie di studi hanno utilizzato la sonata, quali uno eseguito al

Policlinico di Catania, nel quale l'ascolto della sonata è stato sottoposto a pazienti affetti da SINDROME DI LENNOX- GASTAUT. Questa attività, effettuata due volte al giorno, ha portato i pazienti ad una riduzione della frequenza e della durata delle crisi tipiche della patologia, inoltre un miglioramento della qualità della vita.

Il D.M. 739/94, all'articolo 2, introduce un approccio innovativo, ossia quello di tipo relazionale ed educativo. E' fondamentale nell'esecuzione della semplice pratica- tecnica l'inserimento del modello relazionale-empatico ed educativo del paziente.

A fronte degli elementi forniti, ho deciso di sottoporre a pazienti affetti da Alzheimer, residenti nella struttura accreditata Cittadella della Carità, un progetto riabilitativo, definito "I COLORI DELLA MUSICA".

I colori della musica è uno studio pilota, ossia l'applicazione iniziale di un protocollo di studio, al fine di verificare se il progetto è adeguato e stabilirne la fattibilità. Obiettivo generale del progetto è quello di identificare un miglioramento, anche solo temporaneo, che riguardasse il versante spazio-temporale, della cinestetica corporea, della capacità di utilizzo degli oggetti e delle relazioni. Il progetto consiste nell'esecuzione di disegni, prima dell'ascolto

della sonata e durante l'ascolto della sonata. Questi disegni sono stati analizzati e confrontati, per evidenziare i cambiamenti.

I criteri, utilizzati per l'analisi del disegno, riguardano i colori quanto i tratti, inoltre l'utilizzo dello spazio a disposizione.

Uno studio innovativo, realizzato grazie alla supervisione e al coordinamento generale della dott.ssa Carmela Lacatena, Direttore del tirocinio pratico del Corso di Laurea in Infermeristica, che conosceva gli effetti positivi degli

studi che mettono in relazione le malattie degenerative alla musica, così mi ha proposto un argomento innovativo, che richiedeva non solo la disponibilità alla sperimentazione, ma anche un approccio delicato e sensibile con i pazienti che, in quanto affetti da patologia degenerativa, hanno bisogno di rassicurazioni, sicurezze, comunicazioni mirate ed efficaci. Ha ritenuto che la Cittadella della Carità potesse offrire tutto questo ed abbiamo strutturato questa esperienza grazie al management della Struttura e alla Dott.ssa Maria Cristina Tomai Pitinca”.

RISULTATI DELLO STUDIO



La prima paziente, raffigura uno dei classici scenari, una casa contornata da due alberi, pone essa stessa nella rappresentazione, in maniera laterale. Utilizza un tratto ombreggiato e dei colori tenui, ad indicare una probabile insicurezza in sé stessa, come lo dimostrano gli alberi privi di radici.



Nella seconda parte dell'incontro, durante l'ascolto della sonata, rappresenta quello che lei definisce il suo soggiorno, utilizza un tratto più marcato, dei colori più vivaci, si pone questa volta al centro della rappresentazione, mentre esegue un brano al pianoforte.



Il secondo paziente, rappresenta, quello che lui definisce il suo quartiere, verso il quale riferisce una spiccata nostalgia. Utilizza un tratto ombreggiato e dei colori scuri. Inserisce un soggetto nella rappresentazione che non presenta la parte inferiore del corpo, ad indicare insicurezza in sé stesso. Non presenta particolari che riguardano



Nella seconda parte dell'incontro, rappresenta uno scenario completamente diverso, una Chiesa che arricchisce con Croce e rosone, utilizza un tratto più marcato in alcuni punti, dei colori che sono più chiari rispetto ai precedenti, ed arricchisce la rappresentazione con particolari quali nuvole o il sole.



Nel secondo incontro la prima paziente, utilizza direttamente i pennarelli, senza linee guida con la matita. Utilizza colori più vivaci e rappresenta una farfalla che sovrasta un paesaggio, ad indicare una probabile ricerca della libertà.



Durante l'ascolto della sonata, la sua fantasia raggiunge il mare, rappresentando un faro che illumina una barca. E' possibile evidenziare come durante la sonata, la paziente tenda ad utilizzare maggiormente lo spazio a disposizione, inoltre presenta maggiore cura e precisione nella colorazione del disegno.



Questa paziente spaventata dall'attività, poiché molto sensibile, per paura di sbagliare, decide di rappresentare semplicemente un cuore e lo affianca da una dedica al figlio.



Questo paziente, oltre che da demenza è affetto da atassia cerebellare, un disturbo neurovegetativo che comporta la progressiva scoordinazione motoria e difficoltà nell'articolazione della parola. Per questo paziente nei primi incontri era davvero difficile avere in mano la matita. E' passato dal rappresentare linee impercettibili, a rappresentare quello che lui definisce uno scorcio di Parigi come potete vedere nella diapositiva successiva.



E' dunque possibile evidenziare, come durante l'ascolto della sonata, cambino completamente gli scenari, presentino una maggior utilizzo di colori vivaci ed una maggiore cura nella colorazione.

1. il grado di coinvolgimento dei pazienti durante l'attività;
2. i temi affrontati durante l'incontro.



L'ascolto della sonata introduce l'elemento relazionale e la propensione a prendersi cura dell'altro. E' possibile ritenere che questi siano indice di miglioramento cognitivo.

Oltre all'analisi dei disegni ho deciso di analizzare le relazioni che si sono sviluppate durante gli incontri. Poiché studio pilota, ho scelto io i criteri per evidenziare i miglioramenti:

CONCLUSIONI

Indici di miglioramento cognitivo, così come già dimostrato nello studio, “il training cognitivo nei pazienti affetti da schizofrenia” poiché, le caratteristiche della social cognition, quali la capacità di problem solving in ambito sociale, la capacità di interpretazione delle espressioni e delle intenzioni dell’altro, influenzano la meta cognizione, per cui è correlabile il miglioramento cognitivo⁽⁴⁾.

Il mio studio quindi ha voluto evidenziare, oltre al miglioramento dei pazienti, un modo di fare assistenza infermieristica, non legata alla semplice pratica, ma ad un intervento che appare di natura relazionale ed educativa, poiché l’infermiere è anche colui in grado di costituire una relazione empatica con il paziente.

SITOGRAFIA

<http://www.my-personaltrainer.it/salute/morbo-di-alzheimer@2016>.

Centroalzheimer.org © 2010.

www.scientific-european-federation.org, SEFO,2014

Amadeux© 1997-2016

BIBLIOGRAFIA

1) Alzheimer’s Association National Office, “*About Alzheimer*”, 225 N. Michigan Ave., Fl. 17, Chicago, IL 60601, 2016.

2) Bianca Maria Petrucci, *Tecniche riabilitative nelle sindromi demenziali*, Pio Albergo Trivulzio – Milano 30, 2002.

3) Bernhard Paumgartner, *Mozart*, trad. Carlo Pinelli, Edizioni Einaudi, 2006

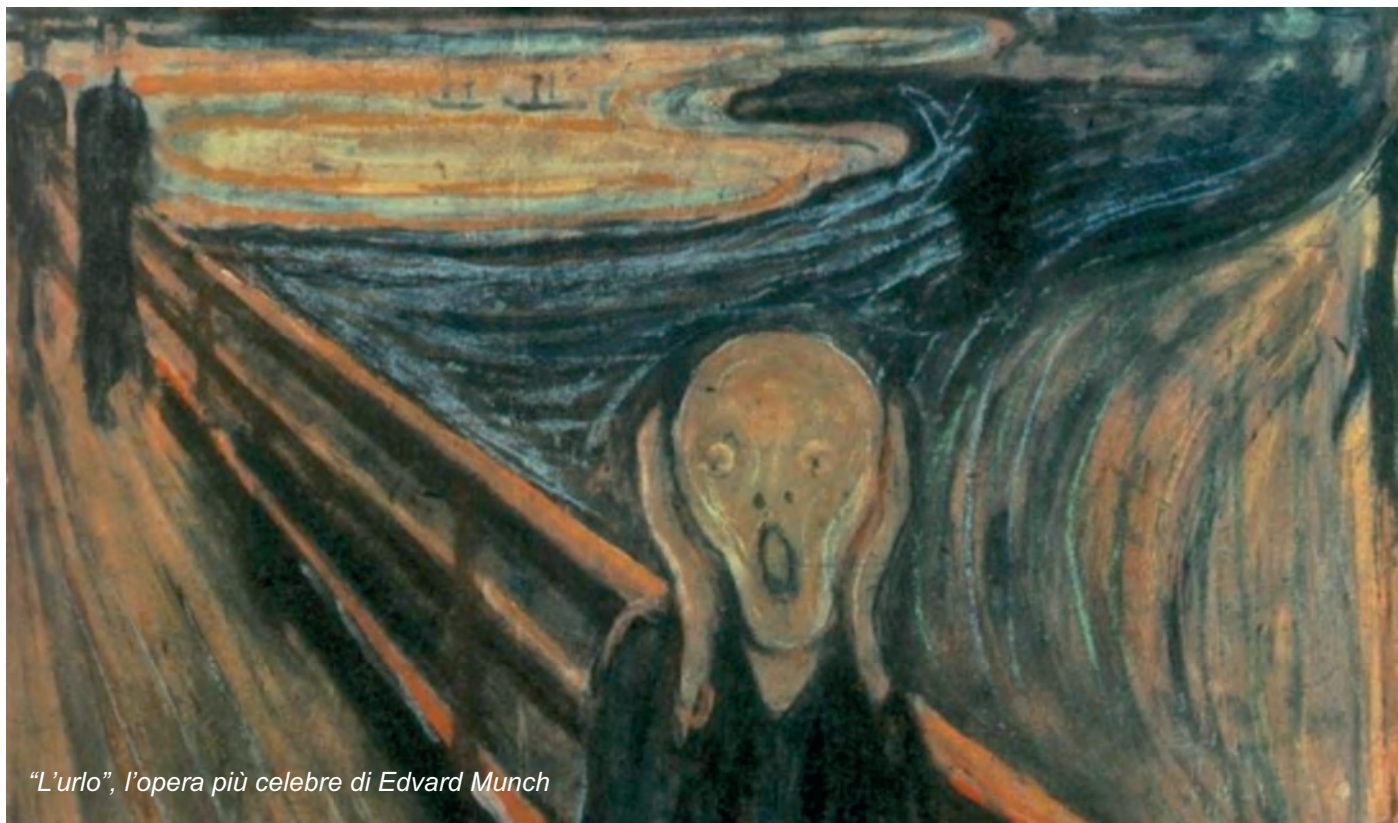
4) V. Barlati, “*Il training cognitivo*”, in *Il pensiero scientifico editore*, 2013.



GESTIRE IL DOLORE: L'IMPORTANZA DELLA RELAZIONE D'AIUTO NELLE CURE PALLIATIVE, L'INFERMIERE TRA SCIENZA E COSCIENZA

Dott.ssa Angela Monopoli, *Infermiere*

Dott.ssa Maria Carmela Bruni, *Relatore, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche /D.A.I.*



“L'urlo”, l'opera più celebre di Edvard Munch

È stato l'impegno a collaborare per alleviare la sofferenza degli ammalati, che ha partorito l'idea di approfondire l'argomento all'interno del Presidio Ospedaliero Centrale della Asl/Taranto e nell' Hospice “Mons. Aurelio Marena” della Asl di Bari.

L'obiettivo generale dello studio è stato quello di dimostrare l'importanza del ruolo dell'infermiere quale professionista che risponde al bisogno di sollievo dalla sofferenza e dal dolore con approccio olistico, grazie alle competenze tecniche e relazionali spese con il paziente, la famiglia e la comunità. L'approccio alla soluzione del problema passa anche attraverso la dimostrazione della mancanza di conoscenza, da parte del paziente e della sua famiglia, del dolore e delle sue tipologie, degli strumenti di misurazione e di gestione dello stesso, dei trattamenti terapeutici convenzionali e non convenzionali. Il deficit di conoscenza è rife-

rito spesso anche agli stessi infermieri, di cui si documentano i bisogni formativi, anche per strumenti utili all'educazione, alla prevenzione ed alla cura/gestione del dolore.

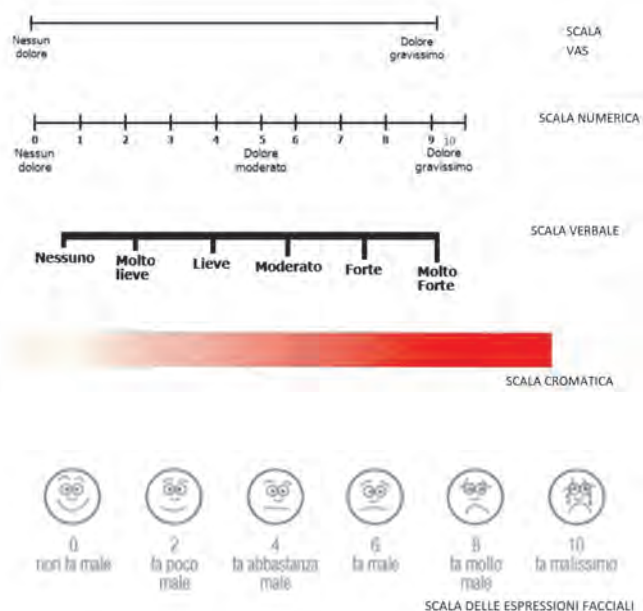
Secondo lo IASP *“il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”*. Si distinguono due categorie di dolore: *dolore acuto*, espressione fisiologica di un'alterazione organica, perciò detto anche dolore-sintomo, che ha il fondamentale scopo di richiamare l'attenzione dell'individuo e di indurlo a ricorrere ad adeguati mezzi terapeutici; e *dolore cronico* che perdura oltre il tempo di guarigione di una patologia acuta e spesso persiste per oltre sei mesi dal suo esordio, non sempre riferibile ad un evento causale e che spesso finisce per diventare una patologia vera e propria. In questo contesto, un unico trattamento antalgico non

è in grado di abolire completamente il dolore, espone più facilmente il paziente agli effetti avversi ad esso correlati ed è fondamentale intraprendere un approccio multimodale con terapia farmacologica, riabilitativa e psicologica.

Rispettare la vita di una persona per il professionista infermiere presuppone non solo il riconoscimento dell'individuo e della sua sofferenza, ma anche di attuare interventi utili alla scomparsa della sofferenza che, nel rispetto della dignità di tutte le persone, deve garantire che nessuno possa essere afflitto da dolori evitabili. *L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari (Codice Deontologico dell'infermiere, 2009).* L'infermiere deve imparare a valutare e monitorare il dolore come *parametro vitale*, "il quinto", con la stessa attenzione che presta al controllo della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e della temperatura corporea. *Accertare il dolore* significa raccogliere informazioni sulle cause fisiche dello stesso, riconoscere gli stimoli emotivi e mentali che ne possano influenzare la percezione, superando l'approccio distintivo del professionista che pensa al dolore solo come approccio "causa-effetto", senza ricercarne le caratteristiche definenti.

L'infermiere è il professionista che ha la funzione di dare "**voce al dolore**", colui che riesce ad interpretarlo ed il professionista sanitario che aiuta la persona a riconoscerlo e gestirlo, perché essere in grado di *ascoltare e dare voce al dolore* è già curare. L'infermiere si avvale di un metodo scientifico nel processo del nursing, attraverso l'attuazione delle varie fasi: l'accertamento, la formulazione delle diagnosi infermieristiche, l'individuazione dei risultati d'assistenza e degli standard di risultato, la pianificazione degli interventi e la loro attuazione, la valutazione. Fondamentale risulta l'utilizzo delle scale di valutazione del dolore, strumenti standardizzati unidimensionali o multidimensionali, attraverso cui sia l'infermiere che la persona stessa possano valutare quantitativamente e qualitativamente il dolore stesso. Le più utilizzate sono le scale unidimensionali come

la scala analogica visiva (VAS), le scale numeriche, verbali, analogico-cromatiche, la scala delle espressioni facciali per i bambini. Le scale o i questionari multidimensionali sono utili al fine di garantire una valutazione complessiva, oggettiva, sebbene ancor oggi poco utilizzate all'interno dei piani assistenziali. L'importanza del loro utilizzo passa anche dalla necessità di considerare aspetti collegati alle attività quotidiane, che possono influenzare la comparsa e la manifestazione qualitativa e quantitativa del dolore; alcuni esempi di strumenti di valutazione: McGill Pain Questionnaire, Memorial Pain Assessment Card, Brief Pain Inventory.



Diagnosi infermieristiche, NIC, NOC

Una diagnosi infermieristica è un giudizio clinico sulle esperienze o risposte della persona, della famiglia o comunità, a problemi di salute attuali o potenziali.

Essa è la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici, che hanno lo scopo di raggiungere il benessere della persona e dei quali l'infermiere ha piena responsabilità. La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ha classificato le diagnosi in quattro gruppi: *diagnosi di promozione della salute*, giudizio clinico sul desiderio di una persona, famiglia o comunità, di migliorare il proprio benessere correggendo comportamenti che incidono sulla

salute negativamente; *diagnosi di rischio*, giudizio clinico sulle risposte alle condizioni di salute che hanno elevata probabilità di svilupparsi in una persona, famiglia o comunità vulnerabile; *diagnosi reale*, descrive risposte umane a condizioni di salute esistenti in una persona, famiglia o comunità; *diagnosi di benessere*, sono state convertite in diagnosi di promozione della salute. Alcuni esempi di diagnosi infermieristiche riguardanti il dolore: dolore acuto e dolore cronico.

Dolore acuto: appartenente al dominio 12 delle diagnosi, di benessere. Definizione: esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o viene descritta nei termini di tale danno (IASP); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a grave, con un termine previsto o prevedibile e una durata fino a 6 mesi. Caratteristiche definenti: attenzione concentrata su di sé, centro di attenzione ristretto, comportamenti di distrazione, comportamento di difesa, comportamento espressivo, dilatazione delle pupille, disturbo del modello di sonno, evidenza osservata di dolore, gesti di protezione dal dolore, maschere facciale, modificazioni dell'appetito, modificazione della frequenza cardiaca e respiratoria, della pressione arteriosa, posizione antalgica, persona riferisce dolore attraverso un codice, sudorazione profusa. Fattori correlati: agenti lesivi

Dolore cronico: appartenente al dominio 12 delle diagnosi, di benessere. Definizione: esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o viene descritta nei termini di tale danno (IASP); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a grave, costante o ricorrente, senza un termine previsto o prevedibile e con una durata superiore a 6 mesi. Caratteristiche definenti: affaticamento, alterata capacità di portare avanti le attività precedenti, anoressia, atrofia dei gruppi muscolari interessati, attenzione concentrata su di sé, comportamento protettivo, depressione, irrequietezza, irritabilità, maschera facciale, modificazioni del modello di sonno, comportamento di protezione, paura di una nuova lesione, riduzione delle

interazioni con le persone, risposte mediate da sistema simpatico.

Fattori correlati: disabilità cronica di natura fisica e psicosociale.

I risultati attesi (NOC) identificati e su cui si individueranno gli interventi (NIC) saranno:

❑ *Sollievo del dolore*, quando la persona afferma, a seguito di intervista, che l'intensità del dolore è diminuita sia come valore che rispetto alla qualità, avvalorato dall'utilizzo della scala di valutazione. Lo standard di valutazione: il dolore acuto e cronico è riconosciuto e trattato efficacemente;

❑ *Adeguate somministrazione degli analgesici prescritti*, quando la persona o la famiglia, afferma la dose corretta del farmaco, somministra correttamente la dose, identifica gli effetti collaterali dei farmaci, descrive le azioni realizzate per prevenire o correggere gli effetti collaterali;

❑ *Uso di strategie non farmacologiche di gestione del dolore come raccomandato*, evidenziato quando la persona riporta pratiche di strategie non farmacologiche e descrive i risultati attesi;

❑ *Minimizza gli effetti del dolore e gli effetti collaterali minimi degli interventi*, quando la persona partecipa alle attività importanti per il recupero, per sé e per la famiglia, riporta sonno adeguato e assenza di affaticamento e stipsi.

Dopo aver definito i risultati d'assistenza l'infermiere definisce ed attua una serie di interventi (NIC):

❑ Utilizzare una scala di accertamento del dolore per identificarne l'intensità e le caratteristiche;

❑ Rassicurare l'assistito sul fatto che conosce il suo dolore e lo aiuterà ad affrontarlo;

❑ Somministrare prontamente farmaci analgesici prescritti o tecniche di gestione alternative;

- ❑ Aiutare la persona e la sua famiglia a focalizzarsi sul respiro, sul rilassamento muscolare, ascoltare musica, utilizzare tecniche alternative come massaggio, applicazione compresse calde o fredde;
- ❑ Pianificare periodi di riposo tra le attività
- ❑ Educare la persona, la famiglia, il caregiver su utilizzo della visualizzazione ed immaginazione;
- ❑ Documentare attività su cartella infermieristica
- ❑ Richiedere nuove prescrizioni se necessario;
- ❑ Identificare e incoraggiare l'assistito ad usare le strategie già utilizzate con successo in precedenti esperienze di dolore;
- ❑ Educare la persona e la famiglia su potenziali effetti collaterali degli analgesici e sulla loro prevenzione e gestione.

Attualmente gli infermieri perfezionano le proprie competenze, anche a contatto con tradizioni e culture diverse tra loro, supportando gli assistiti nel perfezionare attività di autocura, proprio perché la persona vuole e deve essere protagonista nel processo di cura ed assistenza.

La medicina allopatrica o tradizionale occidentale è stata messa in discussione da pazienti che volevano essere trattati, non solo come corpi malati, ma come *persone* affette da patologia. Emerge l'importanza dell'approccio bio – psico - sociale, modello olistico che comprende mente, corpo e spirito di persone che vivono in contesti familiari e di comunità.

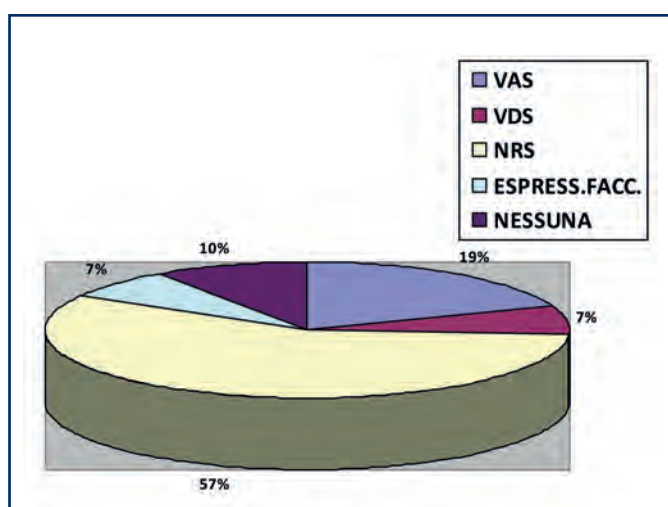
Si evidenzia l'importanza della Medicina Complementare o Alternativa (MCA) costituita da modalità individuali nell'agire, con specifiche linee guida, approcci e fondamenti, che possono essere inclusi ed utilizzati nel processo di assistenza. Snyder, Kreitzer e Loen

(2001) hanno elencato le terapie MCA comunemente usate in infermieristica: *la meditazione, il pensiero e la riflessione personale profonda*, approfondiscono la comprensione del mondo interno ed esterno, aiutano a diminuire l'ansia, a gestire lo stress e a sperimentare una maggiore resistenza ai cambiamenti della vita e alle malattie; la Medicina Tradizionale Cinese, che include l'agopuntura, il massaggio, i trattamenti con le erbe, la nutrizione, la moxibustione; la botanica che inizia ad essere utilizzata, poiché la medicina occidentale ha spostato l'interesse verso la cura di sé e molte persone ricercano modalità per essere, il più a lungo, giovani e sane; il Tocco terapeutico o Reiki, metodo di guarigione usato da moltissimi infermieri e operatori sanitari, che si attua attraverso un processo cosciente diretto allo scambio di energia, durante il quale il professionista usa le mani come focus per facilitare la guarigione; l'immaginazione, la musicoterapia, lo Humor, la preghiera e l'Animaltherapy sono anche altri metodi utilizzati dagli stessi infermieri in alcune realtà.



Ma gli Infermieri italiani conoscono e praticano l'approccio olistico al nursing ed utilizzano gli strumenti per la gestione del dolore e la pratica delle terapie alternative? L'indagine sperimentale utile a conoscere la realtà jonica è stata condotta somministrando questionari a risposta multipla a pazienti ed infermieri del P.O.C. (Presidio Ospedaliero Centrale) della Asl di Taranto, al fine di valutare la loro conoscenza sugli strumenti di gestione del dolore,

sul reale utilizzo di scale di misurazione specifiche, sulla conoscenza degli effetti collaterali dei farmaci analgesici e della medicina complementare alternativa. Il campione, costituito da 120 pazienti, ha messo in evidenza che il 40% soffre di dolore cronico ed il 35% non è in grado di classificare il proprio dolore; il 70% del campione utilizza terapie farmacologiche per alleviare il dolore ed il 60% ne subisce gli effetti collaterali, quali nausea e vomito, spesso correlati all'assunzione degli analgesici. Dei 38 infermieri jonici, intervistati durante l'accertamento infermieristico, il 35% del campione effettua una corretta intervista ed esame obiettivo della persona; il 90% del campione utilizza uno strumento per valutare il dolore, ad esempio la scala numerica seguita dall'utilizzo della VAS. Solo il 10% del campione non utilizza alcuno strumento di valutazione, adducendo la motivazione che l'utilizzo di uno strumento comporta perdita di tempo utile per altre attività.



La maggior parte del campione intervistato (72%) non conosce assolutamente la medicina complementare e/o alternativa ed una piccola percentuale si limita all'utilizzo della crioterapia quale metodo non farmacologico.

La sofferenza ed il dolore, come aspetto legato al morire, è stato argomento-oggetto della seconda parte dello studio, che ha avuto come protagonisti le persone ricoverate presso l'Hospice "Mons. Aurelio Marena" nella Asl di Bari. In un contesto sanitario come quello dell'hospice si considera la sofferenza come quell'aspetto che accompagna l'assistito verso il suo fine

vita: man mano che la morte si avvicina i dolori, la paura e le emozioni aumentano e la risposta più appropriata sono le *cure palliative*.

Gli assistiti percepiscono se stessi come vittime e la sofferenza è senza tregua: patiscono gli effetti del dolore sul corpo, sul sé e sulla vita sociale; spesso subiscono lo sguardo incredulo di chi considera quel dolore irreali, a volte esagerato, manifestato in modo eccessivo nonostante l'approccio terapeutico. Spesso si ha difficoltà a capire cosa chiede la persona malata, ci troviamo di fronte soggetti con patologie complesse, spesso malati affetti da SLA, soggetti psichiatrici, oncologici, con difficoltà anche a comunicare quel dolore e quella sofferenza e, tutti gli aspetti della comunicazione non verbale, spesso non riescono ad aiutare a capire cosa realmente essi tentano di comunicare.

L'approccio multidimensionale verso la persona affetta da dolore, che si sente circondata da un'équipe di medici, infermieri, psicologi e operatori socio-sanitari, risulta efficace: le parole chiave "ascoltare", "osservare attentamente" e "contatto" risultano essere le strategie vincenti, perché il contatto aiuta ad instaurare la relazione d'aiuto: il contatto fisico con il semplice stringere la mano, una carezza o una semplice pressione su una spalla o su di un braccio, il semplice sguardo attento, il sorriso...

La relazione d'aiuto è strumento d'unione tra il paziente, l'infermiere e la famiglia, perché pone le basi alla realizzazione di un'assistenza sanitaria di qualità basata sulla soddisfazione dei problemi di salute anche non propriamente espressi. Per tutti questi motivi è necessario diffondere la cultura dell'importanza delle cure palliative e della presenza degli hospice nei vari territori: quando le prospettive di guarigione sono escluse e la vita del malato si avvicina al termine, l'obiettivo principale della medicina diventa l'accompagnamento della persona e la terapia del dolore diventa uno degli obiettivi primari.

L'indagine effettuata ha messo in evidenza, oltre che la maggior parte dei pazienti non è a conoscenza della tipologia del proprio dolore e non riesce a gestirlo, che il personale infermie-



ristico risulta poco aggiornato sulle modalità di accertamento del dolore e che molto spesso le scale di valutazione non vengono utilizzate, perché ritenute strumenti che fanno perdere tempo alle attività di assistenza. Per colmare il bisogno formativo evidenziato si potrebbe progettare un evento formativo – educativo, ECM, per Infermieri ed operatori sanitari, intitolato “

L'approccio professionale al dolore e le continue evoluzioni in ambito terapeutico” con l'approfondimento di *descrizione dei meccanismi fisiopatologici del dolore; Assistenza infermieristica al paziente con dolore: l'uso appropriato di scale di valutazione; Strumenti per creare una relazione d'aiuto; Somministrazione appropriata della terapia farmacologica; Valutazione di gruppo di casi clinici e Dibattito; Presentazione di alcuni metodi della MCA (Medicina Complementare o Alternativa); Analisi degli aspetti etici; Valutazione di gruppo di casi etici e Dibattito.* E' stato progettato, invece, per colmare i bisogni educativi formativi delle persone affette da dolore e per i caregiver, un opuscolo dal titolo *“Dolore: conoscerlo per poterlo gestire, autonomamente e col caregiver”*.

A chi confidi il tuo dolore?

Spesse volte ci autocuriamo, facendo passare temporaneamente il nostro dolore con i farmaci che abbiamo a portata di mano, analgesici e antinfiammatori, e talvolta ne abusiamo.

*Devi sapere che esistono diverse figure professionali alle quali è giusto rivolgerti per la cura del dolore: **medico o pediatra di famiglia, medici specialisti, infermieri.***

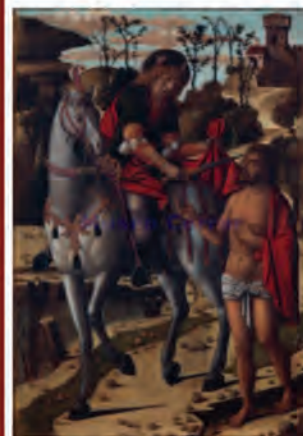
I centri di terapia del dolore, all'interno degli ospedali o delle Asl, sono specializzati nel trattamento.

Qualche utile consiglio ...

1. **Non vergognarti**, spiega il dolore che provi, la sua intensità, frequenza e durata.
2. **Chiedi** al personale che ti assiste, come puoi alleviare le tue sofferenze.
3. **Pretendi** che il tuo dolore sia **misurato** con appositi strumenti o scale.
4. **Medici ed infermieri** sono i tuoi alleati nella lotta al dolore. **Fidati** della loro competenza!
5. **Partecipa attivamente** al trattamento del tuo dolore, imparando a gestire le terapie e scoprendo nuovi metodi per alleviarlo!



DOLORE



conoscerlo per poterlo gestire, autonomamente e col caregiver

Conosci il tuo dolore?

Qualsiasi tipo di dolore, se non trattato, può durare a lungo e a volte anche per sempre, con serie conseguenze sulla qualità della vita, sul lavoro, costi sociali e sanitari.

Si distingue in dolore acuto e dolore cronico.

Dolore acuto: ha una durata limitata nel tempo; ad esempio a causa di un trauma o nel post-operatorio



Dolore cronico: perdura oltre i 3-6 mesi, è malattia e si distingue in oncologico e non oncologico.

Devi raccontare il tuo dolore, perché ovunque ti trovi è tuo diritto avere medici ed infermieri attenti a valutare e alleviare la tua sofferenza.



Le parole GIUSTE per raccontarlo sono:

1. da quanto tempo dura
2. l'intensità come varia nel tempo e con l'attività
3. È ciclico o episodico? Compare in determinate ore? Sempre?
4. Compromette le attività di vita quotidiana o il tuo rapporto con gli altri?

NON SOPPORTABILE!

Da 1 a 10 ... Quanto soffri?

Il dolore può essere misurato attraverso varie scale di misurazione del dolore, qualitative e quantitative.

Esempi di scale più semplici:
Scala di valutazione verbale

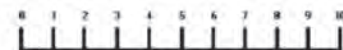
Assente

Lieve

Moderato

Grave

Scala numerica verbale



Nessun dolore

Il peggior dolore possibile

Scala delle espressioni facciali (per i più piccoli)



ESTRATTO TESI DI LAUREA
DOTT.SSA ANGELA MONOPOLI, Infermiere
RELATORE PROF.SSA : MARIA CARMELA BRUNI, Docente a contratto Polo Jonico, Università degli studi di Bari, per le Discipline di Infermieristica clinica ed Infermieristica Specialistica in Medicina, Bioetica e Deontologia Professionale.



Bibliografia

Albe – Fessard D., Giamberardino M. A., *Il dolore – Meccanismi d'insorgenza e di controllo*, Elsevier - Masson, 1997, Milano

Bellucci G., Tiengo M., *La storia del dolore*, Roche, 2005, Salerno

D'Errico G. B., Valori V. M., *Manuale sulle cure palliative*, Edicare, 2011, Bari

Lattarulo P., *Bioetica e deontologia professionale*, McGraw Hill, 2011, Milano

Nanda International, *Diagnosi infermieristiche – definizioni e classificazione 2012-2014*, Casa Editrice Ambrosiana, 2012

Federazione IPASVI, *Codice Deontologico dell'Infermiere*, 2009, Roma

FRAGILITÀ: IL PUNTO DI VISTA DEL PROFESSIONISTA INFERMIERE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Dott. Cosimo Della Pietà, Infermiere Distretto Territoriale Grottaglie



L'etimologia del termine fragilità deriva da "frangere" ossia facilità a rompersi, a spezzarsi, ad essere ridotto in frammenti. Le cause sono eventi che interessano la natura e l'uomo.

Per capire la realtà così vasta che va sotto il termine di "fragilità dell'essere umano", possiamo fare delle classificazioni più teoriche che reali, perché di fatto c'è un continuum che passa dalla normalità alla fragilità e dalla fragilità alla diversità riconoscibile.

Così come c'è un continuum fra le varie età della vita, attraverso le quali noi passiamo, sempre diversi da noi stessi, senza poter individuare esattamente quando stiamo andando ai

margini di una vita sana per entrare nella vecchiaia con le sue inevitabili sofferenze fisiche e morali, così c'è un continuum fra la normalità e i vari stati della fragilità.

Tali stati sono temuti e allontanati dalla nostra consapevolezza di uomini fragili, ma ci aspettano per manifestarsi quando meno ce lo aspettiamo. In ogni stagione della vita l'uomo è umano, cioè fragile ed in tutte le generazioni si è fatta l'esperienza della fragilità.

Le variabili della sfida legata a farsi carico della fragilità riguardano la famiglia, la scuola, il lavoro. La famiglia, ossia il mondo degli affetti, della stabilità emotiva, della sicurezza del futuro.

Nell'ambito della famiglia la presenza di un membro più debole può sollecitare risorse insperate (*una mamma di Treviso: "C'è voluto un bel po', con il tempo però ho capito che non ero io a portare te, ma tu a fare da guida. Tu non cammini e mi hai portato davanti al Signore, tu non parli e mi hai fatto ascoltare la sua parola, tu non vedi ma mi hai mostrato quanto è bella la luce. Probabilmente non serve andare a Lourdes per incontrare la Madonna, ma se io posso un giorno tornare sarà per dire grazie, ora ho capito, il miracolo ce l'avevo già, lo tengo tra le braccia ogni giorno, perché sei proprio tu Christian quel miracolo...).*

Un membro debole può però fare anche crollare situazioni già instabili. La paura si vince con l'accoglienza, nel segno dell'amore, della chiarezza e della concretezza.

La scuola è un ambiente di vita difficile, dove la competizione è molto forte e il bambino fragile rischia di essere emarginato, di entrare in quella sfera dello psichismo che mina la sicurezza e l'autostima. Il mondo del lavoro esclude chi non sta al passo, giudica l'efficienza, trascura l'abilità conquistata con fatica, perché la resa non è quella attesa.

La risposta qualitativamente competente deve accogliere gli autentici valori della cultura del nostro tempo, come la conoscenza scientifica, lo sviluppo tecnologico e i diritti dell'uomo. Non bisogna ignorare e sottovalutare la fragilità della natura umana che è una minaccia per il cammino dell'uomo stesso in ogni contesto storico. L'unica risposta possibile è la sollecitudine concreta per i più deboli, i più poveri, per chi si trova in maggior pericolo e in più grave difficoltà, i più fragili appunto.

1. La fragilità della vita dell'essere umano

L'uomo è costitutivamente fragile. Il paradosso della postmodernità è che, a fronte di notevoli sviluppi della biomedicina orientati al perseguimento del bene dell'uomo ed alla riduzione della sua fragilità, la vita risulta ancora irrimediabilmente fragile e potremmo anche dire: *ancor più fragile*.

Le cause sono riferibili alle sempre nuove e sofisticate metodologie diagnostiche, le inedite terapie farmacologiche frutto di elaborate sintesi di laboratorio, le rivoluzionarie sperimentazioni nei vari campi della medicina, il perfezionamento delle conoscenze nell'ambito delle biotecnologie, per cui l'uomo continua a percepire la debolezza della sua esistenza. La fragilità dell'uomo, in quanto tale, non è vincibile ma possibilmente riducibile. Ciò significa che si deve procedere lungo la strada dello sviluppo delle ricerche al fine del bene integrale dell'uomo.

La medicina è una scienza avente per oggetto i fenomeni patologici che alterano o possono

alterare la funzionalità dell'organismo umano, allo scopo di mantenere o ripristinare, mediante gli opportuni mezzi preventivi o terapeutici, lo stato ottimale delle condizioni di salute. Il fine è quello di arginare o prevenire le fragilità umane. Se lo scopo è di intervenire sulle fragilità umane o di prevenirle, il paradosso è che l'essere umano è diventato ancor più fragile. Il motivo è forse ascrivibile ad un radicale cambiamento epistemologico della medicina, sia perché la tecnica cerca di rifuggire da qualsiasi valutazione etica che non sia intrinseca alla ricerca stessa, sia perché dalla medicina dei bisogni si è transitati nella medicina dei desideri.

Diversi sono gli esempi dai quali risulta evidente come alcune procedure biomediche hanno accentuato la fragilità dell'essere uomo.

Nella diagnosi genetica preimpianto, è insito il sacrificio di embrioni, sani o malati che siano. Viene presentata come una tecnica abbastanza affidabile, senza dire, però, che diversi embrioni subiranno anche un danno e la relativa acquisita maggior fragilità impedirà loro di essere trasferiti o di proseguire normalmente lo sviluppo in utero.

Altro esempio è dato dalle ricerche sull'uso delle cellule staminali, nella medicina rigenerativa. Il ricorso al prelievo delle cellule staminali embrionali comporta la morte dell'embrione. Per curare o tentare di curare determinate patologie, vale a dire specifiche fragilità, si sfruttano altre fragilità.

Fragilità al concepimento. Una libertà prevale sull'altra, o ancor meglio una libertà impedisce ad un'altra libertà, quella dell'embrione, di potersi realizzare. Potremmo anche dire fragilità che si incontrano e si sommano: fragilità di una donna che vive, nella solitudine, la possibilità di una gravidanza come un dramma ragion per cui assolutamente da evitare; fragilità di una nuova vita che ha tutto il diritto di potersi continuare ad esprimere.

Fragilità nel corso della gestazione. Moltiplici indagini, seppur finalizzate alla conoscenza di malattie o alterazioni di varia natura,

assumono innegabili azioni selettive. Non più orientate alla correzione di disfunzioni o di malformazioni, bensì alla soppressione del diverso o, comunque, del non accoglibile perché, appunto, troppo fragile

Fragilità nelle varie età della vita. Parametri come qualità della vita e scarsità delle risorse economico-finanziarie in sanità rappresentano i nuovi totem dell'assistenza e della ricerca socio sanitaria. Certamente la scarsità delle risorse o gli impropri investimenti pongono interrogativi in merito all'allocazione delle stesse. A fronte di tali bisogni, si richiede una migliore organizzazione dei servizi socio sanitari che privilegi una maggiore e più significativa assunzione di responsabilità verso le diverse fragilità, in una relazione di cura secondo socialità e sussidiarietà.

Tutto ciò non significa che la medicina sia oggi, in assoluto, contro l'uomo. Non è questo che si vuole affermare. Piuttosto si richiede che la ricerca, la biomedicina, le biopolitiche, l'assistenza infermieristica e tutti i servizi alla salute riguadagnino l'essenza di sistemi per la tutela della vita dell'uomo.

2. Fragilità in sanità: una proposta operativa

Il tema della fragilità in sanità è rivolto a tutte le persone che presentano bisogni di salute richiedenti prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, sulla base di progetti personalizzati.

Le persone in condizione di fragilità sperimentano più di altri la spesso insostenibile strutturazione "a compartimenti stagni" dei servizi socio sanitari, le opportunità di accesso nei luoghi e nei tempi non sempre omogenee, i percorsi tortuosi tra assistenza sociale e sanitaria, la mancata integrazione tra i sistemi. A tutto questo si aggiunga la sempre presente condizione di fragilità psicologica che accompagna la persona in condizioni di bisogno e frequentemente la sua famiglia.

Le numerose esperienze hanno evidenziato come, per migliorare i servizi rivolti alla persona, sia necessaria la valorizzazione dell'Infer-

miere quale "antenna" capace di far tesoro della propria esperienza operativa per formulare ipotesi di miglioramento organizzativo relative ai percorsi di accoglienza e presa in carico del soggetto fragile nei percorsi della sanità.

Le azioni progettabili, per fronteggiare queste problematiche, devono articolarsi sostanzialmente su:

Sistemi organizzativi rivolti alla continuità dell'assistenza sia relativamente alle dimissioni protette sia relativamente alla presa in carico dei molteplici bisogni delle persone, anche solo temporaneamente disabili, fino alla costruzione di una rete. La rete può riguardare servizi diversi all'interno della zona territoriale, tra la zona territoriale e la realtà riabilitativa ed assistenziale esterna (privato convenzionato) nonché verso associazioni di volontariato locali per collaborazioni specifiche su percorsi individuati;

L'opportunità di individuare azioni, funzioni in grado di progettare e supportare, quindi facilitare, la creazione ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria di "fili di congiunzione operativa";

Un approccio verso nuove fragilità, quali le problematiche presentate dalle persone immigrate.

La difficoltà di comunicazione, quindi di dialogo tra sistemi che utilizzano linguaggi e codici diversi, è legata a mandati istituzionali diversi nonché a matrici culturali e storiche differenti e frequentemente discrepanti.

Ciò risulta particolarmente evidente nel passaggio tra ospedale e territorio, intendendo l'uno come storicamente molto organizzato, specialistico e storicamente auto-esaustivo, l'altro come elemento in perenne strutturazione e non sufficientemente legittimato. Altro elemento destabilizzante è la confusione di ruoli e di mandati relativa ai sistemi ed ai professionisti diversi che a vario titolo intervengono nel processo assistenziale, tale che frequentemente sono gli stessi destinatari degli interventi a dover fungere da "integratori" del sistema laddove non si riesca a costruire una integrazione "a monte".

Tali carenze sono maggiormente evidenziate dalla mancanza di un modello organizzativo

già sperimentato e presieduto da professionisti dell'assistenza, preparati e motivati nella costruzione di una rete tra ospedale, servizi territoriali e il privato accreditato.

La concezione del professionista dell'assistenza, inteso come “*antenna*” capace di captare i bisogni dell'utenza, nonché di formulare ipotesi e di articolare esperienze orientate ad una facilitazione sia come presa in carico sia del procedere del soggetto fragile nei percorsi dei servizi socio sanitari, prevede la disamina di varie opzioni.

All'interno delle singole aree della ASL, si dovrà favorire una sorta di “*libera esposizione delle idee*”, chiedendo, almeno annualmente, ad ogni singolo operatore, su base assolutamente volontaria, di individuare criticità scarsamente considerate, relativamente alla propria area di interesse, e di formulare ipotesi per la soluzione dei problemi, abbozzando ipotesi progettuali che abbiano fundamentalmente la caratteristica di utilizzare al meglio risorse già esistenti per facilitare l'accoglienza, la presa in carico, la valutazione integrata ed i percorsi razionali e coerenti dei soggetti fragili all'interno del sistema sanitario.

A tale scopo potrebbe essere predisposto un formulario unico per l'intera ASL, di semplice comprensione e compilazione, che le direzioni periferiche potrebbero inviare capillarmente ai propri operatori, sollecitandone la restituzione nelle sedi direzionali centrali, oltre che ai responsabili dei relativi servizi, come miglioramento del “*circolo della qualità*” (*metodo di derivazione giapponese già da anni ampiamente utilizzato presso aziende private e pubbliche*).

A partire da una tale concezione di “*efficacia propositiva*” dei professionisti, risulterebbe preziosa la possibilità che ogni area possa fare riferimento ad un “*ufficio progettazione centralizzato*”, che rielabori osservazioni e proposte degli stessi, traducendole in ipotesi operative adeguate alle diverse realtà e praticabili nei diversi contesti.

Una priorità di progettazione, che si potrebbe perseguire attraverso l'utilizzo di finanzia-

menti europei, per l'intero livello regionale, potrebbe riguardare la mediazione culturale e le altre attività che possano agevolare la fruizione dei servizi sanitari da parte delle persone immigrate.

Altro elemento ipotizzabile è la sperimentazione di una funzione di “*case-management*” inserita nel territorio e dialogante con i soggetti fragili ed i sistemi assistenziali (UVM, MMG, Medicina Legale, Presidi Ospedalieri, assistenza domiciliare, etc.), utilizzando personale delle professioni sociali e sanitarie, da formare, coordinati da un infermiere dirigente.

La funzione di case-management potrebbe essere finalizzata a:

- permettere la condivisione di un metodo di lavoro (sia nelle modalità di valutazione, sia nella progettazione, realizzazione e verifica del progetto assistenziale personalizzato) tra figure professionali plurime;
- facilitare il coordinamento dei professionisti ai fini della coerenza del percorso;
- operare il controllo sull'utilizzo delle risorse e sulla loro corretta allocazione (valutazione di efficacia ed efficienza).

La funzione di case-management, da attribuire al personale sociale e sanitario, avrebbe sostanzialmente il ruolo di “*raccoglitore e rielaboratore*” delle informazioni relative al percorso assistenziale, della attivazione immediata di interventi “*tampone*” per superare buchi nella sequenzialità dei percorsi, del monitoraggio della prosecuzione dei percorsi e della “*tesorizzazione delle buone prassi*”, nonché di individuare il “*referente del progetto*” secondo la necessità prevalente del soggetto assistibile.

Il referente del progetto, che potrebbe essere l'Infermiere ADI, in quanto responsabile del caso, costituisce l'elemento di congiunzione indispensabile tra la persona e gli altri operatori, le strutture, come depositario del progetto realizzato da un'équipe multispecialistica e riferimento certo per il MMG.

Una riflessione particolare merita la necessità che i professionisti, che svolgeranno la funzione centralizzata di case-management, prevedano momenti di presenza ospedaliera fissi e programmati e formulino proposte atte a favorire formazioni congiunte, condivisione di linguaggi ed elaborazione di ipotesi operative.

Sarebbe, altresì, auspicabile una riflessione, a livello regionale, per identificare una funzione che, finora, viene assolta in maniera del tutto spontanea o casuale ovvero la funzione di “tutor”, “guida”, “facilitatore”, o, come viene denominato in alcune realtà nazionali, “infermiere di famiglia”. Questa funzione potrebbe essere intesa come riferimento diretto e più accessibile per dipanare intoppi, superare incongruenze, tenere conto delle situazioni anche molto concrete per valutare la fattibilità dei percorsi, cercare di rendere coerenti le risposte del sistema, facilitare l’accesso alle informazioni ed alle soluzioni.

Tale funzione potrebbe essere svolta da professionisti Infermieri con buone capacità professionali che siano disponibili a svolgere un ruolo altamente professionalizzante. Risulta, pertanto, fondamentale analizzare le esperienze, per questa funzione, di affidamento a personale già operante (es. infermieri dell’assistenza domiciliari), nonché valutare la possibilità di utilizzare figure specifiche. La permanenza dello svolgimento “random” di questa funzione, nei servizi rivolti o attraversati da particolari fragilità, può portare a deterioramento e/o cattivo utilizzo di risorse materiali ed immateriali

3. Famiglia e fragilità

La fragilità interessa in vario modo, prima o poi, tutte le famiglie. È una dimensione normale del familiare, quindi, il centro del nostro paradigma di riferimento dovrà essere collocata la famiglia, a servizio della persona fragile.

Le famiglie che curano, nel nostro paese, in effetti ancora ci sono, sono responsabili e chiedono proprio per questo libertà e normalità. Non politiche speciali per bisogni eccezionali, ma politiche normali per domande crescenti e spesso eccedenti le risorse delle famiglie.

Certamente occorre riconoscere e sostenere il lavoro di cura in famiglia, sia per quello svolto dai membri della famiglia, (intervenire a favore dei *care giver*), sia per quello svolto da persone straniere (le badanti), cui occorre garantire condizioni dignitose e maggiore qualità di azione di cura.

Il contatto tra i servizi socio sanitari e le famiglie che curano è spesso complesso, burocratico, troppo differenziato per enti, competenze, tipologie settoriali di bisogni.

Certamente è emersa una domanda urgente e prioritaria di semplificazione e unificazione dei contatti tra famiglie e sistema dei servizi; questo implica un segretariato sociale di base e la richiesta di un interlocutore unico, una deburocratizzazione dei percorsi di accertamento di invalidità, che siano prioritariamente finalizzati al “*progetto individualizzato di cura*”, prima che a meccanismi di certificazione e accertamenti amministrativo-burocratico per impedire abusi e distorsioni.

Occorre prevedere un “*custode*” di questo percorso/progetto individualizzato, come già citato nell’espressione di “*case management*”.

Nelle esperienze positive e nelle criticità viene confermata la centralità dell’integrazione, che assume diversi volti e confini: in primis, integrazione tra sociale e sanitario; integrazione interprofessionale; integrazione tra livelli di responsabilità della pubblica amministrazione (nazionale, regionale, locale) tra soggetti diversi (servizi pubblici, cooperazione sociale, volontariato, associazionismo, auto-mutuo aiuto di associazioni e di famiglie).

La formazione e la ricerca devono essere gli strumenti essenziali per creare la svolta tra professioni sociali e sanitarie che si occupano della fragilità. Inoltre, si dovrà intervenire nei loro curricula formativi di base e con moduli di formazione continua, al fine di prepararli alla presa in carico multidimensionale (non solo specialistica, pur doverosa), al lavoro con le famiglie, al lavoro interprofessionale.

Questa revisione radicale deve essere promossa nei suoi contenuti a livello nazionale, come priorità strategica, dato che migliorare il

fattore umano, nelle azioni per le persone fragili, significa incrementare in modo decisivo la qualità degli interventi. Prevenzione, riabilitazione, presa in carico precoce non sono e non possono essere parole fuori moda. Sembra banale, ma le famiglie e le associazioni non vogliono smettere di ricordare che prevenzione e riabilitazione non sono solo parole per scrivere libri, ma sono azioni che possono migliorare la qualità della vita e delle cure (e forse addirittura far risparmiare!). Se anche sono state dimenticate nelle azioni concrete di molti territori, occorre riportarle al centro della programmazione e dell'azione.

La famiglia che cura può resistere solo in una comunità che cura. Questa indicazione deve essere sottolineata, affermando che la famiglia attende dal contesto sociale cultura solidale, non solidarietà concessa in casi di emergenza.

La sfida della “*sussidiarietà buona*” troverebbe qui una nuova declinazione, e si gioca su due livelli:

1) in primo luogo nel ribadire che quando si dice “*la famiglia al centro*” non si può e non si vuole scaricare i costi e gli impegni di cura e di assistenza, lasciandola sola, ma occorre “*farsi prossimo alla famiglia*”, aiutarla e sostenerla;

2) in secondo luogo che all'ente pubblico spetta la valorizzazione di tutte le autonome capacità di autorganizzazione e di azione sociale della società civile, conservando però un insostituibile e irrinunciabile ruolo di garanzia, di qualità, di equità, di regia complessiva della rete.

Questa “*cultura solidale*” si concretizza anche in una serie di sfide a livello nazionale e locale, che coinvolgono la sfera politico-amministrativa, ma anche l'orizzonte culturale complessivo del nostro Paese.

Più importante, però, come conclusione, è ricordare che la comunità solidale sarà operante quando, di fronte alle varie fragilità trattate, i cittadini delle nostre città e dei nostri paesi sapranno dire no alla paura, no al solo controllo, no alla sola repressione, no alla stigmatizzazione dei diversi e dei deboli, no alla colpevolizzazione della famiglia che ha al proprio interno un

membro “*fragile*”. In questo senso è necessaria una maggiore attenzione a campagne di sensibilizzazione indirizzate a tutta la popolazione, per esempio pubblicità-progresso, il lavoro nelle scuole, le priorità di azione degli enti locali.

Bisogna affermare, invece, una logica generalizzata di “*prossimità alla fragilità*”, in cui ricostruire trame relazionali solidali tra le persone e le famiglie, per combattere i veri nemici delle persone fragili e delle loro famiglie: *l'estraneità, la solitudine e l'isolamento*, che generano rabbia, paura, impotenza e critiche verso il sistema sanitario e sociale. Occorre, invece, costruire, progettare, realizzare, valorizzare e valutare servizi socio sanitari, sistemi locali e ambiti di vita capaci di rigenerare fiducia e speranza.

Questa è la sfida centrale che ci attende come professionisti della salute.

4. Riferimenti bibliografici

- ❑ Agodi M. C. *qualità e quantità: un falso dilemma e tanti equivoci*. Franco Angeli 1996
- ❑ Vario Massimiliano. *L'approccio multidimensionale rivolto all'anziano fragile. Una revisione della letteratura. Professioni infermieristiche* 2008;
- ❑ Vitale Elsa, Bandila Maglie Rosita. *Il ruolo dell'infermiere psichiatrico nel trattamento di anoressia e bulimia nervosa*. Professioni infermieristiche 2007;
- ❑ Wright L, Hickson M, Frost G. *Mangiare insieme è importante: l'utilizzo della sala da pranzo in una geriatria per acuti incrementa l'apporto energetico*. *Giornale italiano di Scienze infermieristiche* 2007;3(6):37-41;
- ❑ Collegio IPASVI di Roma. *L'indicizzazione per la professione infermieristica*. ROMA: Collegio IPASVI di ROMA, 2006.
- ❑ Silver Heidi J, Wellman Nancy S, Galindo-Ciocon Daisy, Johnson Paulette. *I caregiver delle persone anziane con nutrizione enterale a domicilio necessitano di addestramento avendo una preparazione assistenziale scarsa*. *Giornale italiano di Scienze infermieristiche* 2006;

MAXIEMERGENZA E DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS: CHI AIUTA CHI?

Dott.ssa Fabiana Fontana,

*Infermiera Casa di Cura S. Rita (Taranto), laureanda in scienze infermieristiche ed ostetriche;
Master di I livello in management per le funzioni di coordinamento*



L'assetto della società contemporanea comporta una considerevole quota di rischio per incidenti di dimensioni importanti. Questi eventi possono mettere in crisi i sistemi di soccorso che non siano preparati ed attrezzati in modo adeguato ad affrontare tali situazioni speciali. La complessità delle operazioni di soccorso in questi casi impone un approccio sostanzialmente diverso rispetto a quello impiegato nell'emergenza medica di tutti i giorni, in quanto c'è un sostanziale squilibrio tra risorse e necessità.

Secondo l'opinione comune, chi presta soccorso deve essere dotato di una specie di corazza esterna, il cui compito è quello di proteggerlo da ogni situazione, non solo fisicamente ma, anche, psicologicamente.

Molti sono i percorsi formativi che addestrano l'infermiere ad aiutare il paziente in condizioni critiche e la sua famiglia, ma poco o nulla viene fatto per preparare gli operatori ad affrontare i propri disagi emotivi. La vita emotiva degli

operatori è stata presa in considerazione all'inizio degli anni Ottanta, quando in Italia si iniziò a parlare del burn – out, evidenziando così il rischio emotivo delle professioni sanitarie.

Durante un evento catastrofico è fondamentale che ognuno conosca sé stesso, ovvero sappia come e in quanto tempo agire e che cosa fare, in quanto è ragionevolmente sostenibile che, chiunque ha vissuto un evento simile, ne diventa, in qualche maniera, vittima. Da soccorritore si può diventare vittima della catastrofe, non solo perché si diventa potenziale ferito o vittima (come ad esempio i Vigili del Fuoco che sono intervenuti nel disastro delle Torri Gemelle di New York l'11 settembre 2001), ma perché si può essere congiunto, parente o amico delle vittime appartenenti a quella determinata comunità o, ancora, pur non rientrando in queste caratteristiche, si è esposti crudamente agli effetti dell'evento. In quest'ultimo caso, un'esposizione intensa e ripetuta rende il soccorritore vittima di un trauma.

La psicologia dell'emergenza non si rivolge solo alle persone colpite da una catastrofe, da un trauma o un lutto ma, anche, ai soccorritori, cioè alle persone che intervengono per prime e che, assieme ai sopravvissuti, sperimentano sentimenti di impotenza, ansia, angoscia e disperazione.

Linee guida europee: European Policy Paper sul sostegno psicosociale

Nel 2001, con il sostegno della Commissione Europea, il Ministero della Salute Pubblica del Belgio ha pubblicato un documento chiamato "Psycho-social support in situations of mass emergency" (Supporto psicosociale in situazioni di emergenza di massa; Seynaeve, 2001), esteso a tutti i paesi dell'Unione Europea che prevedono una forma di intervento in situazioni di disastro o maxi emergenza in funzione di aspetti teorici, economici e culturali. Il documento si focalizza sulla preparazione, gestione operativa e valutazione degli interventi stessi. In seguito ad un evento disastroso, le persone coinvolte presentano bisogni di ordine pratico, sanitario e psicosociale che variano a distanza di tempo dall'evento e che, se non gestiti in modo appropriato, possono avere un forte impatto psicologico.

I tre bisogni sono strettamente correlati tra di loro e occorre stabilire un ordine prioritario di risoluzione per ottimizzare e differenziare le procedure decisionali. Nella fase acuta, che segue immediatamente l'evento calamitoso, i bisogni di ordine sanitario sono i più rilevanti, ma tendono a diminuire in seguito ai primi interventi che si effettuano (ad esempio le medicazioni); nella fase di transizione (dal mese successivo fino al primo anno dall'evento) i problemi di ordine psicologico connessi al trauma e ai lutti sono i più rilevanti e una parte di queste persone, a distanza di anni, ha mantenuto un disturbo mentale (ad esempio disturbo post traumatico da stress o depressione).

Per gestire i bisogni psicosociali, in seguito ad una emergenza di massa, occorre prendere in considerazione una serie di fattori tra cui assumono rilievo il numero delle persone coinvolte, le dinamiche di gruppo che si possono attivare e, più in generale, l'aumento di com-

plexità dovuto a questi elementi (Seynaeve, 2001). Lo European Policy Paper evidenzia come la vulnerabilità degli individui, influenzata sia dalle proprie esperienze personali che dallo stato della propria rete sociale, può aumentare in seguito alla condivisione di esperienze comuni che hanno un impatto psicologico non sempre positivo, come ad esempio il senso di impotenza e disperazione.

L'assistenza pratica risente del numero delle persone coinvolte; poter raccogliere e diffondere informazioni non sempre è facile, perché occorre evitare che ci siano distorsioni e dicerie sulla situazione; inoltre, è difficile assistere singolarmente le persone, pertanto gli interventi saranno focalizzati all'intera comunità, stabilendo su scala i bisogni prioritarie e le tecniche d'intervento. L'intervento, per ovviare agli aspetti negativi, deve essere di tipo dinamico, ovvero in grado di prevedere quelle che saranno le possibili problematiche future, senza perdere tempo ad aspettare che si verifichino nuovi problemi.

Lo European Policy Paper enfatizza l'importanza di inserire l'intervento psicosociale all'interno della catena dei soccorsi e deve avere un coordinatore che si occupi di gestire e integrare le varie attività. Inoltre, l'intervento non può prendere in considerazione gli specifici problemi, ma deve valutare le priorità. Come detto prima, il team di soccorso psicologico deve essere inserito all'interno della catena dei soccorsi con la quale deve cooperare sotto l'aspetto decisionale tramite meccanismi prestabiliti di cooperazione.

Lo European Policy Paper identifica diverse modalità di intervento in base alla fase in cui ci si trova:

- In fase acuta, si afferma l'importanza di creare un centro che risponde all'acronimo RISC (accoglienza, informazione e supporto), il quale deve essere inserito all'interno della catena dei soccorsi e le cui attività sono l'accoglienza, l'assistenza pratica, la raccolta di informazioni, un primo sostegno di tipo emotivo, sociale e psicologico e lo screening di possibili reazioni post-traumatiche. In questa fase è importante individuare le fasce sociali più vulnerabili come bambini, anziani, disabili e chi ha subito importanti perdite in ordine affettivo, in quanto queste categorie pos-

sono sviluppare più facilmente sequele psicologiche di notevole importanza.

- Nella fase di transizione, viene praticata un'attività di follow-up la quale deve garantire che i servizi sanitari e sociali si prendano in carico i bisogni psicosociali della popolazione. L'obiettivo, pertanto, è quello di ritornare alla routine quotidiana pre-evento.

• Nella fase a lungo termine, dove i bisogni primari della popolazione (bisogni di ordine medico, assicurativo, di informazioni e di contatto) tendono a diminuire progressivamente, si pone attenzione a quelle difficoltà di ordine pratico, sociale ed emotivo che una piccola parte della popolazione potrebbe ancora sperimentare. Quindi, l'attività di follow-up si modifica e deve garantire un percorso psicologico continuativo al singolo soggetto o, eventualmente, l'invio ad un professionista della salute mentale.

Disturbo post-traumatico da stress

“Colorado Springs, primo dicembre 2007. All'alba Louis Edward Bressler (25 anni) Kenneth Eastridge, Bruce Bastien e Kevin R. Shields stanno rientrando da una serata passata a bere per festeggiare il 24esimo compleanno (e l'arrivo del secondo figlio) di Shields. Ad un certo punto Bressler vomita in auto e viene schernito da Shields. Litigano. Bressler allora ordina a Bastien, che è alla guida, di accostare: scende, si appoggia ad un palo fingendo di star male, poi si volta e spara a Shields. Si avvicina al corpo e scarica altri quattro colpi di calibro 38. Tutti e quattro i soldati sono reduci dall'Iraq dove hanno combattuto con la 4° Divisione Fanteria della 4° Brigata, i cui membri sono stati soprannominati Lethal Warriors (guerrieri Letali)”.

Tratto da “Io Donna” 8 maggio 2010, pag.61.

L'episodio narrato rappresenta la più estrema conseguenza di quello che viene chiamato Disturbo Post-Traumatico da Stress (Identificato dalla sigla DPST). Questo disturbo viene spesso riscontrato nei soldati reduci da missioni di guerra ma, anche, nella popolazione civile esposta ed eventi particolarmente traumatici

come ad esempio un terremoto altamente distruttivo o, su un piano più individuale, una violenza carnale.

Sintomi

Il DPTS è caratterizzato dalla compresenza di più sintomi:

* Sintomi intrusivi (sogni o ricordi spiacevoli ricorrenti relativi all'evento traumatico; disagio intenso)

* Di evitamento (evitare pensieri, luoghi o persone che possano rievocare l'evento; riduzione dell'interesse e della partecipazione attiva; affettività ridotta; sentimento di distacco ed estraneità);

* Di iperattivazione (difficoltà ad addormentarsi o mantenere il sonno; collera, irritabilità; ipervigilanza; risposta esagerata in condizioni di allarme). Accanto a questi sintomi, ci possono essere manifestazioni fisiche, emotive e comportamentali che comprendono: aumento della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna; nausea, diarrea, vomito; abuso di alcool, fumo e droghe; identificazione con la vittima; depressione, ansia, paura. Pensieri





suicidari, confusione, senso di inadeguatezza e di vulnerabilità.

Aiutare i soccorritori: Critical Incident Stress Management

Il CISM, o Critical Incident Stress Management, è un noto protocollo clinico di prevenzione e trattamento delle reazioni psicologiche potenzialmente traumatiche, a fronte di eventi critici (disastri, violenze, decessi inattesi, calamità).

Sviluppato nel corso degli anni '80 in contesto anglosassone, a partire dal lavoro di Mitchell sul Debriefing, rappresenta uno dei paradigmi di intervento più noti e diffusi a livello

internazionale della psicologia dell'emergenza e della psicotraumatologia.

Lo scopo del CISM è di fornire un'adeguata preparazione a scopo preventivo rispetto ai vissuti emotivi che vengono attivati dalle situazioni di emergenza; tale preparazione "anticipatoria" diviene poi utile nelle fasi di supporto diretto sulla scena (nelle prime ore dopo l'evento), a loro volta associate a forme di presa in carico clinica nel medio-lungo termine. Ogni fase di elaborazione dell'evento critico, potenzialmente traumatogeno, riceve quindi un'attenzione clinica articolata, con specifiche tecniche di supporto.

La sua struttura prevede - teoricamente - fasi ed interventi pre-critici (preventivi e formativi, rivolti a personale potenzialmente esposto ad eventi critici); peri-critici (nell'immediato post-evento), e post-critici (nel medio-lungo termine dopo l'evento).

Le fasi del CISM sono le seguenti:

A - Fase pre-critica: interventi Preventivi (formazione sulle reazioni traumatiche, Stress Inoculation Training, Psychoeducation).

B - Fase peri-critica: scene support/ psychological first aid (Primo soccorso psicologico, supporto immediato e diretto sulla scena dell'evento); defusing / demobilization; debriefing

C - Fase post-critica: debriefing (multipli), consulenza di sostegno individuale e familiare, follow-

up, eventuale presa in carico psicotraumatologica di gruppo o individuale.

Critical Incident Stress Debriefing

Il CISD è un intervento psicologico-clinico strutturato e di gruppo, condotto da uno psicologo esperto in situazioni di emergenza, che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di eliminare o alleviare le conseguenze emotive spesso generate da questo tipo di esperienza.

Attraverso lo scambio strutturato e significativo dell'esperienza gruppale, è possibile ridurre le possibili conseguenze negative di un evento traumatico a livello psichico. Nel corso del lavoro di gruppo, si affrontano progressiva-



mente fatti, pensieri, emozioni e sintomi, al fine di proporre una prima rielaborazione e ristabilire una migliore comprensione dell'avvenimento.

Defusing

Il defusing è un breve colloquio di gruppo, solitamente, ma non sempre, condotto da uno psicologo. Il colloquio si tiene dopo l'evento critico condotto da membri di servizio di salvataggio, di soccorso o di cure. Si tratta di una versione ridotta del debriefing.

Conclusione

L'infermiere che instaura efficaci relazioni d'aiuto, che riconosce il suo ruolo all'interno dell'équipe e rispetta i colleghi, che è a conoscenza delle strategie di gestione dello stress e dei conflitti e che è in grado di relazionarsi tra le diverse componenti della rete d'emergenza, possiede tutte quelle facoltà intellettuali che gli permettono di riconoscere situazioni di disagio psichico non solo nel paziente, ma anche nel collega.

Nei confronti dei disagi psicologici delle persone soccorse, l'infermiere instaurerà una relazione d'aiuto basata sull'accoglienza delle emozioni e stati d'animo negativi, indirizzandolo verso il professionista della salute mentale, anticipandogli ciò che l'infermiere stesso ha potuto apprendere dal colloquio con l'aiutato. Questa caratteristica si riversa anche nei confronti dei propri colleghi di lavoro, sia all'interno della squadra di appartenenza che all'esterno di essa.

L'infermiere che vede un proprio collega "turbato" da un evento critico, può sostenerlo, accogliendo anche in questo caso le sue emozioni e i suoi stati d'animo, capire i bisogni. Come nel caso del paziente, anche il collega in difficoltà, sotto consiglio dell'infermiere, può essere indirizzato a uno psicologo che lo aiuti ad alleviare la sua sofferenza. L'infermiere, che comprende e che ascolta le persone che chiedono aiuto, possiede delle abilità e delle capacità che lo distinguono in una strada professionale difficile ed impegnativa. Questa attività di "mediazione" dà l'opportunità di entrare realmente in relazione con chi soffre ed accompagnarlo nel suo percorso, è un'occasione per conoscere sé stessi più in profondità e sviluppare al meglio il proprio potenziale.

L'infermiere, per sviluppare una relazione d'aiuto che agevoli la soluzione del problema, deve saper applicare strategie operative diverse a seconda della situazione; deve saper integrare le dimensioni dell'espressione umana nella sua interezza: sensoriale, affettiva, intellettuale, sociale e spirituale.



Resilienza: capacità di ripararsi dopo un danno subito.

Bibliografia/ sitografia:

- [http://www.vigilfuoco.it/asp/isaViewDoc.aspx?id=22&t=1;](http://www.vigilfuoco.it/asp/isaViewDoc.aspx?id=22&t=1)
- http://www.pnlpsicologi.it/dpts_disturbo_post_traumatico_da_stress.htm
- <http://118italia.it/>
- http://www.counselling-care.it/pdf/pdf_couns/Counseling24.pdf
- MONTI M., SARCHIELLI G., 2000, Chi iuta chi aiuta?, Emergency Oggi, Key Comunication, Roma, pp. 4 – 8.
- PIETRANTONI L., PRATI G., 2009, Psicologia dell'emergenza, Il Mulino, Bologna, pp. 230 – 234.
- PETERSON D. M., PERRY R. W., 1999, The impacts of disaster exercises on partecipants, in "Disaster Prevention and Management", pp. 241 – 255.
- PIETRANTONI L., PRATI G., PALESTINI L. 2008, Il Primo Soccorso Psicologico nelle maxi-emergenze e nei disastri. Un manuale operativo. Il Mulino, Bologna, pp. 21 – 34
- TEDESCHI R. G., CALHOUN L.G., 1996, The posttraumatic Growth and deritualization: A re-interpretation of findings from early disaster research, in "Social Science Journal", 44, pp. 161 – 166.
- TOUNG B.H., FORD J.D., RUZEK J.I., FIRIEDMAN M.J., GUSMAN F. D. 2002, L'assistenza psicologica nelle emergenze. Manuale per operatori e organizzazioni nei disastri e nelle calamità. Erickson, Trento.

L'INFERMIERE E LA TERAPIA DEL SORRISO IL CONFRONTO TRA DIFFERENTI REALTA'

Corso di Laurea in Infermieristica - Anno Accademico: 2015-2016

Dott.ssa Graziana Muscato, Infermiere

Dott.ssa Maria Carmela Bruni, Relatore, *Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche /D.A.I.*



ABSTRACT

La scelta di questo tema come argomento del mio elaborato finale nasce dal desiderio di approfondire la conoscenza di un nuovo approccio al malato attraverso il sorriso e la risata, più specificatamente attraverso la clown terapia e gli ambiti nei quali essa può operare come valido strumento in campo sociale, educativo ed, in particolar modo, sanitario nella gestione non farmacologica del dolore, per il paziente pediatrico e non, attuando una ri-contestualizzazione dei luoghi di cura ed una polifunzionalità dei professionisti che vi lavorano.

Comunemente, infatti, vengono valutati gli effetti negativi che alcuni fattori esterni hanno

sull'organismo (per esempio lo stress), tralasciando spesso quelli positivi (eustress) che, in ugual modo al contrario, contribuiscono al raggiungimento o mantenimento dello stato di salute e della migliore qualità di vita possibile della persona, condizioni che la professione infermieristica persegue nel rispetto del Codice Deontologico dell'Infermiere e del Patto Infermiere-Cittadino.

Nasciamo tutti con la capacità innata di ridere, che si manifesta molto prima dell'acquisizione del linguaggio e della capacità di parlare. Ridere è un esercizio muscolare e respiratorio, che permette un fenomeno di liberazione delle vie respiratorie superiori: può in effetti far cessare una crisi di asma, provocando un rilassamento muscolare delle fibre lisce dei bronchi, per azione del sistema parasimpatico. Per coloro che soffrono di enfisema, ridere, provocando l'aspirazione dell'aria, migliora l'insufficienza respiratoria e l'aumento degli scambi polmonari tende ad abbassare il tasso di grasso nel sangue, promuovendo un effetto benefico sul colesterolo.

Da quando si inizia a ridere, il cuore e la respirazione accelerano i ritmi, la tensione arteriosa cala: ha quindi un ruolo di prevenzione dell'arteriosclerosi. La risata, inoltre, possiede una funzione depurativa dell'organismo per espulsione dell'anidride carbonica e permette un miglioramento delle funzioni intestinali ed epatiche. Combatte la stitichezza perché provoca una tale ginnastica addominale che rimasta in profondità l'apparato digestivo. Sullo stato generale di salute, ridere supera la debolezza fisica e mentale, la sua azione causa una riduzione degli effetti nocivi dello stress ed ha proprietà antidepressive. Anche l'insonnia passa perché ridere diminuisce le tensioni interne.



La clown terapia, dunque, sfrutta i benefici psicologici e fisici della risata, validati da - principi scientifici sui quali si fonda: la Gelotologia (dal greco *ghelos*=riso e *logos*=scienza), disciplina che studia in maniera sistematica l'atti-

vità del ridere, del buonumore e del pensiero positivo come rimedio a numerosi disturbi e malattie psicofisiche, in funzione di prevenzione, riabilitazione e formazione;

- la Psiconeuroendocrinoimmunologia (P.N.E.I.) che basa le proprie teorie e i propri metodi sulla convinzione che i vari sistemi (psichico, neurologico, endocrino e immunitario) interagiscano tra loro per il raggiungimento di un'omeostasi interna dell'organismo. Secondo questo presupposto se mente e corpo sono in grado di interagire, l'umore, inteso come disposizione mentale, più o meno positiva all'interpretazione degli stimoli, può regolare o quantomeno influenzare, il sistema nervoso centrale, quello ormonale e quello immunitario.

Evidenze scientifiche riportano tra i dati una diminuzione della degenza ospedaliera del 50% ed una riduzione dell'uso di anestetici del 20% nei pazienti regolarmente "trattati" con la comico terapia. Gli effetti positivi sono riscontrabili anche sul personale medico e paramedico e su tutti gli altri protagonisti della cura medica: la famiglia e gli amici del paziente. Questo rende l'ambiente ospedaliero meno scoraggiante e crea empatia, attivando una maggiore umanizzazione dell'ospedalizzazione.

"Per umanizzazione s'intende quel processo in cui si deve porre il malato al centro della cura; questo concetto segna il passaggio da una concezione del malato come mero portatore di una patologia ad una come persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute. Si può sottolineare quindi che il processo

di umanizzazione consiste sostanzialmente nel ricondurre al centro l'uomo con la sua esperienza di malattia e i suoi vissuti": così una definizione di umanizzazione in letteratura medica. In occasione della 80° edizione dalla Fiera del Levante, che quest'anno ha avuto come tema "Salute in Fiera", il 13 Settembre 2016, all'interno del padiglione della Regione Puglia sono stati presentati i risultati di un'indagine effettuata nel 2014 dall'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari (Agenas), che ha misurato il grado di umanizzazione di 25 strutture ospedaliere pugliesi. I risultati ottenuti vedono la Puglia un punto percentuale sotto la media nazionale.

La mia personale indagine conoscitiva è stata condotta nelle Unità Operative del Presidio Ospedaliero "Valle d'Itria" di Martina Franca, dove ho operato sia da volontaria (la ricerca è sostenuta dalla mia esperienza come clown-dottore da otto anni in un'associazione di volontariato, l'Università Popolare "Le Grazie", presente con la propria attività nelle strutture sanitarie della ASL Taranto già dal 1996, grazie ad un Protocollo d'Intesa stilato con la stessa), che da studentessa tirocinante infermiera, al fine di esaminare la situazione esistente rispetto al fenomeno e modificare le modalità di erogazione dell'assistenza attraverso l'elaborazione di programmi di miglioramento. Lo strumento d'indagine utilizzato è un questionario rivolto al personale sanitario, la cui somministrazione e raccolta è avvenuta durante l'anno 2014/2015.

Il campione degli operatori, che ha risposto al questionario, ha età compresa prevalentemente tra i 30 ed i 50 anni. Essi sono 88, di cui 71 donne e 17 uomini.

Di questi, 18 tra infermieri pediatrici ed ostetriche, 10 medici e 60 infermieri di altri reparti. Da sottolineare è il fatto che gli operatori hanno sì affermato in grande percentuale di conoscere la clown terapia ed i principi alla base di essa (perché applicata nel reparto in cui lavorano o solo a livello teorico) e di ritenerla utile come strategia terapeutica e non semplicemente momento ludico (ben 82 operatori su 88), ma quasi contraddicendosi, la maggior parte dichiara di non essere a conoscenza della teoria della PNEI, che è proprio la scienza sulla quale

si fonda la clown terapia. Ciò evidenzia ancor più la necessità dell'acquisizione di una formazione idonea che arricchisca la conoscenza a riguardo. Allo stesso modo, importante, risulta essere per il totale degli intervistati, nell'interesse dell'ospedale e dei malati, sia la propria disponibilità alla formazione alla clown terapia, sia l'aggiornamento periodico dei volontari clown-dottori, al fine di apprendere meglio le prassi ospedaliere, poter collaborare in equipe e farsi indirizzare nelle attività del loro servizio.

In conclusione, in accordo con quanto affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che inquadra il concetto di *salute* in una cornice più complessa, ossia quella *olistica*, definendola come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", nell'elaborato propongo di uscire fuori da un'idea di salute come semplice assenza di malattia o infermità, sostenuta da evidenze scientifiche,

secondo le quali variabili psicologiche e sociali, svolgono un ruolo chiave nella prevenzione, nello sviluppo della malattia e nell'esito delle terapie attuate.

Per cui non si parla solo di *cura della malattia*, ma l'approccio si amplia e si integra con il *prendersi cura della persona malata*. Tale modello riconosce nella terapia del sorriso, o clown terapia, uno strumento prezioso che, qualora affiancato alle cure tradizionali, può assumere a pieno il ruolo di co-terapia. I miei suggerimenti a riguardo sono così riassumibili:

- **promuovere corsi di formazione ECM rivolti al personale infermieristico** che permettano loro di conoscere l'importanza, le finalità e gli obiettivi della terapia del sorriso e che permettano inoltre, di imparare ad utilizzare l'umorismo e a mettersi in gioco, lasciando spazio alle emozioni positive ed essendo direttamente loro ad operare o acquisire la capacità di



coordinare e supervisionare in maniera idonea l'attività del clown in corsia.

- **introdurre la terapia del sorriso nel piano di studi del Corso di Laurea in Infermieristica** al fine di approfondire le arti della clown terapia per promuovere la terapia del sorriso nelle corsie ospedaliere e nelle unità socio sanitarie e socio educative territoriali attraverso il metodo e l'esempio di buone prassi nella professione.

- **regolamentare la figura del clown sanitario** e sociale. In Italia, infatti, non vi è una specifica regolamentazione legale della clown terapia e la formazione dei clown dottori è delegata in generale alle associazioni che si occupano di clown terapia. La legge della Regione Veneto resta comunque il primo tentativo d'istituzionalizzare alcune attività di animazione nei reparti ospedalieri. Attualmente in Puglia è in fase di elaborazione, da parte di un coordinamento di associazioni non riunite in federazioni, tra cui l'UPC "Le Grazie", denominato "Rete Clown Puglia", la stesura di un documento unitario di proposta di legge sulla clown terapia negli ospedali della Regione, con lo scopo di realizzare una legge che regolarizzi anche il nostro territorio regionale.

- **favorire la cooperazione tra clown-dottori e clown-infermieri** al fine di dar luogo alla continuità terapeutica. In questo modo la fiducia e la collaborazione diventerebbero reciproche tra le varie figure professionali, ottenendo, di conseguenza, risultati molto più efficienti, efficaci e gratificanti. Ciò è direttamente riscontrabile sia sullo stato di benessere dei pazienti sia per le strutture ospedaliere che avrebbero così utenza più soddisfatta, personale più professionale e preparato dal punto di vista relazionale e funzionale, ridotto rischio di burn-out dell'equipe sanitaria, ma anche riscontro economico positivo, dovuto a guarigioni più accelerate, periodi di degenza meno prolungati e diminuzione dei costi dei giorni di ricovero e delle prestazioni erogate.

La professione infermieristica è un'unione tra scienza ed arte, si può definire come quella potenzialità che rende l'infermiere capace di modellare le proprie conoscenze scientifiche e plasmarle in base alla persona alla quale si

trova di fronte, per attuare interventi e definire degli obiettivi personalizzati, che consentiranno al degente di vivere in modo sereno il suo problema. Hildegard Peplau (teorica dell'infermieristica, nota per aver postulato la teoria del "nursing psicodinamico") affermava che le competenze interpersonali degli infermieri sono determinanti per arrivare al raggiungimento di un piano di assistenza adeguato. Da sempre i reparti ospedalieri sono fonte di dolore e sofferenza, ma gli operatori sanitari, ad oggi, possono avere gli strumenti idonei per far sì che diminuiscano e devono essere consapevoli che esistono risorse tecniche per combatterla, arrivando ad esiti positivi, laddove la medicina tradizionale si ferma.

"Perché ridere non è solo contagioso ma è anche la miglior medicina!"

Bibliografia

M. Farnè (1995), *Guarire dal ridere, la psico-biologia della battuta di spirito*, Bollati-Boringhieri, Torino
 E. L. Rossi (2004), *La psicobiologia della guarigione psicofisica*, Astrolabio, Roma
 M. Capurso (2001), *Gioco e studio in ospedale. Creare e gestire un servizio ludico-educativo in un reparto pediatrico*, Centro Studi Erickson, Milano
 P. Adams (1999), *Visite a domicilio*, Urra, Milano
 S. Fioravanti, L. Spina (1999), *La terapia del ridere. Guarire con il buon umore*, Red Edizioni, Como
 S. Freud (1975), *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, in *Opere*, Boringhieri, Torino
 B. Bokun (1997), *Ridere per vivere*, Mondadori, Milano
 Spiegel - Classen (2003), *Terapia di gruppo per pazienti oncologici -Manuale di intervento psicosociale basato sulle evidenze*, McGraw-Hill
 L. Hodgkinson (2002), *La terapia del sorriso*, Armenia, Milano

Sitografia

https://it.wikipedia.org/wiki/Fisiologia_del_dolore
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf
<http://www.benessere.com/salute/arg00/risoterapia.htm>
<http://www.riderepervivere.org/it/clownterapia/gelotologia>
http://www.mastercoordinamentopedagogico.unifi.it/pagine/Animazione_ospedale.pdf
<http://www.abio.org/cosa-facciamo/diritti.html>
<http://www.agenas.it/la-persona-prima-di-tutto-agenas-misura-l-umanizzazione-della-sanita>
<http://www.yogadellarisata.it/lo-yoga-della-risata>

“IO EQUIVALGO”



Emma Bellucci, giornalista

“CURARSI CON I FARMACI EQUIVALENTI: UNA SCELTA CONSAPEVOLE DI QUALITÀ, SICUREZZA, EFFICACIA A MINOR COSTO”

È quel che si legge nell’opuscolo sui farmaci equivalenti, oggetto di una campagna promossa da Tribunale Per I Diritti Del Malato, Cittadinanza Attiva in collaborazione con Ipa-svi, Federazione Ordini Farmacisti Italiani, Federfarma, Auser, Associazione Nazionale Pensionati Cia, Cgil Spi, Sifact, Charitas Sapientia, Società Italiana Di Gerontologia E Geriatria, Simg, con il patrocinio di Aifa.

OBIETTIVO: informare i cittadini sulle caratteristiche dei farmaci equivalenti, farmaci immessi in commercio, inseriti nella cosiddetta “lista di trasparenza AIFA”, aggiornata a cadenza mensile. Prima di entrare nello specifico, qualche riferimento normativo, qualche dato, qualche commento

1) COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, ART 32

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

2) “CHARTE 4487/00- CONVENT 50”- UNIONE EUROPEA, ART 35

“Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali...e’ garantito un livello elevato di protezione della salute umana”.

3) DATI CENSIS

Nel 2016 11 milioni di italiani hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche

- 4) *La Puglia fa registrare il 13,9% (peggio fa solo la Campania) di cittadini che rinunciano a curarsi per super-ticket o liste d’attesa*
- 5) *Ed, ancora, la spesa farmaceutica vale circa 29 miliardi di euro, per il 76% coperta dal SSN.*
- 6) *“I farmaci non sono tutti uguali o equivalenti e questo perché ogni paziente ha le sue specificità”, è il commento del presidente di Farmindustria, Massimo Scaccabarozzi, alle modifiche della manovra sulle gare per i farmaci biosimilari.*

Allora, torniamo ai farmaci equivalenti e vediamo di capire, parlandone con il dott. **SETTEMBRINI, Pres. Ordine dei Farmacisti Taranto e della Consulta degli Ordini di Puglia**

“Partiamo dal DL 219/06, che, in attuazione della direttiva comunitaria, definisce il farmaco equivalente come “ un medicinale che ha la stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento, nonché una bioequivalenza con il medicinale di riferimento (ovvero del farmaco brand) dimostrata da studi appropriati di biodisponibilità”.

OVVERO, I FARMACI EQUIVALENTI, RI-

SPETTO AI FARMACI BRAND, HANNO:

- stessa quantità di principio attivo,
- stessa efficacia clinica,
- stesse indicazioni e controindicazioni,
- stessa via di somministrazione,
- stesso numero di unità posologiche,
- stessa classe di rimborsabilità,
- sono talvolta prodotti dalle stesse aziende
- sono sottoposti alla stessa vigilanza,
- nome diverso,
- eccipienti diversi, riportati nel foglietto illustrativo, allo scopo di evitare eventi avversi,
- prezzo inferiore almeno del 20% rispetto al farmaco brand,
- confezione diversa,
- colore, forma, sapore diversi.

Non è casuale che il trend di utilizzo sia in costante aumento, passando dal 20% del 2013 al 30% della spesa farmaceutica per il 2015, ancora inferiore rispetto alla percentuale dei paesi UE, con una difformità di impiego tra nord (più alto) e sud (più basso), per un discorso di carattere culturale”.

A CHI RIMANDARE LA RESPONSABILITÀ DI QUESTO SOTTO-UTILIZZO?

“Partiamo dalla normativa. Attualmente, nella catena di distribuzione, il farmacista ha un ruolo “passivo”, nel senso che, laddove il medico emette una ricetta, il farmacista ha l’obbligo di rappresentare al cittadino l’esistenza del farmaco equivalente, lasciandogli la facoltà di scelta, ovvero il generico a costo zero, il brand con una differenza a suo carico. Non va dimenticato che la dicitura “non sostituibile” obbliga il farmacista a fornire il farmaco prescritto senza nessuna possibile opzione. Ad esempio, nell’impiego degli equivalenti, si registrano casi di pazienti con una minore risposta terapeutica idiosincratICA o casi di maggiori eventi avversi che valgono l’opzione per il farmaco di marca. Insomma, una partita con molti giocatori. Da sottolineare che non sempre l’AIFA fa chiarezza, così nel 2015 ha emanato una nota che

“raccomandava” a specialisti e medici di base la maggiore valenza terapeutica, in campo neurologico, del farmaco brand, instaurando sfiducia nel campo medico e scientifico.”

PER I FARMACI EQUIVALENTI È RICHIESTA L'EQUIVALENZA TERAPEUTICA?

“No, non è richiesta, richiedi solo l’equivalenza biologica (tempo in cui il farmaco rimane in circolo) ed affinità ricettoriali con i farmaci di marca ed anche questo è motivo di timore per medici e pazienti, nonostante le evidenze siano rassicuranti. Per il Ministero, ripeto, è importante nel generico la stessa biosimilarità rispetto al brand (emivita plasmatica)”

PARAMETRI IN USO NEL MINISTERO?

“Molte le decisioni assunte nell’ottica del risparmio, per cui i cittadini sono disorientati, ma disorientata, ripeto, è anche la comunità scientifica, ancora molto divisa sull’efficacia terapeutica- Se si aggiungono le raccomandazioni AIFA...”

ATTEGGIAMENTO DEI CITTADINI NEI CON-



Da sinistra, Dott. Settembrini Francesco e la Presidente del Collegio IPASVI di Taranto Benedetta Mattiacci.

FRONTI DEL FARMACO EQUIVALENTE?

“Cittadini orientati ad usare il farmaco brand perché, nonostante le rassicurazioni di Ministero e farmacista, ha la percezione che il costo inferiore sia consequenziale ad una minore sicurezza e ad una minore efficacia. Ovvero, una sfiducia esito di un fatto culturale cioè del “Piu spendi meglio spendi”, associato alle raccomandazioni della classe medica di privilegiare il farmaco brand. Quindi, un clima di incertezza.”
Opportuno chiedersi: aldilà di studi, report, survey, è eticamente corretto lasciare al cittadino “non competente” la scelta finale? Sconcerto per i pazienti, dunque.

LA PRESENZA IN FARMACIA DELL'INFERMIERE POTREBBE AVERE UN QUALCHE RUOLO?

“No, ha un aspetto meramente terapeutico. Quello della presenza dell'infermiere in farmacia, è un tema che sta molto a cuore alla Presidente del Collegio IPASVI di Taranto, Benedetta Mattiacci e all'Ordine dei Farmacisti, vero è che in un futuro, speriamo prossimo, abbiamo richiesto, anche come FOFI, la vicinanza pro-

fessionale dell'infermiere libero-professionista, iscritto alla cassa ENPAPI, in vista dell' utilizzo di farmaci biologici, che necessitano di una somministrazione particolare, anche in regime non ospedaliero.

Il farmacista, nell'ambito del servizio sul territorio, può soddisfare necessità in luoghi anche remoti come la somministrazione di farmaci innovativi, ma ha bisogno del professionista specializzato nella somministrazione, ovvero dell'infermiere. Come Ordine dei Farmacisti della provincia di Taranto, su richiesta della Presidente IPASVI Benedetta Mattiacci, abbiamo dato la disponibilità a fornire ai cittadini un elenco di infermieri libero-professionisti”

SI È PARLATO, TEMPO ADDIETRO, DEL FARMACISTA DI REPARTO OSPEDALIERO. SVILUPPI?

“Sempre come FOFI, abbiamo chiesto che venga normata la presenza del farmacista di reparto ed è già partita la sperimentazione-campione, riscontrando la razionalizzazione della terapia farmacologica assegnata al degente con benefici in termini di salute e ottimizzazione delle risorse”.

NUOVO FARMACO, IL CUI COSTO FA DISCUTERE, CONTRO L'EPATITE C?

“Come Federazione siamo per l'erogazione del farmaco anti-epatite C, sia per una migliore qualità di vita del paziente, sia per contenere i costi legati all'evoluzione della patologia, costi che sappiamo essere importanti”

IN SINTESI?

“In sintesi:

- 1) il “duello” tra farmaci generici e farmaci brand agita le nostre coscienze professionali, quotidianamente, nell'espletamento della nostra attività, creandoci non poche difficoltà quando il cittadino, disorientato dalle informazioni discordanti che circolano, chiede garanzie sull'efficacia terapeutica al farmacista”.
- 2) La comunità scientifica è “spaccata”
Quindi la diatriba non è risolta, la scelta è rimandata al cittadino spesso non preparato ad una scelta così importante per la salute.





Diario di una dottoressa con la padella

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

Caro Diario,

ho sempre detto che, quel giorno che avessi avuto bisogno di tingere i capelli, sarei stata una rossa volpina, ma pure in questo son stata piagata da madre natura: sono ancora nero pecora! E poi dici che non hanno ragione...

In compenso, il destino m'ha voluta statale, pertanto di volpina ho solo l'etichetta di "furbetta", adesso che ho a che fare con centinaia di utenti al giorno, con il loro sollevare gli occhi al cielo ed ammiccarsi a vicenda anche quando gli spieghi, con l'estintore in mano, che ha preso fuoco l'ecografo. C'è sempre quello che risponde

-Figuriamoci...ma guarda tu che combinazione...-

Quando ero più giovane e fiduciosa nella "nostra missione", m'infuocavo a difendere gli immani sforzi di chi deve dar forma di assistenza ai contributi dei cittadini, adesso, invece, abbasso la testa e comprendo che sempre "qualcuno ha la colpa di qualcosa" e l'organizzazione così minuziosamente curata nel distribuire i soggetti affinché la loro missione non faccia una piega!"

Spero di aver scritto un pensiero non così ingarbugliato da poterlo capire solo io!

Oggi una delle tante ministre urlava : "Nessuna pietà nemmeno per gli statali virtuosi, perché non denunciano, perchè non segnalano"

Mi chiedo: chi ha messi in quei posti 'sti furbetti ?

Un concorso, certo. Che cosa andavi pensando? E' solo che certi posti vengono assegnati con minuziosa attenzione ai titoli e competenze, nooo? Ma com'è che poi tra questa gente c'è quella parte che si rivela mafiosa, ladra,

approfittatrice della peggior feccia, del tipo che scendono a compromessi per ottenere uno stipendio ed andare in palestra nello stesso orario ed altre cosine simili?

Chi sono io, magari la pecora nera che è stata assunta con un ricorso piuttosto che con un concorso, proprio perchè non avevo l'altissima e illustrissima preparazione di un collega che è stato assunto con inchino accademico? Chi sono io per dire a te, Stato, che ti sei sbagliato sul suo conto, anzi io lavoro magari il doppio per coprire le sue mancanze? Se non ti accorgi dei miei meriti, vuol dire che le sue mancanze sono inesistenti per te?

Nei film di mafia, quando qualcuno denuncia, viene immerso nel cemento poi fatto morire con la sola bocca libera, così da farlo pentire, sino all'ultimo, di quello che ha detto!

Per fortuna noi siamo statali e con la mafia non abbiamo nulla a che fare!

Pensate, il cemento ti blocca e non ti fa muovere ma tu sei vivo e vuoi reagire, ma sei lì immerso e capisci che ti stanno lasciando morire

Cambiamo argomento, parliamo del Mobbing. Il mobbing è una situazione in cui una persona viene privata di dignità professionale, immobilizzata in un inerzia forzata in maniera tale che qualsiasi sua azione venga bloccata o vanificata sul nascere, così che abbia due scelte :andarsene o diventare come loro . Se riesci ad uscire da quella situazione, credimi, la voglia di denunciare ti passa, hai solo voglia che ti lascino in pace.

Ti piacerebbe questo mio essere mesto, eh ? Invece no- Ah, se solo parlassimo fra di noi, se solo, invece di litigare per le ferie o per l'armadietto nuovo, denunciassimo le cose serie,

facevamo muro a questi personaggi, a questi mafiosi; se solo ci ricordassimo che ci trattengono mezzo stipendio per questi servizi e il cretino di turno si pappa i nostri contributi e ogni giorno ha una scusa diversa per svignarsela; se solo capissimo che un giorno, quando cadrà il castello di carte, cadremo pure noi che abbiamo portato mattoni sulle spalle per una vita!

Il leccino solitamente non è mobbizzato, m'è venuto in mente questo per alleggerire i toni. Il leccino possono perseguirlo o mobbizzarlo, ma è così impegnato a strisciare fra le gambe di tutti che, anche se gli pesti la testa, è felice perché anche lui nella sua vita deve concludere qualcosa e, se c'è chi la conclude studiando, chi entrando contesta tutto, il leccino risolve così: dove gira il vento, lì va.

Cosa c'entra? E' che devo raccontare un fatto, realmente accaduto quando io indossavo sempre la cuffietta rossa e la medaglietta di Che Guevara. All'epoca, al governo c'era il padre di tutti i Trump, uno di destra che non ricordo come si chiamasse, memoria labile sai. Non che il mio lavoro sia legato alla politica, no no, ma certe volte, rarissime, contate sulla mano di un millepiedi, succedeva che sui santini delle elezioni politiche trovassi facce di alcuni, sporadici o fortuiti personaggi, che passavano dalle poltrone in pelle umana della Sanità alle poltrone della politica e viceversa.

Adesso no eh ..però ai tempi dell' Italian Trump sì.

Oddio, adesso per andare ai vertici politici non c'è bisogno più nemmeno di esser votati, risparmiando sui santini va là.

Allora, eravamo in questo reparto io, rossa da generazioni, uno zio decorato al valore per una cicatrice da "mozzico" in contrattazione sindacale, ed uno dei medici così estremamente al mio opposto che per Natale ci regalava la camicia nera sognando un giorno di vedercela indossare come divisa.

Ogni tanto appariva sui santini elettorali, bello impettito e con la mano alzata. Mi voleva un gran bene, però...; mi chiamava "compagna, "pace all'anima sua", ed io gli rispondevo con

la mano alzata. Così, un giorno, candidatosi alle elezioni comunali, mi prese da parte e mi disse

-Compagna, so bene che non voteresti mai per il mio partito, pertanto sarebbe inutile invitarti al discorso del nostro candidato alla regione, spero che tu non la prenda come offesa -

-La ringrazio dottore..questo per me significa invece che lei non è il tipo di persona che arrabatta numeri di presenze senza fondamento -

Passarono le elezioni, i governi e le bandiere, io cambiai ospedale e, finalmente, per noi Rossi arrivò la vittoria del Governatore Rosso. Anche per i reparti ospedalieri passarono anni e primari ed un giorno seppi che il medico dalla camicia nera era diventato primario e dopo qualche mese lo ritrovai accanto al Governatore Rosso ad una convention della sua città metropolitana. Mi avvicinai con sorriso beffardo, alzando la mano "Compagno professore.. ha visto? In altri tempi sarebbe stato punito con l'olio di ricino..."

Dopo questo ed altri episodi simili io non ho più indossato la medaglietta del Che.

Prima di chiudere, caro Diario, abbraccia i miei colleghi giovani che mi seguono anche dai collegi "extracomunitario", passandosi il giornalino come fosse la "guida perfetta delle risposte in cagnesco da dare ai medici" è di loro che l'aria era amara anche 20 anni fa ma, bisogna crederci, l'onestà ripaga ed è la luce più bella che il paziente riconosce subito nei tuoi occhi ...(ripaga un po' da sottopagato in confronto al leccino però...ne volete assai.)





IL DISTURBO COMPORTAMENTALE ALIMENTARE (DCA) UN CASO DI UNA PAZIENTE AFFETTA DALLA BULIMIA NERVOSA

Dott.ssa Azzurra Longo, Educatrice professionale Centro Diurno ASL TA

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo. Insorgono prevalentemente durante l'adolescenza e colpiscono soprattutto il sesso femminile.

I comportamenti tipici di una persona che soffre di un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) sono: digiuno, restrizione dell'alimentazione, crisi bulimiche (l'ingestione una notevole quantità di cibo in un breve lasso di tempo accompagnata dalla sensazione di perdere il controllo, ovvero non riuscire a controllare cosa e quanto si mangia), vomito autoindotto, assunzione impropria di lassativi o diuretici al fine di contrastare l'aumento del peso, intensa attività fisica finalizzata alla perdita di peso. Alcune persone possono ricorrere ad uno o più di questi comportamenti, ma ciò non vuol dire necessariamente che esse soffrano di un disturbo alimentare.

Soffrire di un disturbo alimentare sconvolge la vita di una persona e della sua famiglia; sembra tutto ruoti attorno al cibo ed alla paura di ingrassare; si teme di andare in pizzeria, al risto-

rante, ai matrimoni etc, rivoluzionando anche la vita sociale in quanto, ogni situazione dove è presente il cibo, diventa motivo di forte ansia. Spesso i pensieri sul cibo assillano la persona anche quando non è a tavola, ad esempio anche a scuola o sul lavoro. Infatti, terminare un compito diventa difficilissimo, perché sembra ci sia posto solo per il pensiero di cosa si debba mangiare, per la paura di ingrassare o di un'abbuffata. Purtroppo, solo una piccola percentuale di persone, affetta da un disturbo alimentare chiede aiuto.

Nell'Anoressia Nervosa (AN) la persona non sempre si rende conto di avere un problema, anzi, l'iniziale perdita di peso può portarla a sentirsi meglio, a ricevere complimenti, a vedersi più magra, più bella e a sentirsi più sicura di sé. In genere, sono i familiari che, allarmati dall'eccessiva perdita di peso, si rendono conto che qualcosa non va, ma, tentando di capire il problema, non vengono considerati perché chi ha questo disturbo, purtroppo, non lo sa o non lo ammette.

Anche chi soffre di Bulimia Nervosa (BN), nella maggior parte dei casi, si rivolge ad un terapeuta solo molti anni dopo l'inizio del disturbo



Spesso, come nell'anoressia, agli esordi non si ha una piena consapevolezza della malattia, ma non solo, il forte senso di vergogna e di colpa possono impedire alla persona di chiedere aiuto o semplicemente di confidare a qualcuno la problematica.

Le stime, che riguardano l'Occidente industrializzato per quanto riguarda la popolazione a rischio tra adolescenti ed adulti, elencano i seguenti dati:

Anoressia Nervosa (AN): dallo 0,1% al 1,9%

Bulimia Nervosa (BN): dall'1% al 3%.

La fascia maggiormente colpita dall'AN riguarda i giovani dai 12 ai 18 anni, per ciò che riguarda la BN la fascia maggiormente colpita va dai 12 ai 35 anni e purtroppo il tasso di mortalità che riguarda l'AN è del 15%.

Il DCA è una patologia -segnale collegato ad altri disturbi psichici del soggetto, si parla di "comorbilità" e cioè di associazione di sindromi, disturbi, e malattie nella stessa persona.

I principali **Modelli Interpretativi** della comorbilità nei DCA sono 5, ma alla luce della letteratura nessuno di questi fornisce una spiegazione esaustiva del fenomeno.

Ad esempio, se consideriamo la comorbilità tra DCA depressione ed ansia, sono proprio i 5 modelli che favoriscono una spiegazione coerente per spiegare la relazione che intercorre tra di essi.

I MODELLI INTERPRETATIVI

1. Depressione ed ansia dipendono dal DCA, col miglioramento di tali patologie si migliorano anche le condotte alimentari;
2. Il DCA è la manifestazione clinica del disturbo affettivo e di ansia precedente;
3. Il DCA è la manifestazione clinica di un disturbo affettivo o di ansia ed è legato al sesso, all'età, a fattori eziologici condivisi col disturbo primario di ansia;
4. Il DCA, disturbi di ansia ed affettivi sono differenti espressioni di un unico meccanismo causale sottostante (es. deficit neuroendocrini);
5. I 2 disturbi fanno parte di un unico spettro psico- patologico e potrebbero avere o meno dei fattori eziologici in comune.

Studio condotto da Wade dimostrano l'ereditarietà dall'AN tra il 33% e l'84%, mentre gli studi di Bulick mostrano un percentuale per la BN che oscilla tra il 28% e l'83%.

Altri studi clinici mostrano un elevato grado di comorbilità tra i DCA ed i disturbi psichiatrici, in particolare il disturbo dell'umore, la depressione unipolare e bipolare, il disturbo ossessivo compulsivo, e solitamente il disturbo dell'ansia e dell'umore precedono i DCA.

Esiste un'alta comorbilità anche per chi fa abuso di alcolici e stupefacenti, portando ad una eccessiva perdita del controllo ed alle cosiddette "abbuffate".

La percentuale dei soggetti colpiti da AN e BN, che presentano tratti di depressione maggiore, va dal 25% all'80%, e l'osservazione clinica di tali problemi denota un basso grado di autostima, grande irritabilità, problemi di insonnia.

Altri autori non denotano nessun tipo di associazione tra i DCA e la depressione.

CORRELAZIONE TRA DCA, ANSIA, FOBIA SOCIALE, ATTACCHI DI PANICO

Lo studioso Burik osserva in un campione di 68 donne con la AN e 116 con la BN la presen-

za di un disturbo di ansia, precedente all'insorgenza del DCA, pari al 90 nei soggetti con AN ed al 94% nei soggetti con BN, caratterizzato essenzialmente da disturbo iperansioso o fobia sociale.

Il disturbo di panico tenderebbe a svilupparsi dopo il DCA ed è una condotta ad effetto ansiolitico.

Fornari nei suoi studi riscontra su pazienti colpiti da AN e BN un range di prevalenza di ansia nell'AN che va dal 20% al 65%, mentre nella BN dal 13% al 70%.

Gli studi affermano che fobia sociale e fobia specifica risultano più frequentemente associate alla BN, mentre ci si aspetterebbe una maggiore commorbidità con la AN.

COMMORBITA' TRA DCA E GENETICA

Studi sulle famiglie e sui gemelli mostrano una componente genetica nell'eziologia dei DCA. Wade stima, infatti, l'ereditarietà nell'AN tra il 33% e l'84%, mentre Bulick stima l'ereditarietà nella BN tra il 28% e l'83%.

Tale fenomeno si spiegherebbe in quanto lo stesso ambiente familiare può predisporre lo sviluppo di vari quadri psico-patologici, così come variabili ambientali specifiche che, individualmente esperite, potrebbero costituire fattori di rischio differenti.

L'abuso di alcol è associato ai DCA con una frequenza del 55% per la BN e del 23% per l'AN, ciò vale anche per l'abuso di cocaina e delle altre sostanze psicotrope.

Il DCA è un'entità psico-patologica presente in tutti i disturbi psichici, dai più gravi (psicosi) a quelli meno invalidanti e vi è una grande commorbidità con i disturbi di personalità.

Purtroppo, esistendo molti studi con risultati contrastanti, resta difficile un'interpretazione definitiva del fenomeno e della sua origine.

BREVI CENNI SULLE INDICAZIONI FARMACOLOGICHE

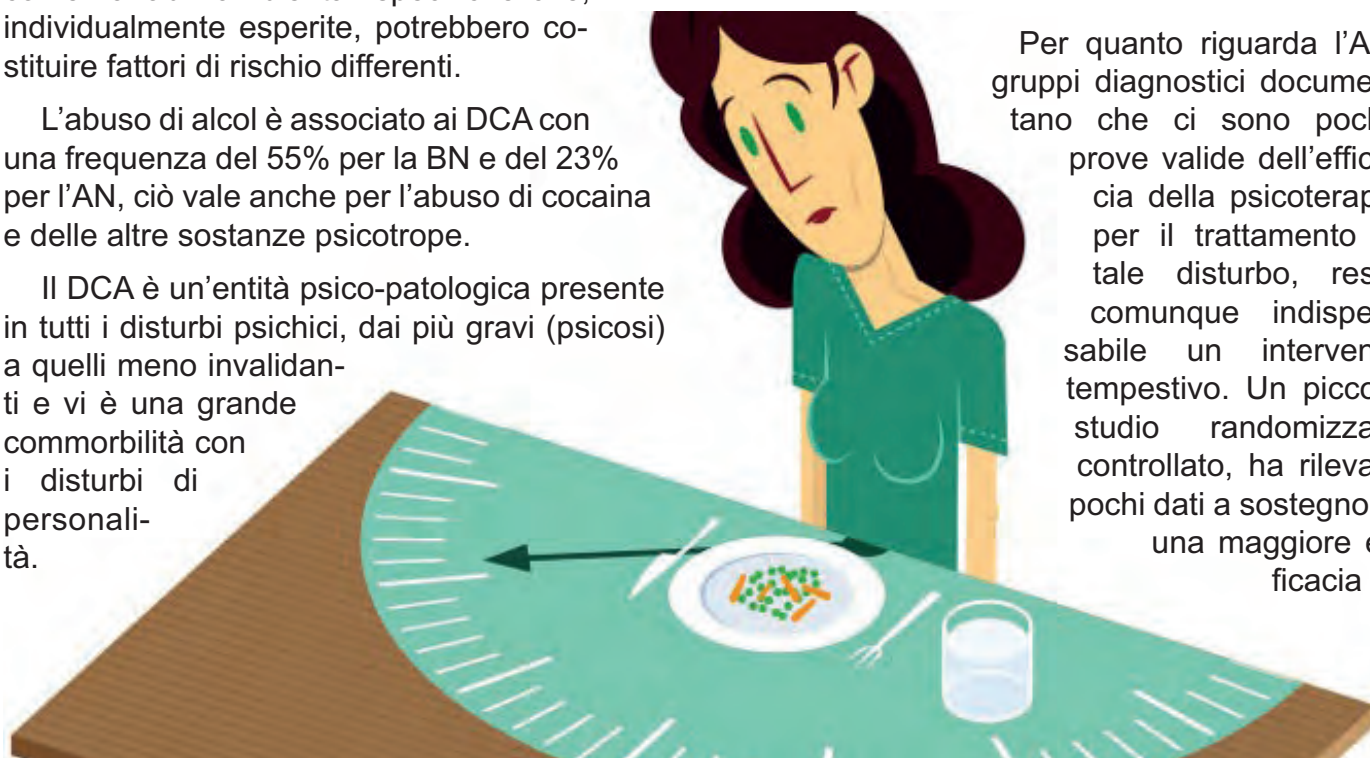
Uno studio americano del FDA (food and drug administration) approvava nel '97 l'uso della **Fluoxetina** per la BN e l'uso della **Sibutramina** nel '98 per l'obesità (l'uso di quest'ultima è stato sospeso nel 2002), nel '99 l'uso dell' **Orlistat** sempre per l'obesità.

In Italia sono in uso la Fluoxetina e l'Orlistat; secondo le classificazioni attuali l'obesità non fa parte dei DCA, in quanto essa risulta come un eccesso di massa grassa risultato di bilanci energetici positivi.

I dati sperimentali non riescono a dimostrare di poter svolgere un ruolo abituale nel trattamento dell'AN, BN ed obesità, sono pertanto fondamentali trattamenti psicologici, dietoterapie, rieducazione alimentare, promozione di cambiamenti dei stili di vita, ma il trattamento deve essere individualizzato caso per caso.

EFFICACIA DELLA PSICOTERAPIA NELL'AN

Per quanto riguarda l'AN, gruppi diagnostici documentano che ci sono poche prove valide dell'efficacia della psicoterapia per il trattamento di tale disturbo, resta comunque indispensabile un intervento tempestivo. Un piccolo studio randomizzato controllato, ha rilevato pochi dati a sostegno di una maggiore efficacia di



diverse psicoterapie (terapia individuale focale, terapia cognitiva atipica e terapia familiare) rispetto ai trattamenti standard.

Altri tre studi randomizzati controllati riscontrano differenze nette tra le varie psicoterapie ed i consigli alimentari.

Sette piccoli studi randomizzati controllati non rilevano differenze tra le varie terapie.

E' necessario individualizzare i trattamenti in quanto ogni soggetto è diverso dall'altro per sesso, età e gravità del problema.

Assegnazione Trattamento: il trattamento viene assegnato a seconda della diagnosi, dei dati demografici e di rischio e sono elencate diverse fasi, l'aggancio del paziente ed il regime di ricovero successivo al recupero del peso.

Vi sono notevoli difficoltà, durante la fase acuta della malattia, quando i pazienti vengono sostenuti con cura farmacologica o psicoterapica giacché pochi sono determinati al miglioramento delle proprie condizioni o tendono ad abbandonare i gruppi di strategia nutrizionale cognitivo-comportamentale. Molti, infatti, hanno delle ricadute ed esiste una grossa resistenza del paziente alla psicoterapia con modello comportamentale.

Psicoterapia negli adolescenti: per quanto riguarda questa delicata fascia di età, occorre un regime di ricovero immediato, la terapia familiare e la terapia di sostegno individuale, successive al ricovero.

Lo studioso Carr nelle sue ricerche giunge alla conclusione che è più efficace il Counselling genitoriale o incontri familiari in un setting di Day-Hospital alla presenza della famiglia.

Psicoterapia negli adulti (esistono 3 studi randomizzati)

- 1) Si evidenzia un miglioramento con la psicoterapia piuttosto che col trattamento standard (Counselling);
- 2) Anche nei soggetti con l'AN atipica si

hanno miglioramenti con la terapia cognitiva anziché col Counselling alimentare;

3) Non vi sono differenze tra terapia cognitiva e Counselling.

4) Si arriva pertanto alla conclusione che la terapia più adatta sia quella della psicoterapia per quanto riguarda l'AN.

Psicoterapia nella Bulimia Nervosa: non vi sono dati di adattamento al trattamento ed è rara la necessità di ricovero in Day-Hospital.

Vi sono importanti fattori di rischio da tenere presente nel trattamento di tali pazienti come l'autolesionismo, tentativi di suicidio, problemi durante la gravidanza.

La terapia cognitiva-comportamentale sembra essere la più efficace forma di auto aiuto guidato, mentre il farmaco appare meno efficace. La psicoterapia Interpersonale mostra risultati maggiori ed a lungo termine. Purtroppo, nei servizi non vi sono risorse adeguate al problema e poche informazioni circa l'approccio più appropriato.

Da quanto scritto finora emerge una difficoltà nel trovare la giusta via per affrontare questo tipo di problemi, che coinvolgono non solo l'individuo ma tutta la famiglia per i diversi studi e modelli proposti dagli studiosi.

Risulta fondamentale rivolgersi immediatamente agli specialisti per capire la tipologia del problema, al fine di ottenere la giusta diagnosi e programmare il trattamento più idoneo ed efficace sia a livello farmacologico che terapeutico.

UN CASO DI BULIMIA NERVOSA

Lavoro da molti anni nell'ambito della Riabilitazione Psichiatrica con il ruolo di educatore professionale ed attualmente in un Centro Diurno dell'Asl TA.

Il centro diurno è una struttura che collabora col Centro di Salute Mentale e si occupa della parte riabilitativa dei pazienti non più nella fase acuta della malattia, ed è costituito da una équipe multidisciplinare (psicologo, coordinato-

re, educatori, Oss ed ausiliari) con il compito di redigere progetti riabilitativi individualizzati, che consistono nella partecipazione degli utenti a varie attività progettate dall'èquipe, per favorire il recupero delle relazioni sociali ed un eventuale inserimento nel mondo del lavoro.

Il centro è aperto 12 h al giorno, offre agli utenti vari laboratori artistici per favorire l'espressione delle proprie emozioni (laboratorio di pittura, teatro, musicoterapica, cucito creativo, palestra), laboratori orientati a favorire il reinserimento nel mondo del lavoro (informatica, cucina, lettura e scrittura creativa), gite, uscite settimanali, shopping supportato, recupero della cura del sé, attività di aiuto socio-assistenziale, ed infine attività cliniche e di psicoterapia svolte con lo psicologo. Il concetto fondamentale del centro è quello di creare un clima familiare, condividendo tutti insieme il pranzo, momenti ludici, momenti difficili e la sperimentazione di nuove attività per il recupero di abilità, precedentemente possedute dagli utenti e perse a causa della malattia.

Dopo questa breve descrizione del centro diurno, un esempio concreto del problema del DCA, la storia di una nostra paziente di 46 anni che chiameremo Maria, affetta da un Disturbo Bipolare associato ad un problema di bulimia nervosa.

Maria fin da piccola, nonostante provenisse da una famiglia molto stimata ed apparentemente non problematica, ha subito anni di violenze sessuali da parte del fratello di poco più grande di lei, deceduto all'età di 30 anni circa a causa di un lungo passato di tossicodipendenza.

Maria ha, inoltre, una sorella minore con un notevole ritardo mentale e grosse problematiche mediche che l'hanno costretta a vivere sulla sedia a rotelle, una sorella maggiore totalmente disinteressata delle problematiche delle sorelle che venivano gestite soprattutto dalla madre.

A seguito di un incidente di auto, la nostra paziente è stata 6 mesi in coma ed ha dovuto subire diverse operazioni agli arti, riportando evidenti cicatrici.



L'esordio della malattia psichiatrica di Maria risale all'età dell'adolescenza, anche se in maniera lieve, ma riesce a diplomarsi, ad avere una comitiva di amici, ad iscriversi all'università alla facoltà di Sociologia, dando anche 2 esami con ottimi esiti.

Ad un certo punto la luce nella vita di questa ragazza si è spenta completamente, ha iniziato a soffrire di fasi di depressione e fasi maniacali, di attacchi di panico, di problemi dell'alimentazione caratterizzati da grosse abbuffate di cibo, soprattutto notturne, e crisi isteriche tanto da portarla ad un ricovero nel reparto di psichiatria a seguito di un TSO.

Maria racconta l'esperienza del ricovero come molto umiliante e devastante, lei riferisce di aver ricevuto da parte degli operatori trattamenti piuttosto aggressivi per convincerla a lasciarsi mangiare e sostiene di aver rifiutato un trattamento di elettroshock proposte.

La cosa più triste è che durante questo lungo periodo di degenza Maria è ricoverata in una regione molto lontana dalla sua, senza alcun sostegno della famiglia, essenziale in questi casi, perchè i genitori erano entrambi deceduti.

Al termine del ricovero, Maria, ritornata a



casa, inizia a prendersi cura della sorella minore malata, nonostante la sorella maggiore abiti di fronte. Maria cucina per la sorella il minimo che riesce a fare, si lava raramente e consola tutto questo carico di problemi ed ansia nell'abbuffarsi di cibo.

Purtroppo, non frequenta il nostro centro ogni giorno, ma, quando viene, al momento del pranzo, si osserva chiaramente che ingerisce una quantità enorme di cibo senza masticare e, se non le viene fatto notare, continua ad ingozzarsi in maniera davvero esagerata.

Il momento peggiore del suo disturbo alimentare è quello notturno perché Maria, mentre dorme anche con grosse difficoltà nonostante la terapia assunta, si sveglia all'improvviso con l'impulso di dover mangiare.

Riferisce di mangiare qualsiasi cosa trovi davanti a se, sia dolce che salata fino a sentirsi male e soprattutto a provare molti sensi di colpa, a volte riferisce anche di mangiare il cibo della sorella che è anche molto magra, lasciandola a digiuno, facendo aumentare notevolmente il suo senso di colpa.

Il suo comune di appartenenza le offre un servizio di pulizia della casa e di preparazione del cibo 2 volte a settimana, ma la sorella minore riesce a mangiare pochissimo di ciò che viene preparato.

Maria passa la maggior parte delle giornate a letto, non si lava, non ha relazioni sociali, soffre molto del fatto che la sorella maggiore dirimpettaia non le offre alcun tipo di aiuto, non la va mai a trovare, non inviti a pranzo né lei né la sorella minore durante le feste o qualche domenica, e che i nipoti, quando Maria prova

ad andare a trovarli, si neghino sempre. UNO SCENARIO DIFFICILE.

Maria viene supportata da una terapia farmacologia molto articolata, non riesce ad iniziare un percorso di psicoterapia per paura di rivivere i momenti delle violenze subite dal fratello, l'incidente, la morte dei genitori, ed è comprovato che l'associazione della psicoterapia alla cura farmacologia è fondamentale per raggiungere un regime di vita più sopportabile e dignitoso.

Maria partecipa ai laboratori di teatro, musicoterapica e palestra, momenti molto importanti per lei perché le consentono di rilassarsi, di riuscire ad esprimere i propri disagi e le proprie emozioni e, soprattutto, di allontanarsi anche se per breve tempo dalla sua situazione familiare, difficile da affrontare per ogni individuo anche privo di problematiche psichiatriche.

Nonostante la cura farmacologia Maria non mostra molti segni di miglioramento, anche se il fatto di frequentare il centro è una notevole conquista, ma la mancanza della presenza affettiva e dell'aiuto da parte della famiglia, il senso di solitudine, i traumi del passato, la negazione di una terapia psicoterapica sono tutti fattori che ostacolano notevolmente un miglioramento significativo.

Il problema della bulimia nervosa, quindi, persiste e si manifesta quotidianamente, ma il solo farmaco non può risolvere situazioni come quella di Maria che, per ora, può contare solo sullo psichiatra, grosso riferimento per lei, sul totale supporto della nostra équipe che le offre ascolto, la possibilità di svolgere attività espressive, le dona tantissimo affetto, quello che dovrebbe ricevere dalla sua famiglia che la ha abbandonata, soprattutto a causa del timore dello stigma sociale attribuito alla famiglia in cui vi sono persone con disagio psichico.

Bibliografia:

"Rivista trimestrale di aggiornamenti di Psichiatria Nòç, Il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare".

Direttore Gaspare Vella, "Il Pensiero Scientifico Editore"

NUOVE REGOLE PER IL TRIENNIO ECM 2017-2019 PREMIALITÀ, FLESSIBILITÀ, AUTOFORMAZIONE



In data 23 novembre, a Roma si è tenuto un importante convegno ECM, organizzato da Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie), finalizzato alle nuove regole E.C.M. per il triennio 2017-2019, regole innovative rispetto al passato che ha visto, ad esempio nel periodo 2014-2016, la crescita esponenziale della Fad, con oltre un milione di partecipanti, a fronte di una stagnazione della formazione residenziale.

PREMIALITÀ, FLESSIBILITÀ, AUTOFORMAZIONE

PREMIALITÀ TRIENNIO 2014-2016

C. F. ECM da 80 a 120: sconto di 15 crediti per il nuovo triennio (riduzione da 150 a 135)

C. F. ECM da 121 a 150 crediti: sconto di 30 crediti tra il 2017 ed il 2019 (da 150 a 120)”.

COMMENTO

A NOSTRO AVVISO LA PREMIALITÀ FORMATIVA PREGRESSA NON È UN VALORE AGGIUNTO PERCHÉ LA PROFESSIONE, LA SANITÀ IN EVOLUZIONE RICHIEDONO STUDI ED AGGIORNAMENTI COSTANTI.

LE COMPETENZE SONO LEVA FONDAMENTALE DEL NOSTRO AGIRE, OVVERO LA GRANDE CAPACITÀ DEL PROFESSIONISTA DI SAPERSI MUOVERE IN CONTESTI VARIATI, NON PREVEDIBILI

FLESSIBILITÀ

“Nel triennio 2017-2019 confermati 150 crediti complessivi (fatte salve eventuali premialità di cui sopra);

aboliti i limiti di minimo 25 e massimo 75 crediti l'anno;

introdotta la possibilità di libera distribuzione triennale dei crediti acquisiti, però legata al dossier formativo, attraverso il quale i singoli professionisti potranno programmare e riprogrammare il proprio piano formativo triennale, sulla base degli obiettivi nazionali Agenas tre le declinazioni: 1) individuale, 2) di gruppo, 3) organizzativo.

Ogni professionista potrà partecipare a più gruppi (ad es. colleghi di reparto o gruppo interregionale) ed a più organizzazioni (ad es. Ordine e Asl)”.

COMMENTO

POSITIVO IL NOSTRO COMMENTO CHE LASCIA AL PROFESSIONISTA LA LIBERTÀ DI ORGANIZZARSI E DI PROGRAMMARE IL PROPRIO DOSSIER FORMATIVO

AUTOFORMAZIONE

“Nel prossimo triennio ECM sarà data importanza

all'autoformazione costituita da corsi accreditati ECM (autoapprendimento FAD tramite lettura-studio , senza limiti di crediti),

ad esperienze formative senza accreditamento ECM, svolte in autonomia (autoformazione non accreditata, come ad esempio ulteriori attività di lettura-studio, per un massimo del 10% dell'obbligo formativo).

COMMENTO

A NOSTRO AVVISO, POSITIVA L'APERTURA ALL'AUTOFORMAZIONE PER TUTTI I PROFESSIONISTI CHE POSSONO, AD ESEMPIO, FARE ESPERIENZA FORMATIVA ALL'ESTERO, TUTORAGGIO, DEDICARSI ALLA RICERCA CON PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE, SEGUIRE PERCORSI FORMATIVI COMPLEMENTARI

PROFESSIONISTI IPASVI ALL'ESTERO

Circolare n. 34/2016 PEC Prot. P-7042/III.07 Data 3 novembre 2016

Oggetto: Indagine conoscitiva Formazione all'estero Federazione Nazionale Collegi IPASVI 00184 Roma Via Agostino Depretis 70 Telefono 06/46200101 Telefax 06/46200131 Cod. Fisc. 80186470581

FORMAZIONE CONTINUA ALL'ESTERO

Si informano i Collegi in indirizzo che la Sezione V della Commissione nazionale per la formazione continua ha promosso l'instaurazione di un canale di conoscenze sulle attività di formazione continua svolta all'estero dai professionisti sanitari, in particolare esperienze formative concrete e dirette maturate all'estero in occasione di attività di studio o professionali.

La ricognizione delle migliori esperienze potrebbero agevolare la Sezione V nel compimento delle finalità istituzionali nel quadro del prossimo programma nazionale ECM. Si pregano quindi i Collegi in indirizzo di diffondere l'informazione tra i propri iscritti interessati ad inviare detti contributi. I temi sui quali tali contributi dovrebbero focalizzarsi riguardano principalmente le modalità con cui gli ordinamenti stranieri disciplinano:

- a) le linee essenziali del sistema di formazione continua;
- b) le attività formative svolte all'estero dai professionisti sanitari;
- c) le tecniche di tutela dell'integrità della formazione continua da interessi com-

merciali (sponsorizzazioni, pubblicità, ecc.);

d) le tecniche di verifica delle attività formative compiute;

e) le modalità di valutazione delle ricerche e delle pubblicazioni scientifiche;

f) le tecniche andragogiche incentivate (formazione sul campo, simulazioni, eventi residenziali, ecc.).

I contributi devono essere inviati dai professionisti sanitari entro il 31 dicembre 2016 all'indirizzo e-mail della Commissione Nazionale per la formazione continua cnfc@agenas.it indicando nell'oggetto "Sez. V – Contributo indagine conoscitiva formazione all'estero".

Per ulteriori informazioni si prega di rivolgersi alla Commissione Nazionale per la formazione continua. Cordiali saluti.

La Presidente
Barbara Mangiacavalli





CONTRATTI SANITÀ

Dott. Pierpaolo Volpe, Infermiere, Master in infermieristica forense

Importantissima è l'ordinanza di legittimità costituzionale del Tribunale di Foggia datata 26 ottobre 2016 e depositata in cancelleria il 27/10/2016, attraverso cui il giudice del lavoro dott. De Simone, ha rimesso alla Corte costituzionale la questione di legittimità dell'art. 10, comma 4-ter, D.Lgs. n.368/2001 e dell'art.36, commi 5, 5-ter e 5-quater, D.Lgs. n.165/2001, nella parte in cui non consentono l'applicazione dell'art.5, comma 4-bis, D.Lgs. n.368/2001 e la trasformazione a tempo indeterminato dei contratti a tempo determinato successivi nel settore della sanità pubblica né alcun'altra misura preventiva e sanzionatoria, in violazione delle clausole 4 e 5 dell'accordo quadro comunitario e dell'art.117, comma 1, Cost. (oltre che di altri parametri costituzionali).

L'ordinanza del Tribunale di Foggia segue quella del Tribunale di Trapani, il quale visto l'orientamento espresso dalla Corte di cassazione a Sezioni Unite con la sentenza n. 5072/2016, in ottemperanza alle indicazioni fornite dalla Corte di Giustizia Europea in molteplici occasioni (da ultimo nella causa C-22/13 e altre riunite, caso Mascolo), che ha indicato come misura tesa a sanzionare l'utilizzo abusivo di contratti a tempo determinato da parte delle Amministrazioni pubbliche l'indennità di cui all'art. 32 co. 5° L. 183/2010 (da 2,5 a 12 mensilità della retribuzione globale di fatto da ultimo percepita), salva la prova a carico del lavoratore del maggior

danno subito, ha ritenuto necessario adire la Corte di Giustizia dell'Unione Europea al fine di verificare l'effettiva idoneità di detta misura a disincentivare l'abuso di contratti a termine da parte delle Amministrazioni nazionali (principio di Effettività) e per appurare se questa rispetti il principio di Equivalenza, ribadito dalla Corte di Giustizia nel punto n. 52 della sentenza del 7.11.2006 (caso Marrosu) e poi, da ultimo, nel punto n. 79 della del 26.11.2014 (caso Mascolo). Secondo il giudice del Tribunale di Trapani se l'Ordinamento nazionale intende predisporre nel settore pubblico un rimedio diverso dalla conversione del rapporto può farlo, ma ha l'obbligo di introdurre diverse misure che "non devono essere meno favorevoli di quelle che riguardano situazioni analoghe di natura interna", allora è evidente che l'attribuzione al lavoratore pubblico della sola indennità di cui all'art. 32 L. 183/2010 esprime senza dubbio una tutela "meno favorevole" di quella predisposta nel lavoro privato; da questa considerazione nasce il rinvio pregiudiziale alla Corte di giustizia protocollata dalla cancelleria della Corte con riferimento C-494/16.

Sempre dall'assenza di misure effettive, dissuasive, proporzionate, energiche per disincentivare e sanzionare l'utilizzo abusivo dei contratti a termine da parte della Pubblica amministrazione nasce l'ordinanza del Tribunale di Foggia che si allega.

PRIMA STESURA CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE NOVEMBRE 2016

Il 26 novembre ai 103 Presidenti dei Collegi IPASVI è stata presentata la bozza del nuovo Codice Deontologico che prevede la revisione della professione ed è frutto del concorso di un pool di esperti, tra i quali, ovvio, colleghi infermieri, coordinati dalla senatrice Annalisa Silvestro.

Nel gruppo infermieristico, oltre ai colleghi Aurelio Filippini, Angela Basile, Sandro Scipioni, siamo lieti di annoverare la presenza del nostro collega, iscritto al Collegio IPASVI Taranto, Dott. Pio Lattarulo, infermiere dirigente del Presidio Ospedaliero "Maria Giannuzzi di Manduria (TA).

BOZZA CODICE DEONTOLOGICO

Capo I - I principi e i valori

1. L'infermiere è il professionista sanitario che nasce, si sviluppa ed è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici. Persegue l'ideale di servizio. È integrato nel suo tempo e si pone come agente attivo nella società a cui appartiene e in cui esercita.
2. L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito dell'assistenza, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.
3. L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere.
4. L'infermiere nell'agire professionale utilizza l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono.
5. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici. Promuove il ricorso alla consulenza anche al fine di contribuire all'approfondimento e alla riflessione etica.
6. L'infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove la persona assistita esprimesse e persistesse in una richiesta di attività in contrasto con i principi e i valori dell'infermiere e/o con le norme deontologiche della professione, si avvale della clausola di coscienza rendendosi garante della continuità assistenziale.

Capo II - La funzione assistenziale

7. L'infermiere tutela l'ambiente e promuove stili di vita sani anche progettando, specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività, organizzandoli e partecipando ad essi.
8. L'infermiere dà valore alla ricerca e alla sperimentazione. Progetta, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico, assistenziale e organizzativo di cui cura e diffonde i risultati.
9. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso il pensiero critico, l'educazione continua, l'esperienza, lo studio e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione.
10. L'infermiere adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo di assistenza. Si forma e/o chiede supervisione per attività nuove o sulle quali ha limitata casistica.

11. L'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti.
12. L'infermiere presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni.
13. L'infermiere riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Capo III - La relazione e la comunicazione

14. L'infermiere ascolta la persona assistita, la informa e dialoga con essa per valutare, definire, qualificare e attuare la risposta curativo assistenziale e facilitarla nell'esprimere le proprie scelte.
15. L'infermiere rileva e facilita l'espressione del dolore della persona assistita durante l'intero processo di cura. Si adopera affinché la persona assistita sia libera dal dolore.
16. L'infermiere favorisce i rapporti della persona assistita con chi le è di riferimento e con la sua comunità, tenendo conto della dimensione interculturale.
17. L'infermiere conosce il progetto diagnostico e terapeutico. Dà valore all'informazione integrata multi professionale di cui cura la relativa documentazione. Si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.
18. L'infermiere nell'esercizio professionale assicura e tutela la riservatezza della persona assistita e dei dati ad essa relativi durante l'intero processo di cura. Nel trattare i dati si limita a ciò che è attinente all'assistenza.
19. L'infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute, purché tale mancata informazione non sia di pericolo per la persona stessa o per gli altri.
20. L'infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione o la definizione e lo sviluppo del suo progetto di vita.
21. L'infermiere che rileva privazioni o maltrattamenti sulla persona assistita, segnala le circostanze all'autorità competente e si attiva perché vi sia un rapido intervento.
22. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, tenuto conto della sua età e del suo grado di maturità.
23. L'infermiere, quando la persona assistita non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lei documentato o chiaramente espresso in precedenza.
24. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita.

25. L'infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici, si comporta con correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità.

Capo IV - Il fine vita

26. L'infermiere presta assistenza fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

27. L'infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita espressa dalla persona stessa.

28. L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita, nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Capo V - L'organizzazione e la funzione assistenziale

29. L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi ed organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

30. L'infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.

31. L'infermiere, dipendente o libero professionista, partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte

32. L'infermiere pone in essere quanto necessario per proteggere la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, mantenendo inalterata la di lei libertà e dignità.

33. L'infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, si attiva per proporre soluzioni alternative e se necessario si avvale della clausola di coscienza.

Capo VI - L'infermiere e il Collegio professionale

34. L'infermiere e il Collegio professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da condizionamenti, interessi, pressioni di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

35. L'infermiere e il Collegio professionale si adoperano per sostenere la qualità e

l'appropriatezza dell'esercizio professionale infermieristico.

36. L'infermiere e il Collegio professionale segnalano le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.

37. L'infermiere e il Collegio professionale denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

38. L'infermiere e il Collegio professionale promuovono il valore e sostengono il prestigio della professione e della collettività infermieristica.

39. L'infermiere tutela il proprio nome e il decoro personale. Osserva le indicazioni del Collegio professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

40. L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza professionale con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali sono garanti della qualificazione dei professionisti e delle competenze da loro acquisite e sviluppate.

I Collegi professionali, recepiscono e attuano le indicazioni legislative, regolamentari e giuridiche, inerenti il loro essere enti ausiliari dello Stato.



Codice
Deontologico
degli
Infermieri



LEA: AUDIZIONE IPASVI AL SENATO COME VALORIZZARE LA PROFESSIONE

Nell'audizione IPASVI del 30 novembre 2016 sui nuovi Lea in Commissione Igiene e Sanità al Senato, la presidente della Federazione Barbara Mangiacavalli, ha analizzato il provvedimento sottolineando i possibili ulteriori sviluppi per la professione infermieristica.

I Lea sono una realtà importante per il Servizio sanitario nazionale e dopo la loro approvazione la parte più complessa è essere certi che siano davvero garantiti a tutti e ovunque. Un impegno importante per il ministero della Salute, il Governo, il Parlamento e le stesse Regioni che li devono applicare. I Lea rappresentano anche una speranza per quel personale, quei professionisti che ogni giorno hanno fatto di tutto per farli rispettare, nonostante le difficoltà di un servizio sanitario concentrato a quanto pare finora più sulla spesa che non sui risultati della sua mission. Quei professionisti che credono ora nelle promesse del ministro Lorenzin che ha annunciato a breve l'operatività dei nuovi.

Nei nuovi Lea gli infermieri ci sono. In modo nuovo rispetto al passato, gettando le premesse per un ulteriore riconoscimento della professione e della professionalità non in modo subalterno, ma assolutamente paritario con altre professioni sanitarie.

C'è infatti il welfare socio-sanitario con livelli progressivi di intensità di cure per l'assistenza prevista. Per l'Adi ai malati cronici non autosufficienti, si passa dal livello base all'alta intensità che corrisponde all'ospedalizzazione domiciliare. Si tratta di prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale. E il Dpcm prevede per l'integrazione sociosanitaria, che le cure domiciliari siano integrate da prestazioni infermieristiche e di assistenza professionale alla persona. Queste, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni, sono a interamente carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento negli altri casi.

C'è molto e ci sono molte novità, soprattutto sul territorio. Ma in alcuni passaggi ancora sembra esserci un "distacco" anche rispetto ad altri provvedimenti già approvati e in molti punti nevralgici del nuovo panorama dell'assistenza che i Lea disegnano la figura dell'infermiere, che sarebbe propria del singolo intervento, sembra essere dimenticata.

E' il caso delle cronicità, in cui gli infermieri nei Lea sono un livello poco citato, mentre lo sono a pieno titolo e con piene funzionalità nel piano specifico approvato anche dalle Regioni.

E c'è poco sul versante della prevenzione, dove manca tutto ciò che fin dal 1994, nel profilo professionale, è prerogativa dell'infermiere nel momento in cui si afferma che fanno parte delle caratteristiche della professione "le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

La revisione dei Lea è un provvedimento necessario e arrivato fin troppo in ritardo rispetto alla prima versione del 2001, che ha dovuto subire integrazioni e modifiche spot legate alle necessità contingenti del Servizio sanitario nazionale. Tuttavia un provvedimento che non arriva ancora alla piena operatività di un sistema in cui la componente principale sono proprio i professionisti che i Lea devono applicare.

In questo modo si va avanti, il progresso c'è, rispetto al passato, ma non nel modo migliore e con il miglior utilizzo delle risorse. Nel modo più appropriato, non solo dal punto di vista clinico, ma anche organizzativo.

Entrando di più nel merito del provvedimento manca il riferimento agli infermieri nel capitolo che riguarda sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali, nonostante sia sotto gli occhi di tutti e risulti evidente nella pratica quotidiana, il ruolo attivo che la nostra professione svolge in questo settore.

Gli infermieri non sono citati nemmeno nel capitolo che riguarda la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening e la sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Nel capitolo dell'assistenza distrettuale i Lea prevedono che nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare. In questo ambito è in realtà evidente l'operatività degli infermieri che invece non sono citati. Mentre sarebbe utile che proprio i Lea facessero riferimento, magari sotto forma di sperimentazioni, alla possibilità dell'attivazione nelle Regioni di servizi, ambulatori e reparti a gestione infermieristica, in analogia a quanto già fatto in alcune Regioni come Toscana, Lazio, Lombardia e così via.

L'evidenza dei vantaggi di una simile organizzazione sono evidenti dai risultati ottenuti nelle Regioni che li hanno adottati, mentre il fatto che essi non siano previsti a livello normativo né sia prevista la loro possibile realizzazione, crea problemi come quelli recenti verificati nella Regione Umbria dove il Tar locale ha bocciato le Unità infermieristiche perché non previste in un provvedimento organico di programmazione e non perché a esse mancasse efficienza od operatività.

L'indicazione nei Lea potrebbe risolvere in questo modo numerosi contenziosi anche a livello giuridico e di ricorsi.

Anche in altre voci dell'assistenza distrettuale manca il riferimento agli infermieri:

In particolare ad esempio non sono menzionati in queste prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale:

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
- l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;
- l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il *counselling* per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;
- l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino [...], con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico;
- il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio,[...];
- le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

- L'assistenza domiciliare programmata [...], anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa,[...];
- le vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio;
- l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali.

L'infermiere che opera nelle medicine di gruppo e nel territorio svolge un ruolo fondamentale nella sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, attraverso la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening. E' necessario potenziare il ruolo dell'infermiere nel garantire, assieme al MMG/équipe, interventi preventivi di promozione della salute e delle patologie che riguardano la comunità attraverso l'educazione, l'*empowerment*, l'autocura e il follow-up infermieristico autonomo all'interno di piani di cura condivisi con il MMG/équipe.

Si dovrebbe prevedere presenza dell'infermiere nelle UTAP, nelle medicine di gruppo, nelle Case della Salute, ..., per l'erogazione di interventi preventivi e proattivi di promozione della salute e presa in carico della persona.

Sviluppo di ambulatori infermieristici nei quali vengono fornite oltre all'educazione sanitaria, prestazioni di base e/o specialistiche di prossimità con prescrizione prodotti, dispositivi e farmaci di uso comune e *follow-up* infermieristico autonomo (anche telefonico) all'interno di piani di cura condivisi con il MMG/équipe.

Per quanto riguarda il capitolo dell'emergenza si può pensare di prevedere la diffusione sul territorio nazionale delle esperienze avanzate di Pronto Soccorso territoriale quali l'ambulanza infermieristica, integrativa degli altri mezzi di soccorso, nella quale in situazioni cliniche definite da linee guida /algoritmi prodotti dalla centrale Operativa del 118, gli infermieri, appositamente formati, forniscono soccorso avanzato nel sostegno delle funzioni vitali attraverso l'esecuzione di manovre salvavita e la somministrazione di farmaci.

Un capitolo in cui la figura dell'infermiere potrebbe trovare la sua valorizzazione è anche quello dell'assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate e di quella erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri.

Nel documento LEA non si fa riferimento alle prestazioni professionali previste dal Decreto 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011 sull'erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali.

Il Decreto regola l'attività degli operatori sanitari in farmacia. Le attività erogate presso le farmacie e a domicilio del paziente, previste dal Decreto, devono essere effettuate esclusivamente da infermieri e da fisioterapisti, in possesso di titolo abilitante ed iscritti al relativo Collegio professionale laddove esistente. Il farmacista titolare o direttore è tenuto ad accertare, sotto la propria responsabilità, il possesso di tali requisiti.

L'infermiere in farmacia può, anche eventualmente con l'ausilio di altri operatori socio-sanitari che lavorino in farmacia:

- provvedere alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

- offrire supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;
- effettuare medicazioni e di cicli iniettivi intramuscolo;
- svolgere attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di *consulting*, anche personalizzato;
- partecipare ad iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie.

L'infermiere può inoltre, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, erogare sia all'interno della farmacia, sia a domicilio del paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale.

Ci sono poi vari altri capitoli in cui potrebbe essere sviluppata e potenziata la figura dell'infermiere.

Queste le possibili integrazioni/soluzioni.

Erogazione di dispositivi medici monouso

Per l'infermiere si può prevedere la possibilità di prescrizione di prodotti e dispositivi da parte degli infermieri che operano nelle UTAP, nelle Medicine di Gruppo integrate e negli ambulatori infermieristici. (es. per la prevenzione il trattamento delle lesioni da decubito).

Percorsi assistenziali integrati

Si può prevedere la diffusione nel territorio nazionale di modelli organizzativo/assistenziali quali il *self management*, il *disease mangement*, il *care management* o il *case management* nei quali l'infermiere riveste un ruolo fondamentale ed è individuato come il responsabile del caso (*care/case manager*) in quanto è il professionista che, in collaborazione con il MMG/team assistenziale, assicura il collegamento tra il paziente, la famiglia/*caregiver* e i diversi Servizi e garantisce la continuità assistenziale nelle diverse fasi della presa in carico e nelle transizioni tra i diversi luoghi di cura, rilevando le situazioni di rischio ed attuando gli interventi educativi finalizzati all'*empowerment*.

Cure domiciliari

E' un capitolo importante per la figura dell'infermiere in cui sarebbe necessaria la diffusione nel territorio nazionale, accanto all'assistenza programmata a domicilio (ADI) da tempo presente nei LEA, dei modelli organizzativo/assistenziali consolidati in alcuni contesti regionali, nei quali gli infermieri con competenze avanzate/specialistiche (infermiere di comunità, l'infermiere di famiglia, l'infermiere *care manager/case manager*,...), forniscono un contributo sostanziale nella presa in carico e gestione integrata dei pazienti e in particolare nella gestione della cronicità.

Nelle Cure Primarie rientrano anche gli Ospedali di Comunità nei quali è indispensabile la presenza dell'infermiere con competenze post base (*care/case manager*).

Analogamente vanno valorizzate le esperienze di degenze territoriali a gestione infermieristica finalizzate alla presa in carico della persona, alla continuità assistenziale e all'integrazione tra i diversi erogatori di servizi sanitari (ospedale, territorio, MMG, ...).

Cure palliative

Gli interventi assistenziali erogati dal team delle Cure Palliative sono rivolte alle persone affette da patologie ad andamento cronico-evolutivo, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della guarigione o di un prolungamento significativo della vita.

In tale ambito l'infermiere, così come identificato nelle linee guida dell'associazione Europea per le Cure Palliative (EAPC) può trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono tre livelli di esposizione professionale che necessitano di competenze diverse:

a) base - infermieri che lavorano in ambito dell'assistenza generale che possono trovarsi ad affrontare situazioni che richiedono un approccio palliativo;

b) avanzato - infermieri qualificati che lavorano in ambito specialistico di cure palliative e che affrontano spesso situazioni di Cure Palliative (Oncologia, assistenza di comunità, pediatria, geriatria);

c) specialistico - infermieri responsabili di Cure palliative o che offrono servizio di consulenza e/o che contribuiscono attivamente alla formazione e alla ricerca in Cure Palliative.

Nelle équipe di cure palliative deve essere presente l'infermiere con competenze avanzate/specialistiche in tale ambito.

Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

Nell'ambito della salute mentale l'infermiere che opera nei diversi e luoghi di cura della persona con disturbi mentali è un componente cardine nell'équipe multiprofessionale e multidisciplinare. Svolge funzioni in ambito preventivo, di cura, di riabilitazione ed educative/formative (nei confronti del paziente, dei familiari e del contesto sociale).

Opera in diversi contesti sia ospedalieri sia territoriali e si confronta con situazioni caratterizzate da complessità variabile che richiedono anche la presenza di infermieri con formazione post base.

Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità e con dipendenze patologiche

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione aspetti educativi, terapeutico/assistenziali e riabilitativi.

Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base nell'assistenza a persone che richiedono un elevato impegno assistenziale quali le persone in Stato Vegetativo Permanente (post anossico, post traumatico), o a minima responsività, clinicamente stabilizzati con rischio di complicanze che richiedono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria e assistenziale, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, alimentazione), quali ad esempio persone in Stato Vegetativo Permanente (post anossico, post traumatico), o a minima responsività, clinicamente stabilizzati con rischio di complicanze, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone affette da malattie neurodegenerative progressive, ecc.

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base nella gestione delle persone non autosufficienti.

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

Nel team assistenziale presenza di infermieri con formazione post base in cure palliative e nell'accompagnamento della persona al fine vita.

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con disabilità

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione degli aspetti preventivi, educativi e terapeutico/assistenziali.

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

Presenza nel team assistenziale di infermieri con formazione post base per la gestione aspetti preventivi, educativi e terapeutico/assistenziali.

Assistenza ospedaliera

Per quanto riguarda il capitolo dell'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento alle urgenze, la prima cosa sarebbe quella di prevedere la diffusione dei modelli di SEE AND TREAT e FAST TRACK.

La funzione dell'infermiere triagista è da tempo consolidata; in Toscana e in alcune altre esperienze italiane è presente il di See and Treat quale modello di risposta assistenziale alle urgenze minori con il quale si affida ad un infermiere esperto e opportunamente formato, che opera nel rispetto di protocolli clinico assistenziali, la possibilità di gestire, secondo criteri di appropriatezza, una parte di problematiche minori in PS concentrando le risorse mediche su casi a maggior complessità clinica.

Nell'ambito di un TRIAGE GLOBALE il SEE and TREAT insieme al percorso di attivazione FAST TRACK, è una delle possibili risorse attivabili dal triagista per risolvere la richiesta del paziente.

Per quanto riguarda l'assistenza al paziente acuto Sviluppo di Unità di Degenza a direzione/gestione infermieristica.

Inserimento nelle unità di degenza ospedaliere di infermieri con formazione post base quali manager di piattaforma (gruppi operatori, *week surgery, bed manager*), di manager di percorso (*case manager, care manager, discharge manager, research manager e risk manager*).

A completamento e supporto della valorizzazione e sviluppo dell'infermiere, va considerata la necessità di valorizzare anche le competenze del coordinatore infermieristico che opera nei diversi contesti ed è coinvolto in prima persona nel favorire e sostenere i cambiamenti organizzativi necessari all'implementazione di nuovi modelli proposti.

In conclusione, i Lea possono rappresentare l'opportunità di favorire l'introduzione nelle Regioni di nuovi modelli di assistenza in cui, come tutte le analisi nazionali e internazionali attuali sottolineano, l'infermiere assume un ruolo di case e care manager dell'assistenza in team e stretta connessione con le altre figure, ognuno secondo la propria professionalità e le proprie responsabilità e soprattutto in modo coordinato e armonico rispetto ai bisogni di salute reali e alle esigenze dei cittadini.

La Presidente

Barbara Mangiacavalli



**PER MOTIVI DI SPAZIO RIPORTIAMO SOLTANTO LE INDICAZIONI GENERALI.
PER APPROFONDIMENTI SI RIMANDA AL SITO DEL COLLEGIO IPASVI DI TARANTO E/O
DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI.**



NEO LAUREATI "CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA" POLO IONICO DELLE PROFESSIONI SANITARIE NOVEMBRE 2016

INCAMPO CARMELA
BATTISTA CARMELA
NEJ FEDERICA
MANICONE ANGELICA
MUSCATO GRAZIANA
ALBRIZIO ALESSIO

SCIALPI COMASIA ROSSELLA
CARRINO VERONICA
BILECI CINZIA
NASOLE SIMONA
QUARANTA GIUSEPPA
CAPUTO COSMIANO



ABUSO CONTRATTI A TERMINE IN SANITÀ L'ULTIMA PAROLA SPETTA ALLA CORTE COSTITUZIONALE E ALLA CORTE DI GIUSTIZIA EUROPEA

Dott. Pierpaolo Volpe, Infermiere, Master in infermieristica forense



Il Tribunale di Foggia, attraverso l'importantissima ordinanza di legittimità costituzionale del 26 ottobre 2016, depositata in cancelleria il 27/10/2016, ha rimesso alla Corte costituzionale la questione di legittimità dell'art. 10, comma 4-ter, D.Lgs. n.368/2001 e dell'art.36, commi 5, 5-ter e 5-quater, D.Lgs. n.165/2001, cioè di quelli articoli di legge che non consentono l'applicazione dell'art.5, comma 4-bis, D.Lgs. n.368/2001 quindi la trasformazione a tempo indeterminato dei contratti a tempo determinato successivi nel settore della sanità pubblica né alcun'altra misura preventiva e sanzionatoria, in violazione delle clausole 4 e 5 dell'accordo quadro comunitario e dell'art.117, comma 1, Cost. (oltre che di altri parametri costituzionali).

L'ordinanza del Tribunale di Foggia segue quella del Tribunale di Trapani, il quale, visto l'orientamento espresso dalla Corte di cassazione a Sezioni Unite con la sentenza n. 5072/2016, in ottemperanza alle indicazioni fornite dalla Corte di Giustizia Europea in molteplici occasioni (da ultimo nella causa C-22/13 e altre riunite, caso Mascolo), che ha indicato come misura tesa a sanzionare l'utilizzo abusivo di contratti a tempo determinato da parte delle Amministrazioni pubbliche l'indennità di cui all'art. 32 co. 5° L. 183/2010 (da 2,5 a 12 mensilità della retribuzione globale di fatto da ultimo percepita), salva la prova a carico del lavoratore del maggior danno subito, ha ritenuto necessario adire la Corte di Giustizia dell'Unione Europea al fine di verificare l'effettiva idoneità di detta misura a disincentivare l'abuso di contratti a termine da

parte delle Amministrazioni nazionali (principio di Effettività) e per appurare se questa rispetti il principio di Equivalenza, ribadito dalla Corte di Giustizia nel punto n. 52 della sentenza del 7.11.2006 (caso Marrosu) e, da ultimo, nel punto n. 79 della del 26.11.2014 (caso Mascolo).

Secondo il giudice del Tribunale di Trapani, se l'Ordinamento nazionale intende predisporre nel settore pubblico un rimedio diverso dalla conversione del rapporto, può farlo, ma ha l'obbligo di introdurre diverse misure che "non devono essere meno favorevoli di quelle che riguardano situazioni analoghe di natura interna".

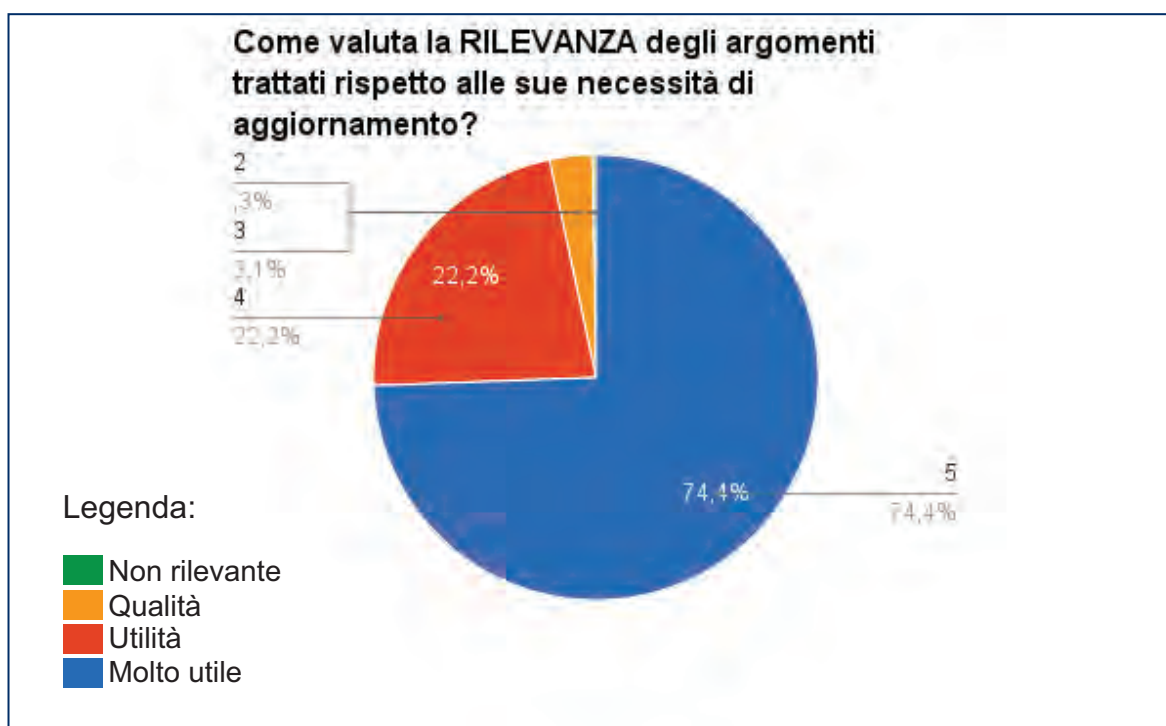
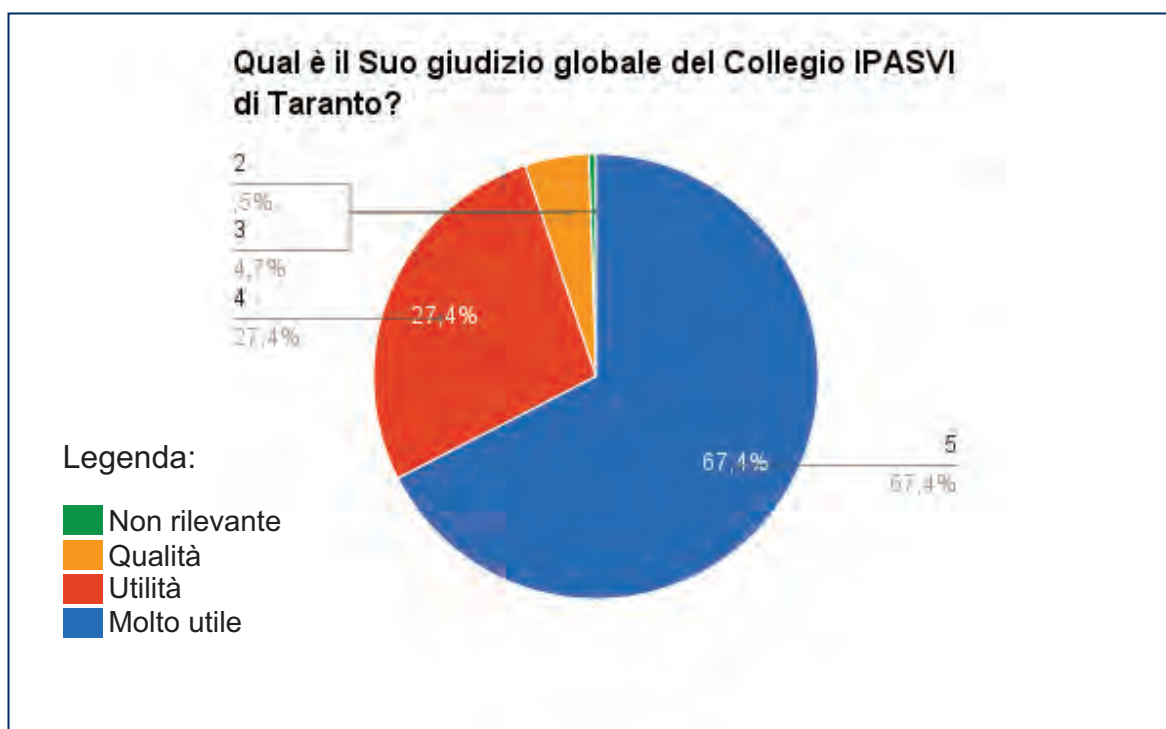
Allora, è evidente che l'attribuzione al lavoratore pubblico della sola indennità di cui all'art. 32 L. 183/2010 esprime senza dubbio una tutela "meno favorevole" di quella predisposta nel lavoro privato; da questa considerazione nasce il rinvio pregiudiziale alla Corte di giustizia protocollata dalla cancelleria della Corte con riferimento C-494/16.

Sempre dall'assenza di misure effettive, dissuasive, proporzionate, energiche per disincentivare e sanzionare l'utilizzo abusivo dei contratti a termine da parte della Pubblica amministrazione, nasce l'ordinanza del Tribunale di Foggia.

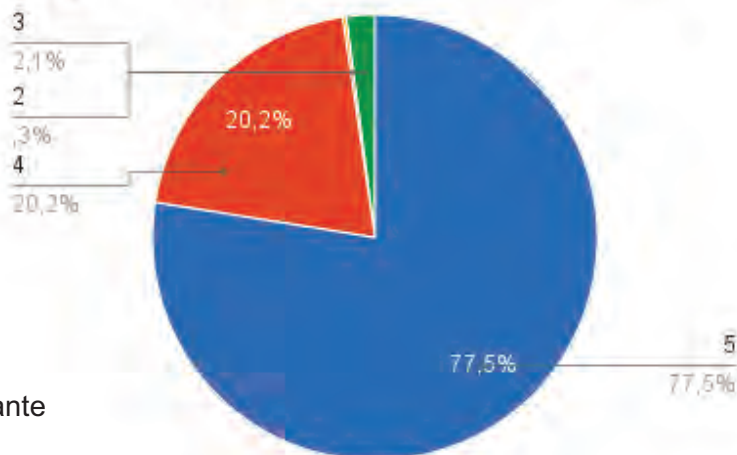
Non sarà certamente conveniente per lo Stato italiano risarcire i precari per l'illegittima precarizzazione del rapporto di lavoro, soprattutto se bisogna risarcirli per "equivalente" (come richiesto dalla Corte di giustizia) rispetto al settore privato, quindi sarà la Corte costituzionale, ancor prima della Corte di giustizia, a mettere la parola fine ad una *querelle* che dura da troppi anni e che è ormai necessario risolvere nel miglior modo possibile, che non può che essere rappresentato dall'avvio di un processo di stabilizzazione dei rapporti lavoro, altrimenti ci penserà, come sempre, la magistratura a colmare i vuoti della politica.

FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO RESIDENZIALE SEDE COLLEGIO IPASVI DI TARANTO ANNO 2016

SONDAGGIO SU CAMPIONE DI 416 UNITÀ



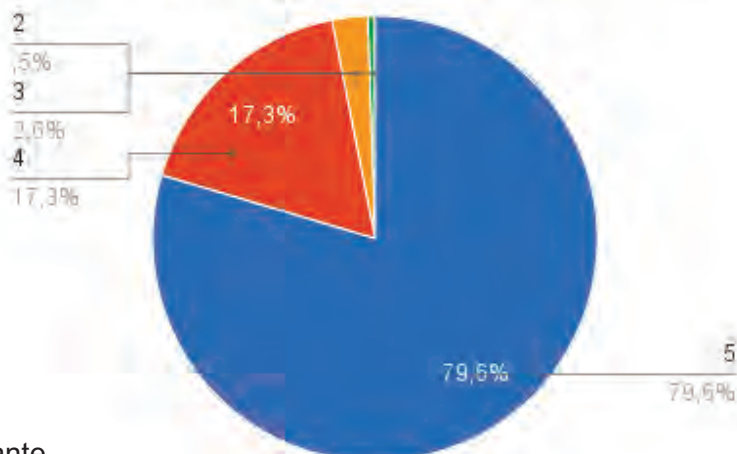
Come valuta la QUALITÀ educativa di questo programma ECM?



Legenda:

- Non rilevante
- Qualità
- Utilità
- Molto utile

Come valuta la UTILITÀ di questo evento per la sua formazione/aggiornamento?



Legenda:

- Non rilevante
- Qualità
- Utilità
- Molto utile

PROGRAMMA SCIENTIFICO

PIATTAFORMA ECM ANNO 2017

LA QUALITÀ DELLE RELAZIONI COMUNICAZIONE PAZIENTE - INFERMIERE

Corso interattivo-itinerante.

Durata 6 ore

Numero partecipanti: 40 - Riservato a iscritti Collegio IPASVI di Taranto.

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: gratuito

RETI TERRITORIALI E PERCORSI CLINICO - ASSISTENZIALI NELL'EMERGENZA IMMIGRAZIONE

Corso di aggiornamento residenziale.

Durata 16 ore

Numero partecipanti: 80 - Riservato a Iscritti Collegio IPASVI di Taranto

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: gratuito

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE STRUTTURE RIABILITATIVE - PSICHIATRICHE

Corso di formazione con 12 ore di lezioni interattive nonchè 12 ore di tirocinio in strutture di riferimento.

Durata 24 ore

Numero partecipanti: 40.

Gratuito per Iscritti al Collegio IPASVI di Taranto

Quota di partecipazione Euro 40 per Iscritti ad altri Collegi IPASVI.

INFERMIERE E OPERATORE SOCIO - SANITARIO. QUALE CAMBIAMENTO

DURATA 8 ore

Numero partecipanti: 80 riservato a Iscritti Collegio IPASVI Taranto

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: gratuito

PROGRAMMA SCIENTIFICO

COMUNICAZIONE DIGITALE

Corso di aggiornamento residenziale

Durata 6 ore

Numero partecipanti 200.

Gratuito per Iscritti al Collegio IPASVI di Taranto

Quota di partecipazione Euro 20 per Iscritti ad altri Collegi IPASVI.

LA CURA DEI CURANTI

Corso di aggiornamento residenziale

Durata 6 ore

Numero partecipanti 250

Gratuito per Iscritti al Collegio IPASVI di Taranto

Quota di partecipazione Euro 25 per Iscritti ad altri Collegi IPASVI

CORSO AVANZATO RISERVATO AGLI INFERMIERI COORDINATORI

Vantaggi per i Cittadini, per le Aziende Sanitarie, per la Professione

Durata 30 ore

Numero partecipanti 60.

Riservato a Iscritti Collegio IPASVI Taranto.

Quota di partecipazione Euro 30

SEDE COLLEGIO IPASVI DI TARANTO

MANAGEMENT DELL'EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA

Corso teorico-pratico con n. 5 lezioni interattive

Durata 16 ore.

Numero partecipanti 60

Riservato a Iscritti Collegio IPASVI di Taranto.

QUOTA di partecipazione: gratuito

Sede Collegio IPASVI TARANTO

PIATTAFORMA ECM ANNO 2017

CORSO BASE DI FORMAZIONE TRIAGE

a cura di Gruppo Formazione TRIAGE

Durata 16 ore

Numero partecipanti 25

Quota di partecipazione a totale carico degli Iscritti di Euro 180.00

Rilascio dei CF. ECM a carico del Collegio IPASVI DI Taranto

Sede: Collegio IPASVI TARANTO

CORSO BASE DI BLS/D

Durata 8 ore

Numero partecipanti 18

Quota di partecipazione a totale carico degli Iscritti Euro 70.00

Rilascio dei C.F.ECM a carico del Collegio IPASVI di Taranto

CORSO AVANZATO DI TRIAGE: GESTIONE DELL'ATTESA AL TRIAGE

Durata 16 ore

Numero partecipanti 25

Quota di partecipazione a totale carico degli Iscritti Euro (da definire)

Rilascio dei CF.ECM a carico del Collegio IPASVI di Taranto

ESPERIENZE DIPARTIMENTALI DI SALA OPERATORIA A CONFRONTO

Durata 8 ore

Numero partecipanti 40

Riservato agli Iscritti IPASVI Taranto

Quota di partecipazione: gratuito

GESTIONE DELLE INFEZIONI IN VULNOLOGIA: PERCORSO CONDIVISO NEL TRATTAMENTO DELLA RIPARAZIONE TISSUTALE

Durata 16 ore

Numero partecipanti 70


Riservato agli Iscritti al Collegio IPASVI di Taranto

Quota di partecipazione: gratuito



IPASVI





*A tutti noi
ed alle nostre famiglie
l'augurio che il nuovo anno
dispensi tanta positività*

Benedetta Mattiacci



IPASVI
Federazione Nazionale Collegi Infermieri



Pagamento quota annuale dovuta al Collegio IPASVI di Taranto - Anno 2016

Per l'anno 2017, dal mese di Marzo sarà possibile effettuare il pagamento della quota annuale di € 73,00 dovuta al Collegio IPASVI di Taranto. Coloro i quali non hanno ancora ricevuto la comunicazione sono pregati di recarsi personalmente agli sportelli SO.G.E.T. ed effettuare in loco il pagamento.

Ricerca sportello SO.G.E.T.

Alternative di versamento quota:

In alternativa, è possibile effettuare il versamento sul C/C postale n. 139741 intestato a SO.G.E.T. S.p.A – Taranto, scrivendo scrivere nella causale **“Quota iscrizione anno 2017”** seguito dal proprio Codice Fiscale oppure con bonifico bancario IBAN IT25M0760115800000000139741, scrivendo nella causale **“Quota iscrizione anno 2017”** seguito dal proprio Codice Fiscale.



PAGAMENTO QUOTA ANNUALE 2017

**Per l'anno 2017,
dal mese di Marzo sarà possibile
effettuare il pagamento
della quota annuale di € 73,00
dovuta al Collegio IPASVI di Taranto**

INFORMAZIONI





Arco di Sant'Angelo o Porta Napoli - Manduria (TA)



Cerchia Muraria Messapica di Manduria (TA)