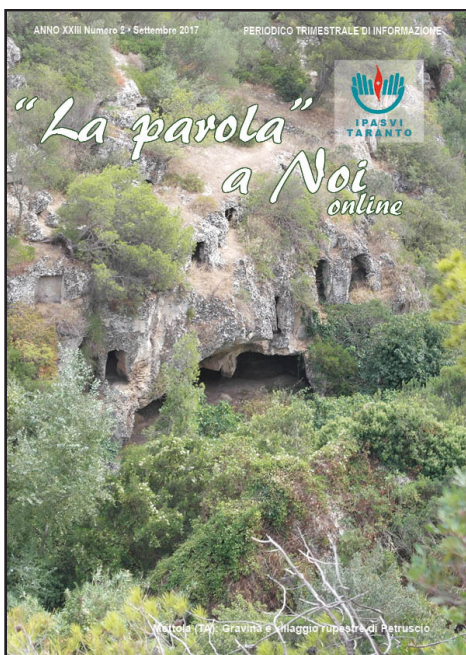




“La parvola” a Noi online

Mottola (TA): Gravina e villaggio rupestre di Petruscio



Comitato di redazione

G. Argese
L. Calabrese
E. De Santis

A. Gualano
G. Mecca
F. Perrucci

Direttore Responsabile

Benedetta Mattiacci

Comitato editoriale e redazionale

Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato

Ilaria Leo
Gabriele Leo
Chiara Guarino
Carmela Lacatena
Monica Cardelicchio
Natalina Segoloni
Simona Insogna
Tatiana Battista

Michele Conversano
Gianluca Ferrarese
Sonia Accettura
Lucia Lomagistro
Cosimo Della Pietà
Pierpaolo Volpe
Carmela Russo
Simona Insogna

Grafica a cura di Francesco P. Caforio (RSI)

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



Questo periodico
è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Sommario

Editoriale	Pag. 3
Focus su libera professione	“ 4
Mappare le competenze culturali	“ 7
Lotta al precariato	“ 17
L'infermiere e la Kangaroo Mother Care	“ 19
Terremoto: contributo agli infermieri di Norcia	“ 25
Il bullismo	“ 26
Servizio Consulenza Ambulatoriale Pediatrica	“ 36
Care Giver Familiare	“ 38
Diario di una Dottoressa	“ 40
I moduli focali professionali	“ 43
Giornata Internazionale dell'Infermiere	“ 52
Oltre l'obbligo vaccinale	“ 55
Infermieri e Codice Deontologico	“ 59

Collegio IPASVI di Taranto

Via Salinella, n. 15 - 74121 - Taranto

Telefono 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.ipasvitaranto.com - info@ipasvitaranto.it

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO

lunedì - mercoledì - venerdì 9.00-12.00
martedì 15.00-17.30 - giovedì 17.00-19.00

AVVISO

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

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

Cari Colleghi, da questo numero troverete il nostro giornale solo online, una sperimentazione resa necessaria dal mancato recapito del cartaceo a tutti gli iscritti, così privati di uno strumento di informazione importante per conoscere la vita del Collegio e il nuovo che avanza nella nostra professione, in continua evoluzione di idee, di contenuti, di formazione, alla ricerca del giusto riconoscimento del ruolo, della giusta valorizzazione professionale coniugata con la premialità, che, ove presente, incita a fare sempre meglio, ad essere al passo con le innovazioni, ad arricchire il bagaglio cognitivo e professionale, adeguandolo alle nuove domande, alle patologie emergenti.



Benedetta Mattiacci
Presidente IPASVI Taranto

L'Infermiere, oggi, promotore di una sensibilità trasversale al tema della tutela della persona, dal neonato all'anziano, avverte urgente l'importanza, ma anche i limiti, dei servizi offerti, dei problemi rivenienti dalle carenze di personale e dai tagli imposti al fondo sanitario, oltre che da una cattiva organizzazione dei servizi, a cominciare dal bisogno negato di favorire percorsi tra i diversi servizi, in funzione dei bisogni di salute sempre crescenti da parte di persone affette da pluripatologie o da patologie croniche o invalidanti.

L'Infermiere "vive" la professione, non è autoreferenziale, ma dialoga con il contesto che lo circonda, dimostrando cosa è la professione, come si sta evolvendo, come sta crescendo, acquisendo sempre più visibilità e determinazione, pur se i traguardi non sono stati tutti raggiunti, perché si prospettano sempre nuove sfide, come il continuo ricorso delle Asl a contratti a termine, come l'abusivismo professionale, come l'utilizzo improprio dei professionisti spesso sottopagati.

Esistono traguardi da conquistare a livello legislativo - la trasformazione da Collegi ad Ordini-, esiste l'incognita del nuovo contratto di lavoro, che confermerà la nascita del "professionista specialista" che, insieme al "professionista esperto", costituirà il clou della formazione dei nuovi infermieri

C'è tanto ancora da fare e da ottenere, per questo il nostro Collegio, muovendosi in sintonia con i bisogni espressi dagli iscritti, si impegna per dare risposte in contesti diversi, in ambiti diversi, laddove maggiormente si avverte la necessità di "saperi", di "formazione" perseguendo quell'ideale di servizio spesso rincorso ma non realizzabile nelle realtà in cui si opera. Nell'attesa di veder realizzati "i bisogni", l'infermiere "si attrezza", si "dota", amplia "le conoscenze", cerca di conoscere innovazioni e scoperte che, pur se non applicabili nei contesti locali, rappresentano un bagaglio di quelle conoscenze indispensabili per dare risposte, per essere l'infermiere di oggi proiettato verso un domani in cui la professione vedrà riconosciuto in pieno il suo "RUOLO".

E
D
I
T
O
R
I
A
L
E

"Bisogna moltiplicare le idee a tal punto che non vi siano guardiani sufficienti per controllarle" [Stanislaw J. Lec]

FOCUS SULLA LIBERA PROFESSIONE e cassa di previdenza



Interessante convegno organizzato dal Collegio Ipasvi di Taranto, con la presenza di relatori oltremodo qualificati (dott. Gennaro Rocco, Coordinatore Consiglio di indirizzo generale ENPAPI-Direttore Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica; dott. Mario Schiavon, Presidente Cassa di Previdenza ENPAPI; dott. ssa M.C. Bruni, Dirigente Professioni Sanitarie Asl-Ta; dott. Marco Bernardini, DG ENPAPI; dott. ssa Giovanna Bertoglio, vice-presidente Cassa ENPAPI; dott. Pio Lattarulo, Dirigente Professioni Sanitarie- Asl Ta), relatori che hanno fatto il punto dello stato dell'arte della libera professione in una realtà ed in possibili scenari futuri in cui l'infermiere potrebbe esprimere al meglio competenze e conoscenze sia in ambito pubblico che privato, sia come infermiere strutturato che come libero professionista, grazie ai traguardi raggiunti, alle evoluzioni di ruoli e della sanità stessa. È la libera professione la nuova sfida, la sfida del futuro, se si vogliono mettere alla prova principi e valori, se si vogliono affrontare sfide in termini di responsabilità, di competenze, di tecnologie, di capacità di superare limiti e criticità, se davvero

si vuole cambiare il modo di essere professionisti con responsabilità sancite dalle leggi e, in specie, dalle coscienze. Essere "libero professionista" è una scelta ed un'opportunità lavorativa cui ambire. Essere un professionista significa lavorare in modo autonomo, essere responsabile del "proprio agire", come sancisce la legge Gelli- Bianco, per cui l'infermiere libero professionista deve "garantirsi" anche con un'opportuna assicurazione-ombrello.

Legge Gelli-Bianco dalla parte dell'infermiere o dei cittadini?

*"La legge dello Stato tutela e garantisce i cittadini - afferma il **dott. Gennaro Rocco** - Partiamo da alcuni dati oggettivi.*

Negli anni un progressivo aumento del contenzioso cittadini-professionisti-aziende.

A fronte di un alto numero di contenziosi, un bassissimo numero di condanne, perché chi denunciava doveva provare il dolo, cosa non sempre facile.

Trasparenza e certezza si sono, allora, rivoltate

contro i cittadini, con fuga dei professionisti più esperti e formati, ovviamente a più alto rischio, ma punti di riferimento per i colleghi meno esperti rimasti “orfani”, da cui l'aumento in modo esponenziale, ad esempio, di danni perinatali.

Necessari, allora, i paletti, come la legge Gelli-Bianco, che, con grande rispetto per i cittadini –utenti, obbliga i professionisti ad assicurarsi, a munirsi di quella copertura assicurativa in grado di fronteggiare eventuali ricorsi; sensibilizza l'infermiere a lavorare meglio per la consapevolezza dei maggiori rischi. E' una cultura della responsabilità che va diffusa nella nostra professione”.

Quali le sfide future?

“L' invecchiamento della popolazione ed il basso tasso di natalità, quasi bombe ad orologeria, porteranno problemi reali di sostenibilità del SSN, per cui sarà necessario definire strategie di politiche sanitarie e di welfare che tengano conto di quel che affronterà il nostro paese nei prossimi anni, in specie malattie ad andamento cronico-degenerative. Evidente il bisogno di un crescente numero di professionisti che si occupino principalmente di assistenza, quindi infermieri con sempre più specializzazioni di area, per affrontare le pluripatologie sempre più numerose e specifiche. D'altro canto, occorrerà implementare ed applicare: modelli organizzativi nuovi, legati a istituzioni di figure come infermiere di comunità (o famiglia); servizi a domicilio per famiglie e persone; programmi di educazione e salute; promuovere una medicina d'iniziativa che consenta di individuare fasce di popolazione fragile e/o a rischio, cominciando dalle prime fasce di età scolarizzata con la presenza nelle scuole dell'infermiere scolastico, continuando con la presenza dell'infermiere di comunità o di famiglia al fine di fare interventi mirati, precoci o preventivi per consentire di ritardare l'evento patologico”.

Uno scenario importante, dunque, in cui ben

si inserisce quel libero professionista, soggetto del convegno, figura emergente, anche se con fatica, perché il percorso formativo abilitante all'esercizio della professione indirizza i più giovani verso la ricerca di un posto di lavoro prevalentemente nelle strutture ospedaliere, con garanzia di un contratto di lavoro a tempo indeterminato, oggettivamente allettante.

“Purtroppo la formazione universitaria è mirata all'ospedale, mortificando il territorio, la diversa tipologia di formazione, mentre dovrebbero essere valutati i bisogni, oggi, prevalentemente per un compendio pubblico-privato - afferma il dott. Mario Schiavon-

Di fatto la libera professione, espletata in forma privata, risponde alle esigenze in specie degli anziani, perché il professionista sa stare accanto alla persona fino al bisogno, ogni qualvolta ha bisogno, con la massima attenzione, senza calarlo in contesti estranei, senza allontanarlo da affetti ed abitudini, protettivi per l'assistito. Emerge, allora, chiaro il bisogno di una formazione che tenga conto di questa realtà, che metta il professionista in grado di valutare la situazione nel suo insieme per la presa in carico della persona nei diversi momenti della vita, l'urgenza del cambiamento di ottica per l'università che deve spostarsi su una formazione legata alla persona, con programmi adeguati ai nuovi bisogni, necessari alle nuove caratteristiche della professione, ai nuovi ambiti lavorativi quali studi associati o società tra professionisti o cooperativo di tipo A (prof.) che possano partecipare a gare di appalto indette dalle Asl (cosa presente in molte regioni del nord Italia). Una revisione dei programmi non può che ingenerare spinte negli studenti, preparandoli anche alla libera professione, sbocco lavorativo essenziale per il contenimento delle patologie avanzanti. Ma la libera professione, al pari dell'esercizio in strutture pubbliche o private, non può non garantirsi una copertura

assicurativa che la salvaguardi, intervenga a tutela in caso di contenziosi o in caso di eventi allo stesso iscritto.

Di fatto la Cassa ENPAPI: in caso di ricovero e di malattia oltre i 30gg., corrisponde una somma in misura legata al reddito (indicativamente, per 30.000 euro lordi dichiarati, il corrisposto è di 1000 euro); prevede trattamenti economici speciali a favore degli orfani degli iscritti che ricevono fino a 1000 euro al mese fino al compimento degli studi; eroga 1000 euro al mese, vita natural durante, a quanti ritenuti non più idonei al lavoro; sostiene con 2000 euro l'avvio dell'attività professionale per i giovani con almeno un anno di storia professionale”

Un valore aggiunto, dunque.

“La Cassa, aldilà dell'obbligo di legge, attraverso un risparmio da noi fatto, dà queste prestazioni, che sono, sì, un valore aggiunto ma cerca, anche, di creare un Ente che risponda a tutte le esigenze degli iscritti, un ventaglio di esigenze di prima necessità quale possono essere:

- contributi per la prima casa,
 - contributi per gli asili nido,
 - contributi per l'acquisto libri di testo,
 - contributi per la frequenza di Master.
- Attività aggiuntive per quasi 3 milioni di euro nel 2016, ai quali vanno aggiunti quasi 2 milioni per donne in gravidanza”.

Gennaro Rocco American Fellow 173



Sabato, 7 ottobre a Washington, DC., si terrà la premiazione per i new Fellows dell'American Academy of Nursing, tra i quali il nostro dott. Gennaro Rocco.

Questa la comunicazione inviata dalla A.N. in data 8 maggio 2017.

“Dear Dr. Rocco, It is with great pleasure that we inform you of your selection for Fellowship in the American Academy of Nursing. Please accept our sincere congratulations. This is an important acknowledgment of your outstanding contributions and achievements in nursing. We encourage your active participation in working toward strategic goals of Academy”

“Dear Dr. Rocco, It is with great pleasure that we inform you of your selection for Fellowship in the American Academy of Nursing. Please accept our sincere congratulations. This is an important acknowledgment of your outstanding contributions and achievements in nursing. We encourage your active participation in working toward strategic goals of Academy”

Il dott. Rocco è Dottore di ricerca in Scienze infermieristiche, direttore scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, docente di discipline infermieristiche nei corsi di laurea e di laurea magistrale delle Università di Roma Tor Vergata, di Perugia e dell'Università Cattolica NSBC di Tirana.

Svolge attività di ricerca nel campo delle scienze infermieristiche a livello nazionale ed internazionale. E' presidente della Fondazione “Insieme per Vita agli anni” ed è coordinatore del Consiglio di Indirizzo Generale della Cassa di Previdenza dei liberi professionisti infermieri Enpapi.

**AL DOTT. ROCCO I COMPLIMENTI DEL COLLEGIO IPASVI-TARANTO ED UN
“AD MAIORA”**

MAPPARE COMPETENZE CULTURALI: l'infermiere multietnico

dott. Gianluca Ferrarese, Infermiere C. O. 118-TARANTO
dott.ssa Chiara Guarino, Infermiera Precaria

Il nostro pianeta è soggetto a continue trasformazioni in molte aree geografiche. Gli infermieri dovrebbero acquisire una nuova consapevolezza di questi mutamenti e dovrebbero essere sempre più informati dei problemi che ne potrebbero derivare per l'essere umano, da una prospettiva infermieristica transculturale¹.

Questo è quello che scriveva Madeleine Leininger già negli anni '50, anticipando quelle che sarebbero state nei decenni a venire le istanze di una società divenuta nel frattempo sempre più multietnica.

Tuttavia, ancora oggi, non tutti gli ambiti della società riescono a tenere conto di questa diversità e tra questi il sistema sanitario italiano non adeguatamente preparato ad assistere la popolazione migrante. Salute e cultura sono sostanzialmente la stessa realtà; non si può parlare di salute fuori dell'ambito dell'autonomia della propria persona, delle proprie capacità culturali e umane.

La scienza infermieristica ha come mission la persona nel suo continuum salute/malattia in senso olistico, avendo come campo applicativo la pratica assistenziale interpersonale, che mira a garantire l'autonomia nella cura di sé e la possibilità di vivere a pieno lo stato di benessere.

L'incontro tra infermiere e paziente riguarda sempre due universi culturali distinti, anche se entrambi provengono dalla medesima cultura e, di conseguenza, se nelle diverse culture concetti come salute e malattia hanno una molteplice varietà di attributi, valori e significati, è necessario che gli infermieri, attraverso discipline demotno

antropologiche, si dotino di strumenti necessari a fornire un'assistenza qualitativamente significativa per l'assistito straniero.

In un'era dove le competenze rappresentano il futuro della nostra professione, è utile promuovere progetti di miglioramento della qualità assistenziale attraverso percorsi formativi mirati e processi di audit in grado di monitorare la crescita professionale del singolo professionista sanitario e la relativa percezione dell'assistenza ricevuta dal paziente.

IL FENOMENO IMMIGRAZIONE E LE SUE DIMENSIONI

Il fenomeno immigrazione è oggetto di diversi studi a livello nazionale ed internazionale. I dati più recenti, che riescono a fornire un quadro "istantaneo" del problema, vengono riportati dal XXIV rapporto immigrazione a cura della Caritas italiana e Fondazione Migrantes².

La popolazione straniera residente in Italia è di 4.922.085.

Se focalizziamo l'attenzione sulla nostra regione, i dati ottenuti dallo stesso studio sono quelli riportati alla nota 1.

Sebbene, rispetto al trend nazionale, la nostra regione, ed in particolare la città di Taranto, non riporti dati statisticamente rilevanti rispetto ad altre regioni, c'è da sottolineare la funzione strategica che assume il nostro porto per lo sbarco degli stessi immigrati con relativo processo di primary care attivato dal personale sanitario.

1 Cfr. Leininger M.M., (1990) Ethnomethods: The philosophic and epistemic based to explicate transcultural nursing knowledge. Journal of Transcultural Nursing. 1 (2):40-51.

2 XXIV Rapporto Immigrazione 2014. Migranti, attori di sviluppo Ed. Tau



IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI TRA REALTÀ E ASPETTATIVE

Fin dagli anni settanta³ gli studi sui migranti hanno mostrato che, cambiando l'ambiente, si modificava anche il rischio di malattia. E' evidente che il modello eziologico della malattia influenza la scelta del soggetto cui rivolgersi: se si ritiene che la causa sia dovuta a fattori sovrannaturali, e indipendenti dal corpo, le persone provenienti da alcune culture non si rivolgeranno ai medici del SSN, o solo in ultima istanza⁴. L'intendere la malattia in modo diverso comporta incomprensioni e difficoltà all'interno del rapporto operatore-utente, accentuate dal fatto che il paziente stesso non riconosce di essere malato. La malattia è vista come evento esterno ed ammetterla potrebbe significare il fallimento del progetto migratorio.

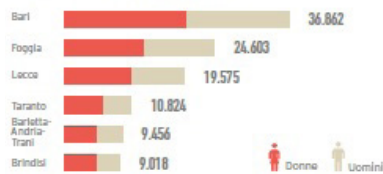
3 Cfr. Costa G., Landriscina T., Marinacci C. et al. (2008), I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza, in «Monitor», 22/3: 98-109.

4 Cfr. Conti C., Sgritta G., "Immigrazione politiche sociosanitarie. La salute degli altri" in Società e Salute n° 2, anno III, 2004

PUGLIA



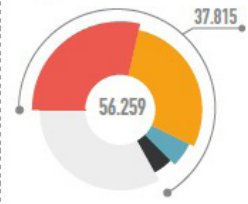
Stranieri residenti per provincia e genere



Principali Paesi di provenienza



Occupati nati all'estero



Occupati nati all'estero per principali nazionalità



Allievi con cittadinanza straniera



Il migrante, per non interferire con le promesse fatte alla comunità d'origine e per continuare ad essere accettato nella società di accoglienza, dispone di un unico strumento: il corpo sano, che gli permette di lavorare. Molto spesso, pertanto, l'ammissione di malattia viene rinviata nel tempo, fino a quando è conclamata e il migrante non può fare a meno di rivolgersi al servizio sanitario. A ciò si aggiunge che l'immigrato, nel momento in cui si ammala, non è sostenuto dal suo gruppo sociale, né dalla sua famiglia, vive l'evento in completa solitudine, in un paese straniero, dove, al contrario di ciò che ha conosciuto nel suo paese d'origine, si tende a emarginare la persona malata. Chi si ammala, molte volte, non chiede aiuto, per paura, vergogna, sfiducia e teme di non venir compreso, sia per la diversità culturale e la complessità della comunicazione, sia perché, spesso, si sente discriminato.

Alla malattia si aggiunge e la rinforza lo stress tipico da transculturazione.

Ne sono fattori:

- **la lingua:** chi migra si trova a dover interagire in un ambiente di cui non conosce la lingua; a questa va aggiunta la difficoltà della comunicazione non verbale. Le persone straniere devono compiere uno sforzo maggiore d'energia psichica per capire e cercare di farsi capire; possono sentirsi, d'improvviso, del tutto incompetenti linguisticamente, mentre prima di migrare non si riconoscevano come tali;
- **lo status sociale:** i migranti che giungono in Italia, secondo i dati dell'ultimo decennio, sono in gran parte persone acculturate, alle quali è riconosciuto, nel loro paese d'origine, uno status sociale di rilievo; quando arrivano nel nostro Paese, diventano semplicemente "extracomunitari", con gli stereotipi e pregiudizi che questo termine comporta; passano dal ricoprire un ruolo di un certo livello, per il quale erano stimati, all'essere considerati "vagabondi" nel paese d'accoglienza;
- **la crisi etica:** arrivare in un luogo dove i principi del paese d'origine appaiono sovvertiti, può creare una confusione tale che alcuni individui sembrano perdere i propri riferimenti etici; non si capisce più "cosa è giusto e cosa non lo è". Negli individui più deboli questo può comportare il rischio di assumere comportamenti devianti e sovversivi dei propri punti tradizionali di riferimento. Il ritrovarsi in una società, in cui si ha la sensazione che le regole del paese d'origine non esistano più e non ci sono punti visibili di riferimento cui rivolgersi, può portare a comportamenti devianti, che al proprio paese non si sarebbero mai seguiti.

I numerosi fattori che intervengono nella percezione del concetto di salute/malattia e nel rapporto tra infermiere e paziente immigrato, nell'intento di formulare un questionario quanto più attendibi-

le, mi ha spinto ad intraprendere un percorso di revisione della letteratura sull'argomento.

LE COMPETENZE CULTURALI: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Nell'infermieristica il termine cultura fa riferimento ai modelli di vita appresi e trasmessi, a valori, simboli, pratiche e norme proprie della professione, legate ad una specifica società⁵.

Per competenza culturale nell'ambito sanitario, invece, si intende l'insieme delle conoscenze, capacità di comprensione e abilità che permettono al professionista della salute di fornire un'assistenza coerente con le diverse necessità del paziente⁶, evitando standardizzazioni⁷. Se questa non è adeguatamente posseduta, si rischia di basare l'assistenza infermieristica su una valutazione superficiale, stereotipata ed etnocentrica⁸ o di pensare erroneamente che tutti i soggetti appartenenti ad gruppo culturale abbiano le medesime esigenze¹⁰. È stata condotta una ricerca bibliografica per identificare strumenti che possano aiutare gli infermieri italiani ad affrontare e comprendere le diversità culturali dei

5 Cfr. Bjarnason D, Mick J, Thompson J A, Cloyd E (2009). Perspectives on transcultural care. *Nurs Clin North Am*, 44(4), 495-503

6 Cfr. Purnell L, Davidhizar R E et al. (2011). A guide to developing a culturally competent organization. *J Transcult Nurs*, 22(1), 1-7.

7 Cfr. Wood M (2010). Cultural safety and the socioethical nurse. *Nurs Ethics*, 17(6) 715-725.

8 Cfr. Papadopoulos I (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. In: *Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners*, pp. 7-24. Beijing: Elsevier Limited.

9 Cfr. Takeno Y (2010). Facilitating the transition of Asian nurses to work in Australia. *J Nurs Manag*, 18(2), 215-224.

10 Cfr. Misra-Hebert A D, Isaacson J H (2012). Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy. *Cleve Clin J Med*, 79(2), 127-133.

pazienti. Sono stati consultati i database Pubmed e Cinahl, con i seguenti MeSH term, incrociati sistematicamente con l'operatore booleano "And": "transcultural nursing", "cultural competence", "nursing attitude", "multicultural patient", "cultural care diversity", "nursing value". Sono stati inclusi articoli pubblicati da gennaio 2008 a novembre 2013, in lingua inglese ed italiana, con disponibilità dell'abstract, comprendendo anche testi e altro materiale disponibile online. Sono stati scartati articoli relativi all'ambito educativo e alla formazione di base degli infermieri, studi effettuati in contesti culturali non comparabili con quello italiano o inerenti ambiti teorici diversi dal nursing. Al termine della selezione su 254 articoli ne sono stati scelti e analizzati 53, mentre mediante una ricerca manuale sono stati selezionati 7 testi.

STRUMENTI E MODELLI PER UNA ASSISTENZA CULTURALMENTE COMPETENTE

A partire dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso, sono stati elaborati numerosi modelli per la pratica infermieristica che includono gli aspetti culturali del paziente¹¹¹²¹³. Essi sono spesso associati a sistemi di valutazione che indagano il livello effettivo di competenza culturale posseduto dall'infermiere (Tabella 1) e a strumenti di rilevazione¹⁴ (Tabella 2).

11 Cfr. Campinha-Bacote J C (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare service: a model of care. *J Transcult Nurs*, 13(3), 181-184.

12 Cfr. Higgimbottom G M A, Richter M S et al. (2011). Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: an integrative review of the literature. *BMC Nursing*, 10(16). Consultato 16 maggio 2012, disponibile all'indirizzo: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/16>.

13 Cfr. Kersey-Matusiak G (2012). Competent care: are we there yet? *Nursing management* April 2012.

14 Cfr. Douglas M K e Pierce J H et al. (2011). Standards of practice for culturally competent nur-

GLI STANDARD DI RIFERIMENTO

Nel corso degli anni sono stati elaborati, inoltre, standard di riferimento che indicano quali dovrebbero essere le caratteristiche essenziali per un nursing culturalmente competente (Tabella 3).

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

La capacità di relazionarsi con persone diverse per valori e cultura è una delle componenti della competenza culturale più difficile da valutare e autovalutare, rendendola un ambito complesso e delicato da descrivere.

Nelle valutazioni dirette l'attenzione viene focalizzata principalmente sull'analisi delle prestazioni¹⁵, sul portfolio¹⁶ o sulla formazione e aggiornamento continuo del professionista¹⁷.

Nei sistemi indiretti, invece, si analizzano contemporaneamente uno o più aspetti della competenza culturale mediante questionari o sistemi di autovalutazione.

Molti degli strumenti a disposizione sono generici, utilizzabili da diversi operatori in differenti contesti professionali, come nel caso dell'Inventory to Assess the Process sing care: 2011 update. *J Transcult Nurs*, 22(4), 317-333.

15 Cfr. Byram M (1997). *Teaching and assessing intercultural communicative competence*. Philadelphia, PA: Multilingual Matters.

16 Cfr. Jacobson W, Schleicher D, Maureen, B (1999). Portfolio assessment of intercultural competence. *Int J Intercult Relat*, 23(3), 467-492.

17 Cfr. Davis D A, Mazmanian P E, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe K E, Perrier L (2006). Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*, 296(9), 1094-1102.



of Cultural Competence Revised¹⁸ e del Cultural Competence Assessment¹⁹.

Nonostante questi metodi siano piuttosto diffusi, soprattutto nel mondo anglosassone, Perng e Watson²⁰ evidenziano che spesso l'affidabilità e

18 Cfr. Campinha-Bacote J C (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare service: a model of care. *J Transcult Nurs*, 13(3), 181-184.

19 Cfr. Schim S M, Doorenbos A Z et al. (2003). Development of a cultural competence assessment instrument. *J Nurs Meas*, 11(1), 29-40.

20 Cfr. Perng S J, Watson R (2012). Construct validation of the Nurse cultural competence scale: a hierarchy of abilities. *J Clin Nurs*, 21(11-12), 1678-84

la validità delle misure dei sistemi di autovalutazione non sono state rigorosamente esaminate. Inoltre, molti autori sottolineano che la competenza culturale è un sistema dinamico e complesso da valutare, in quanto la sua definizione non è sempre chiara²¹.

Al momento non esistono né strumenti italiani che possano supportare gli infermieri nella presa in carico degli utenti culturalmente diversi, né modelli teorici nazionali a cui poter fare riferimento.

21 Cfr. Johnson Y M, Munch S (2009). Fundamental contradictions in cultural competence. *Social Work*, 54(3), 220-231.00

Tabella 1 - Caratteristiche e aspetti essenziali di alcuni modelli/strumenti (Higgimbottom, Richter et al., 2011)

AUTORE	NOME DEL MODELLO	ANNO	CARATTERISTICHE PRINCIPALI
<i>Campinha-Bacote</i>	The Process of Cultural Competence in the delivery of Healthcare Services Model	1994	La competenza culturale è un processo che integra la consapevolezza culturale, le abilità culturali, le conoscenze culturali, gli incontri culturali e i desideri culturali.
<i>Davidhizar R, Giger JN, Han- nenpluf LW</i>	Giger-Davidhizar Transcultural Assessment (GDTAM)	1988	Il Modello della valutazione Transculturale di Giger-Davidhizar serve a valutare le differenze tra le persone all'interno di gruppi culturali, considerando la comunicazione, lo spazio, l'organizzazione sociale, il tempo, il controllo dell'ambiente e le variazioni biologiche.
<i>Davidson JU, Reiger T, Boos S</i>	Family Cultural Heritage Assessment Tool (FAMCHAT)	1997	Lo strumento è progettato per una valutazione qualitativa. Si compone di domande aperte, centrate su una serie di variabili comprendenti il sistema di credenze, la lingua, l'influenza dell'acculturazione e il gruppo formale ed informale di appartenenza.
<i>Kim-Godwin WS, Clarke PN, Barton L</i>	The Culturally Competent Community Care Model (CCCC)	2001	Per valutare se l'assistenza è culturalmente competente in questo modello vengono proposti i seguenti costrutti: l'assistenza, la sensibilità culturale, le conoscenze culturali, le abilità culturali nelle comunità con un focus sulle etnie delle popolazioni.
<i>Narayanasamy A</i>	Assessment, Communication, Cultural negotiation and compromise, Establishing respect and rapport, Sensitivity, Safety (ACCESS) model	1999	Il modello delinea come punto cruciale dell'assistenza culturale la comunicazione. Agli infermieri viene richiesto di sforzarsi di essere sensibili verso le altre culture con la negoziazione e il compromesso, attraverso il rispetto e la relazione e mostrandosi sensibile alle esigenze dei pazienti.
<i>Purnell L</i>	The Purnell Model for Cultural Competence	1995	Questo modello dispone di dodici campi di applicazione, comuni a tutte le culture: patrimonio culturale, la comunicazione, i ruoli familiari e l'organizzazione, i problemi della forza lavoro, bio-ecologia culturale, comportamenti ad alto rischio, la nutrizione, la gravidanza e le pratiche legate alla gestazione, i rituali di morte, la spiritualità e le pratiche di gestione della salute riferite all'assistenza dell'operatore sanitario.
<i>Papadopoulos, Tilky & Taylor</i>	The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for developing cultural competence	2004	Consapevolezza e conoscenza culturale, la sensibilità e la competenza culturale.
<i>Leiniger M</i>	The Sunrise model	1955	Modello popolare di infermieristica transculturale focalizzato su fattori tecnologici, religiosi e filosofici, affinità e aspetti sociali, valori culturali e modi di vita, politici e giuridici, economici, educativi all'interno l'individuo, le famiglie, gruppi, comunità e istituzioni. Aspetti aggiuntivi sono: mantenimento/preservazione; adattamento/negoziazione e rimodellamento/ristrutturazione dell'assistenza culturale; visione del mondo dell'operatore.

Tabella 2 - Gli strumenti per misurare la competenza culturale maggiormente riportati in letteratura (modificato da Kumaş-Tan, Beagan et al., 2007; Loftin, Hartin et al., 2013)

STRUMENTI DI MISURAZIONE	APPLICAZIONI	PROPRIETÀ PSICOMETRICHE	STRUTTURAZIONE
<i>Multicultural counseling Inventory (MCI)</i>	Basato sul modello teorico di Sue e colleghi relativo agli atteggiamenti, conoscenze e abilità legate alla competenza culturale. È stato creato nel 1994 e utilizzato nell'ambito psicologico.	<ul style="list-style-type: none"> • Buoni i contenuti e la presentazione, • accettabili criteri di validità, • non sono noti test-retest di validazione, • moderata relazione tra le sottoscale, • il modello a quattro fattori ha solo una stima del 36% della varianza. 	<ul style="list-style-type: none"> • 40 item, • scala Likert a quattro valori (da poco preciso a molto preciso), • un fattore generale della competenza multicultural e quattro fattori specifici: consulenze multiculturali, abilità, consapevolezza, consulenza relazionale e conoscitiva multicultural.
<i>Cultural self-efficacy scale (CSES)</i>	Creato nel 1987 per essere utilizzato nell'ambito infermieristico e rivisto nel 1993.	<ul style="list-style-type: none"> • Buona affidabilità e attendibilità. 	<ul style="list-style-type: none"> • 26 item, • scala Likert a cinque valori (da scarsa fiducia a fiducia completa), • tre sezioni: conoscenze relative ai concetti culturali, conoscenze relative ai fattori culturali e abilità nell'ambito del nursing transculturale.
<i>Inventory for assessing the process of cultural competence among health professionals (IAPCC and IAPCC-R)</i>	Basato sul modello della competenza culturale di Campinha-Bacote è stato creato nel 1998 e utilizzato nell'ambito infermieristico, medico e farmacologico. Rivisto nel 2003.	<ul style="list-style-type: none"> • Buona coerenza interna e affidabilità. 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 item, • scala Likert a quattro variabili (da molto consapevole a inconsapevole; da fortemente in accordo a completamente in disaccordo; da molto informato a disinformato; da molto comodo a scomodo; da molto coinvolto a non coinvolto), • cinque sottoscale: consapevolezza culturale, conoscenze culturali, abilità culturali, incontri e desiderio culturali.
<i>Cross-cultural adaptability inventory (CCAI)</i>	Strumento generico, creato nel 1987 e modificato nel 1992.	<ul style="list-style-type: none"> • Dati contrastanti: • Kelley e Meyers riportano una eccellente affidabilità, face validity e validità di costruito, • discutibile la validità predittiva, • Davis e Finney riportano che la struttura a Quattro fattori non è replicabile e l'adattabilità transculturale non è misurabile con questi item e/o questa struttura. 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 item, • scala Likert a sei valori (da assolutamente falso a completamente vero), • quattro sottoscale: resilienza emotiva, flessibilità/apertura, acutezza percettiva e autonomia personale.

Tabella 2 - Gli strumenti per misurare la competenza culturale maggiormente riportati in letteratura (modificato da Kumaş-Tan, Beagan et al., 2007; Loftin, Hartin et al., 2013)

<p><i>Quick discrimination index (QDI)</i></p>	<p>Creato nel 1995 per essere usato sia come strumento generico, sia nell'ambito psicologico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buona la coerenza interna delle scale e sottoscale, • testata per quindici settimane, • presentazione promettente, validità dei costrutti e dei criteri correlati 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 item, • scala Likert a cinque valori (da fortemente in disaccordo a completamente d'accordo), • tre sottoscale: atteggiamenti (cognitivi) generali ed emotivi sulla diversità razziale, e atteggiamenti generali sul problema legato alle donne.
<p><i>Culture attitude scale, or ethnic attitude scale (CAS/EAS)</i></p>	<p>Creato per l'ambito infermieristico nel 1979 e modificato nel 1993.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poca affidabilità. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 item per ogni illustrazione (pazienti anglo e afro americani; possono essere aggiunte altre illustrazioni), • scala Likert a cinque valori (da fortemente in accordo a completamente in disaccordo), • tre fattori: assistenza infermieristica e interazione col paziente; comportamenti, atteggiamenti culturali legati alla salute e credenze.
<p><i>Multicultural awareness, knowledge, and skills survey (MAKSS and MAKSS-CE-R)</i></p>	<p>Basato sul modello di competenza culturale proposto da Sue e colleghi, è stato creato nel 1991 per l'ambito psicologico e modificato nel 2003.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adeguata affidabilità, • accettabili i fattori a supporto dei costrutti e dei criteri di validità della scala e delle sottoscale, la MAKSS-CE-R rappresenta solo un terzo della varianza del questionario originale, il MAKSS (29.8%). 	<ul style="list-style-type: none"> • 33 item, • scala Likert a quattro valori (da molto limitato a molto consapevole, da molto limitato a molto buono; da fortemente in disaccordo a molto d'accordo), • tre sottoscale: consapevolezza; conoscenza e abilità.
<p><i>Cultural competence self-assessment Questionnaire (CCSAQ)</i></p>	<p>Basato sul modello di competenza cultural di Cross e colleghi, originariamente era stato pensato per l'ambito della salute mentale dei bambini e adolescenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Affidabilità accettabile, tranne che per la parte del coinvolgimento personale, • validità supportata dalla letteratura e revisione di esperti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Due versioni: una per gli operatori e una per gli amministratori dei servizi. La prima è composta da: • 79 item con risposte organizzate secondo il sistema delle scale Likert a quattro variabili, • cinque sottoscale che indagano la conoscenza delle comunità, il coinvolgimento personale, le risorse e il personale, i collegamenti, i servizi di consegna, e le attività pratiche, le politiche organizzative e le procedure, l'interessamento verso la comunità.

Tabella 2 - Gli strumenti per misurare la competenza culturale maggiormente riportati in letteratura (modificato da Kumaş-Tan, Beagan et al., 2007; Loftin, Hartin et al., 2013)

<p><i>Cross-cultural counseling inventory (CCCI and CCCI-R)</i></p>	<p>Basato sul modello di competenza culturale proposto da Sue e colleghi, è stato creato nel 1983 per l'ambito psicologico e modificato nel 1991.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutibili i test-retest per l'affidabilità interna, • la struttura dei fattori rimane ancora in discussione. 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 item, • scala Likert a sei variabili (da fortemente in disaccordo a completamente d'accordo) compilato da un osservatore, • tre fattori: abilità terapeutiche transculturali, consapevolezza socio-politica e sensibilità culturale.
<p><i>Multicultural counseling knowledge and awareness scale, formerly the multicultural counseling awareness scale-form B (MCKAS)</i></p>	<p>Basato sul modello di competenza culturale proposto da Sue e colleghi, è stato creato nel 1991 per l'ambito psicologico e modificato nel 2002.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Moderata validità convergente con la MCI, • discutibili i criteri di validazione, • il modello a due fattori presenta solo il 32% della varianza, • i risultati sono solo preliminari, la MCKAS non può essere utilizzata per ogni tipo di valutazione individuale. 	<ul style="list-style-type: none"> • 32 item, • scala Likert a sette valori (da completamente falso a totalmente vero), • due sottoscale; conoscenze e consapevolezza.
<p><i>Cultural Competence Assessment (CCA)</i></p>	<p>Basato sul modello della competenza culturale di Schim e Miller, è stato creato da Shim e colleghi nel 2003. Lo strumento è stato creato per per misurare la competenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • valori dell' Alfa di Cronbach globali di 0.92 e una affidabilità delle sottoscale di 0.93 e 0.75, • contenuti e face validity stabiliti attraverso due gruppi di esperti, • scala validata con analisi fattoriale e utilizzabile su diversi operatori sanitari con livelli d'istruzione e impiegati in contesti diversi. 	<ul style="list-style-type: none"> • 25 item, • Scala Likert a 5 valori (da fortemente d'accordo a fortemente in disaccordo) e in aggiunta l'opzione nessuna opinione, • sottoscale: consapevolezza e sensibilità; esperienze culturali diverse; comportamenti culturalmente competenti.
<p><i>Nurse Cultural Competence Scale (NCCS)</i></p>	<p>Basato sulla letteratura e sui modelli di Campinha-Bacote (2002), Jeffreys (2002), Ahmann (2002) e Burchum (2002). Creato nel 2011 da Perng e Watson</p>	<ul style="list-style-type: none"> • testato attraverso un test pilota con 167 studenti infermieri, • Valori dell'alfa di Cronbach per le 4 scale in un range da 0.78 a 0.96, • face validity è stabilita attraverso la revisione di 4 esperti. 	<ul style="list-style-type: none"> • 41 item, • Scala Likert a 5 valori (da completamente d'accordo a completamente in disaccordo), • misura 4 costrutti: consapevolezza culturale, conoscenze, sensibilità e abilità.

Tabella 3 - Norme di buona pratica per un'assistenza infermieristica culturalmente competente: 2011 (Douglas, Pierce et al., 2011)

STANDARD	DESCRIZIONE
1. <i>Standard Giustizia Sociale</i>	L'infermiere promuove la giustizia sociale per tutti. L'applicazione di principi di giustizia sociale guida gli infermieri nelle decisioni relative alla famiglia del paziente, alla comunità e ad altri professionisti del settore sanitario. Gli infermieri devono sviluppare capacità di leadership per sostenere le politiche di giustizia sociale.
2. <i>Standard Riflessioni critiche</i>	Gli infermieri devono impegnarsi in una riflessione critica sui propri valori, credenze e patrimonio culturale al fine di comprendere come questi aspetti possono incidere sull'assistenza infermieristica culturalmente congruente.
3. <i>Standard Conoscenze di Nursing Transculturale</i>	Gli infermieri devono comprendere le prospettive, le tradizioni, i valori, le pratiche e i sistemi familiari degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle popolazioni culturalmente diversi che assistono, nonché conoscere le complesse variabili che influenzano il raggiungimento della salute e del benessere.
4. <i>Standard Pratiche interculturali</i>	Gli infermieri devono utilizzare le conoscenze transculturali e le competenze culturalmente sensibili nell'erogare un'assistenza infermieristica culturalmente congruente.
5. <i>Standard Sistemi sanitari e Organizzazioni</i>	Le organizzazioni sanitarie dovrebbero fornire una struttura e le risorse necessarie per valutare e soddisfare le esigenze culturali e linguistiche dei propri pazienti.
6. <i>Standard Difesa dei pazienti ed Empowerment</i>	Gli infermieri devono riconoscere l'effetto sui pazienti delle politiche sanitarie, passaggio di informazioni, inoltre sono responsabili e devono sostenere i loro pazienti come indicato. Gli infermieri devono promuovere l'utilizzo delle credenze culturali dei loro pazienti e le pratiche in tutte le dimensioni della loro assistenza.
7. <i>Standard Forza lavoro multiculturale</i>	Gli infermieri devono essere attivisti nello sforzo globale di garantire una forza lavoro più multiculturale all'interno degli ambienti sanitari.
8. <i>Standard Educazione e formazione</i>	Gli infermieri devono essere formati per promuovere ed erogare un'assistenza sanitaria culturalmente congruente. Le conoscenze e abilità per assicurare che l'assistenza infermieristica sia culturalmente congruente sono inclusi nei programmi di assistenza globale sia come mandato di istruzione teorica e formazione clinico-pratica, sia come previsto nel proseguo della formazione, continuando l'istruzione anche per tutti gli infermieri che già lavorano.
9. <i>Standard Comunicazione transculturale</i>	Gli infermieri devono utilizzare abilità di comunicazione verbale e non verbale culturalmente competenti per identificare i valori, le credenze, le pratiche, le percezioni e le esigenze uniche di assistenza sanitaria del paziente.
10. <i>Standard Leadership transculturale</i>	Gli infermieri devono avere la capacità di influenzare gli individui, i gruppi e i sistemi per raggiungere i risultati di assistenza culturalmente competenti per le diverse popolazioni.
11. <i>Standard Sviluppo di politiche</i>	Gli infermieri devono avere le conoscenze e le competenze necessarie per lavorare con enti pubblici e organizzazioni private, associazioni professionali e comunità, per stabilire le politiche e gli standard per la completa attuazione e valutazione di un'assistenza culturalmente competente.
12. <i>Standard Evidence-Based Practice e ricerca</i>	Gli infermieri devono basare la propria pratica su interventi sistematicamente testati e che hanno dimostrato di essere i più efficaci per le popolazioni culturalmente diverse che assistono. Nei settori in cui vi è una mancanza di prove di efficacia, gli infermieri ricercatori devono investigare e testare interventi che devono essere i più efficaci nel ridurre le disparità nei risultati di salute.

LOTTA AL PRECARIATO

Udienza pubblica del 13 luglio in Corte di giustizia

Pierpaolo Volpe, Master in infermieristica forense



da destra a sinistra: *Sergio Galleano, Michele De Luca, Ersilia De Nisco, Vincenzo De Michele*

Il 13 luglio scorso, a Lussemburgo, presso la Corte di giustizia europea, si è svolta l'udienza pubblica della causa C-494/16 sul precariato pubblico e, nello specifico, sulla sanzione effettiva, equivalente ed energica da adottare in caso di illegittima precarizzazione dei rapporti di lavoro.

All'udienza pubblica hanno partecipato gli avvocati Michele De Luca (già Presidente della sezione lavoro della Cassazione italiana, e attualmente in pensione), Vincenzo De Michele, Sergio Galleano e Ersilia De Nisco.

Numerose sono state le domande poste dall'Avvocato generale della Corte di giustizia Szpunar alle parti ed il contenuto delle stesse ha chiaramente messo in luce la piena presa di coscienza

della Corte di giustizia sull'assenza di misure idonee nel nostro ordinamento, misure in grado di sanzionare in modo adeguato gli abusi della pubblica amministrazione nell'utilizzo dei contratti a termine.

La Commissione europea ha confermato la posizione, già assunta con le osservazioni scritte presentate il 23 marzo 2017, circa la non conformità alla giurisprudenza della Corte di giustizia della sanzione (inventata) dalla Corte di cassazione a sezioni unite con la sentenza 5072/2016, cioè quella dell'attribuzione di una indennità compresa fra 2,5 e 12 mensilità dell'ultima retribuzione al dipendente pubblico, vittima di un'abusiva reiterazione di contratti di lavoro a tempo determinato, a cui va ad aggiungersi il risarcimento da

perdita di chance (impossibile da provare).

La Commissione europea ha individuato nella sanzione, ex art. 18 legge 300/70, delle 20 mensilità (5 mensilità + 15 mensilità), riconosciuta dal Tribunale di Genova prima, e dalla Corte d'Appello poi, la sanzione effettiva, equivalente ed energica in grado di rispettare i criteri imposti dalla normativa e giurisprudenza comunitaria.

Una soluzione del genere sarebbe pericolosissima per le casse pubbliche, pertanto la soluzione più ragionevole sarebbe quella della rimozione del divieto di conversione nel settore pubblico.

Infatti, già la Corte di giustizia, con la sentenza Martínez Andrés e Castrejana López del 14 settembre 2016 aveva statuito che La clausola 5, paragrafo 1, dell'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato, siglato il 18 marzo 1999, che figura in allegato alla direttiva 1999/70/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999, relativa all'accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato deve essere interpretata nel senso che osta a che una normativa nazionale, quale quella di cui ai procedimenti principali, sia applicata dai giudici nazionali dello Stato membro interessato in modo che, in caso di utilizzo abusivo di una successione di contratti di lavoro a tempo determinato, il diritto alla conservazione del rapporto di lavoro è accordato alle persone assunte dall'amministrazione mediante un contratto di lavoro soggetto a normativa del lavoro di natura privatistica, ma non è riconosciuto, in generale, al personale assunto da tale amministrazione in regime di diritto pubblico, a meno che non esista un'altra misura efficace nell'ordinamento giuridico nazionale per sanzionare tali abusi nei confronti dei lavoratori, circostanza che spetta al giudice nazionale verificare.

Attualmente, la Corte di giustizia è totalmente "ingolfata" da procedimenti di remissione da parte di Giudici italiani, da ultimo quella della Corte d'appello di Trento, che ha chiesto alla Corte di

Lussemburgo se la stabilizzazione del personale precario è una misura in grado di riparare il danno subito dai lavoratori dopo anni di precariato, senza che agli stessi sia riconosciuto il risarcimento per i numerosi anni di "sfruttamento" ricevuto.

La Corte d'appello di Trento chiede specificamente alla Corte di giustizia "se la clausola 5, punto 1, dell'accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato, allegato alla direttiva del Consiglio 28 giugno 1999, n. 1999/70/CE debba essere interpretata nel senso che osta all'applicazione dell'art. 1 commi 95, 131 e 132 dell'art. 1 della Ln. 107 del 2015 dello Stato Italiano, che prevedono la stabilizzazione degli insegnanti a termine per il futuro, senza effetto retroattivo e senza risarcimento del danno, quali misure proporzionate, sufficientemente energiche e dissuasive per garantire la piena efficacia delle norme dell'accordo quadro in relazione alla violazione dello stesso per l'abusiva reiterazione di contratti a termine per il periodo anteriore a quello in cui le misure, di cui alle norme indicate, sono destinate a produrre effetti".

La lotta al precariato pubblico continua, non solo per il presente, ma anche per il futuro, al fine di prevenire il formarsi di un nuovo precariato che con il tempo diventerà "storico" come amano definirsi, giustamente, i nostri colleghi. Il prossimo appuntamento è per il 26 ottobre 2017, quando l'avvocato generale Szpunar depositerà in Corte di giustizia le proprie conclusioni e ci consentirà di capire i possibili orientamenti della Corte di giustizia, che dovranno poi concretizzarsi con una successiva sentenza attesa per dicembre 2017 o gennaio/febbraio 2018. Una particolare attenzione va posta anche al giudizio pendente in Corte costituzionale, la cui udienza pubblica non è stata ancora fissata in cui la CGIL, la FP CGIL e la UIL FPL si sono costituite in adiuvandum a tutela dei precari pubblici contro il divieto di conversione del contratto nel settore pubblico.

L'INFERMIERE E LA KANGAROO MOTHER CARE



dott.ssa Accettura Sonia, Infermiera
dott.ssa Carmela Lacatena, Relatore, Direttore della didattica professionalizzante
 e Professore a contratto Corso di Laurea Infermieristica Università di Bari

Nascere oggi non è più solo un fatto biologico e, nel momento in cui si volge lo sguardo sulle dinamicità biologiche che caratterizzano l'evento della nascita e il crescere, in buona salute, di una persona umana, è necessario guardare più lontano. Ogni persona è un'unità corporeo-spirituale, la cui struttura di corporeità gli permette di essere l'autore di attività specificamente umane.

Tramite la corporeità, quale espressione specifica d'interiorità, l'umano si svela a se stesso e agli altri e all'interno delle attività quotidiane il corpo esplicita la persona, presentando il suo potenziale per mezzo della materialità corporea umana. In tale ambito si colloca il tentativo di analizzare le straordinarie possibilità offerte dal corpo umano in relazione all'esperienza del nascere, indipendentemente dal contesto culturale in cui tale esperienza ha luogo. Porre, nella prospettiva più alta, il problema "della nascita", permette, così, di riflettere sul corpo umano come fonte di esperienza in relazione alle sue possibilità d'uso. Nelle aziende ospedaliere dei paesi sviluppati tali

eventualità sono fronteggiate dal personale sanitario, ricorrendo all'utilizzo della macchina incubatrice, quale tradizionale risposta tecnologica in grado di assicurare al neonato calore costante, evitando dispersione termica. Tale tecnologia è, tuttavia, difficilmente accessibile nei paesi in via di sviluppo e, anche nei contesti locali dove questa è presente, il numero di apparecchiature è, spesso, così esiguo da costringere il personale medico a collocare, per un periodo più o meno lungo di tempo, più neonati in una sola incubatrice, con un rischio elevato di infezioni incrociate ed elevati casi di abbandono materno, che legittimano l'esistenza di prognosi negative.

Da qui la domanda: se il corpo umano funzionasse come una incubatrice?

Se il corpo, in particolare il corpo materno, si presentasse al mondo medico come una tecnologia efficace per i nati pre-termine o con basso peso, capace di far fronte, validamente, alle esigenze del neonato e di migliorarne lo stato di salute, al pari, e per certi aspetti, di umanità superiore alla tecnologia della termoculla? Si apre con questi interro-

gativi una prospettiva, altra, che permette di non limitare il corpo a puro luogo di esperienza ma di osservarlo come mezzo capace di veicolare salute e attivare processi di salvaguardia della stessa. In tale direzione la Kangaroo Mother Care, quale metodologia di uso del corpo materno come alternativa all'uso delle incubatrici – per i nati pre-termine o di basso peso – si prospetta, in ambito sanitario, come innovazione capace di sostituire le tradizionali tecnologie utilizzando il corpo umano come strumento efficace di cura neonatale. La Kangaroo Mother Care sradica, di fatto, il mito generale secondo cui si possa arrivare ad un miglioramento della mortalità neonatale solo attraverso personale super- specializzato o facendo ricorso a tecnologie sofisticate, che alimentano il mito razionale dell'ipertecnicismo e l'equivalenza

falsa tra tecnologia costosa/tecnologia efficace. Privilegiando l'uso del corpo, tale metodica si pone come approccio ponderato nei confronti dell'alta tecnologia applicata alla sanità, ai fini di un miglioramento delle condizioni cliniche dei nati pre-termine e con basso peso alla nascita. La Kangaroo Mother Care è la cura del neonato che si realizza attraverso il contatto pelle a pelle con i genitori.

Tale tecnica prende nome dalla somiglianza con cui i marsupiali portano i loro cuccioli; nasce per dare assistenza ai neonati prematuri o di basso peso alla nascita nei Paesi in via di sviluppo, ma oggi è praticata anche nei Paesi industrializzati e viene suggerita anche per i bimbi nati a termine, per stimolare l'avvio all'allattamento materno e favorire una ottimale relazione madre – figlio o padre-figlio, con grandi vantaggi per la salute e la serenità di entrambi.

La KMC è un metodo ideato nel 1978 da Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, neonatologi dell'Istituto Materno Infantile di Bogotá (Colombia).

Verso la fine degli anni '70, l'istituto era in una situazione critica poiché, come principale centro di cure primarie, ricopriva la maggior parte della domanda in ambito ginecologico e neonatologico della popolazione a basso reddito della città. Il gran numero di bambini nati aveva provocato un sovraffollamento e l'alto tasso di mortalità per basso peso del neonato alla nascita veniva contrastato secondo le direttive mediche del momento, separando il piccolo dalla madre e ponendolo in incubatrici.

La limitata disponibilità di culle termiche, rispetto al gran numero di nati che ne necessitavano, indusse ad utilizzare un dispositivo per più neonati, aumentando così il rischio di infezioni spesso letali.

Nel 1978 il Dott. Rey Sanabria propose una nuova strategia per la cura dei neonati che avevano già superato la fase critica di adattamento alla vita extrauterina, che consisteva in un'interazio-



ne precoce tra madre e neonato, insieme ad un forte incoraggiamento all'allattamento al seno e ad una dimissione precoce con il proseguimento di un'assistenza ambulatoriale.

La strategia iniziò subito a produrre i risultati attesi, riducendo la mortalità neonatale.

Dopo essere stata utilizzata con efficacia in contesti di povertà, la Kangaroo Mother Care è stata introdotta in contesti altamente tecnologizzati ed è stato evidenziato che questo modello era addirittura superiore alla cura tramite incubatrice nello stabilizzare i neonati in condizioni non critiche (parto vaginale, Apgar a 1 minuto > 6, peso superiore a 1200 g).

Tali ricerche, in correlazione con l'osservazione del comportamento dei mammiferi nel mondo animale e con l'operato dei sostenitori della nascita dolce (contro la separazione tra madre e bimbo dopo il parto), hanno portato a una serie di conclusioni che supportano la Kangaroo Mother Care.

Nel corso degli anni sono stati certificati tutti i vantaggi che questo tipo di trattamento porta, in primo luogo, per quanto riguarda il benessere e la salute fisica del neonato, come ad esempio benefici sulla termoregolazione, sull'alimentazione ma soprattutto sull'apparato cardiocircolatorio e respiratorio, andando a ridurre i rischi di apnea, bradicardia ecc, con grandi benefici anche per la madre, il padre e gli stessi operatori sanitari.

RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere è l'operatore sanitario che si trova, per tempo e ruolo professionale, più a contatto con il neonato e la sua famiglia e per questo motivo è visto dai genitori come figura identificatoria e sostitutiva per tutte le cure che padre e madre avrebbero voluto offrire al proprio bimbo, ma che per necessità di cose non hanno potuto dare. Ecco, allora, che l'infermiera, oltre alle cure fisiche per il bambino, deve fornire rassicurazione e sostegno ai genitori.

L'infermiere neonatale è di vitale importanza per l'attuazione e l'utilizzo della Kangaroo Care, perché si impegna nell'educare i genitori e nel fornire una guida medica, sostegno e convinzioni personali che informano i genitori sulla cultura delle cure in Terapia Intensiva Neonatale e sull'importanza della Kangaroo Care come tecnica per la cura del bambino.

Come educatrice dei genitori, l'infermiera neonatale valuta la comprensione materna e la disponibilità per l'attuazione della Kangaroo Care e supporta l'integrazione della stessa all'interno del piano di assistenza del neonato in terapia intensiva.

L'adozione della Kangaroo Care ha essenzialmente il compito di cambiare gli atteggiamenti verso la care, la gestione del bambino e il coinvolgimento dei genitori.

L'infermiera gioca un ruolo fondamentale nella gestione dell'accoglimento, del comfort e delle stimolazioni ambientali nel promuovere il contatto pelle a pelle, lo sviluppo del bambino e il rafforzamento dei legami con i genitori.

Per praticare la posizione Canguro, le infermiere devono tener conto dei criteri clinici del bambino e degli aspetti soggettivi dei genitori; l'accoglienza, la comunicazione, la promozione dei legami affettivi, la stimolazione della partecipazione e della sicurezza materna e la minimizzazione delle sofferenze/stress di genitori e bambino sono state evidenziate come attività dell'infermiera nel metodo della Kangaroo Care.

Più in particolare l'infermiera, nei confronti dei genitori, dovrebbe tener conto dei seguenti accorgimenti:

- **illustrare** i vari aspetti della Kangaroo Care, spiegando i vantaggi e gli effetti che tale tecnica porta per loro e per il bimbo;
- **spiegare** che l'adozione della Kangaroo Care dovrebbe essere il risultato di una scelta consapevole e non vissuta come un obbligo;
- **consigliare** ai genitori un abbigliamento comodo con vestiti sufficientemente larghi o che

si aprono sul davanti;

- **curare** la comodità della seduta del genitore con una sedia reclinabile, sufficientemente morbida e confortevole;
- **rendere** l'ambiente il più possibile in penombra, tranquillo e rassicurante.

Durante il mio tirocinio sperimentale nel reparto di terapia intensiva neonatale dell'ospedale Santissima Annunziata di Taranto, ho potuto constatare la poca conoscenza sulla Kangaroo Mother Care oggetto di studio della mia tesi.

Osservato ciò, ho deciso di svolgere un'indagine conoscitiva somministrando tre tipi di questionari strutturati in modo diverso.

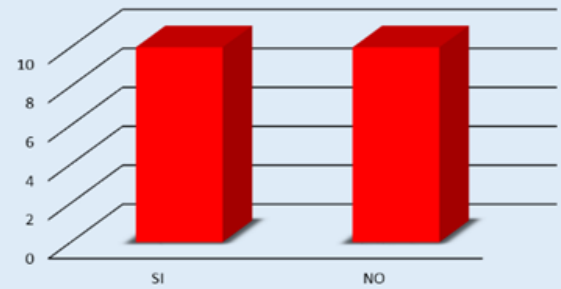
I primi sono stati somministrati agli operatori sanitari, in particolare medici ed infermieri, del

suddetto reparto con l'obiettivo di capire quanta conoscenza di tale procedura ci fosse tra il personale.

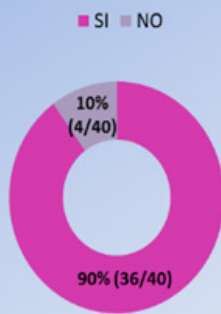
Di seguito riporto alcune delle risposte più salienti alle quali hanno risposto gli operatori campione dell'indagine.

Contemporaneamente ho somministrato un

Domanda 5: Ha mai sentito parlare della Kangaroo Mother Care?



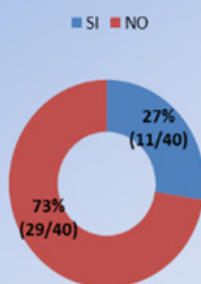
4. HA MAI SENTITO PARLARE DELLA K.M.C.?



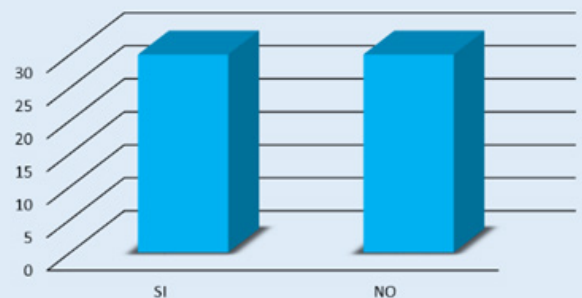
Domanda 9: Crede che sia necessario un opuscolo informativo che spieghi in modo universale cos'è e come si effettua la Kangaroo Mother Care?



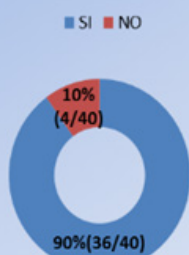
7. ESISTE UNA FORMAZIONE SPECIFICA RIGUARDO TALE TECNICA?



Domanda 7: Dopo essere stato informato di tale tecnica ha deciso di effettuarla?

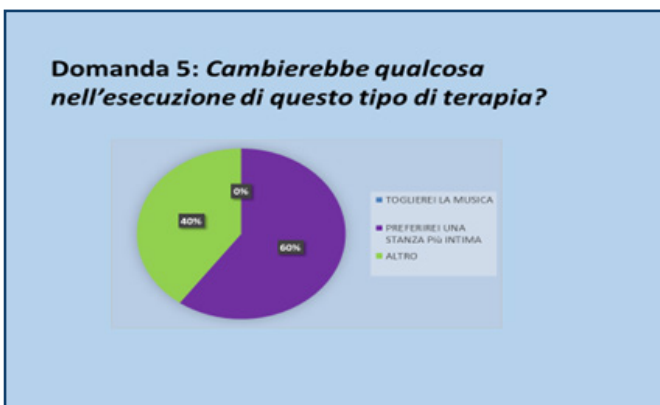
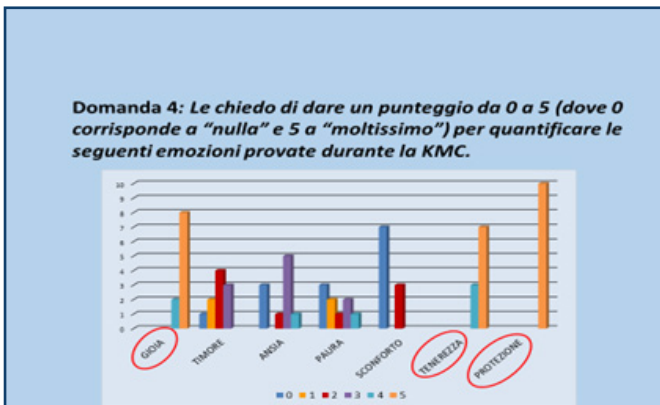
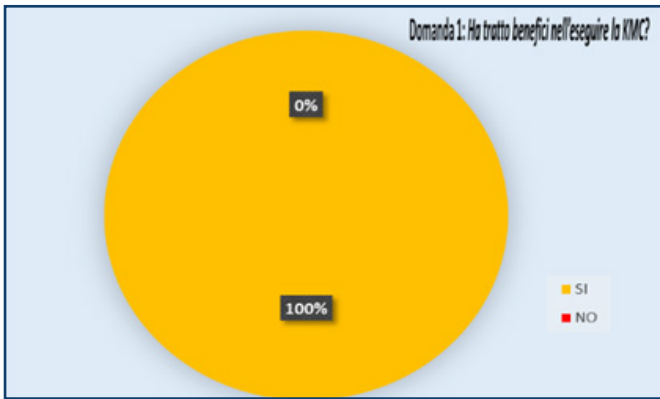


10. RITIENE OPPORTUNA LA DISTRIBUZIONE DI OPUSCOLI FORMATIVI ALL'INTERNO DEL REPARTO RIGURADANTI QUESTA TECNICA?



questionario ai genitori dei piccoli pazienti con l'obiettivo di capire se fossero stati informati di quanto fosse importante questo tipo di tecnica e se queste informazioni fossero state fornite dal personale competente o se si fossero informati in modo diverso.

Il terzo questionario invece era rivolto a quei geni-



tori che avevano deciso di aderire a questo tipo di terapia per comprendere in primo luogo i benefici ricevuti da essa e in secondo luogo le emozioni provata durante la marsupio terapia.

Obiettivo finale è stato quello di raccogliere i dati forniti dalle risposte ai questionari e, soprattutto, comprendere l'importanza dell'informazione e formazione degli operatori sanitari e di conseguenza anche dei genitori.

Proprio per questo, come fine ultimo del mio lavoro, ho distribuito delle brochures informative sulla tecnica trattata nella quale, oltre a spiegare i benefici, in collaborazione con il primario della stessa unità operativa e di un'infermiera esperta

della tecnica, abbiamo stilato la procedura della Kangaroo Mother Care strutturata in sei semplici fasi e accessibile a tutti.

CONCLUSIONI

A conclusione del mio elaborato, ma soprattutto a conclusione di questo mio viaggio all'interno della terapia intensiva neonatale, ho potuto prendere atto di quanta sofferenza accompagni i genitori dei bambini prematuri, di quanto sia difficile per loro vedere i propri bambini all'interno delle incubatrici e di quanta forza li accompagni durante tutto l'iter di cure.

Ed è proprio per queste esperienze vissute che ho deciso di dedicare la mia tesi di laurea ad una tecnica, la Kangaroo Mother Care, che riesce ad abbattere qualsiasi barriera ci sia tra genitori e neonati prematuri.

Mettendo in atto la KMC nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Santissima Annunziata di Taranto, ho potuto vedere non solo i benefici, di cui ho già discusso nei capitoli precedenti, ma ho potuto toccare con mano l'emozione di una madre o un padre che riesce, anche se per poco tempo, a tenere in braccio il proprio bambino.

Obiettivo finale del mio elaborato è stato quello di distribuire a fine tirocinio sperimentale delle Brochure informative all'intero del suddetto reparto da poter consegnare ai genitori, così che potessero avere informazioni precise e ricercate su tale tecnica, e agli stessi operatori sanitari, così che potessero utilizzarla come linea guida e come approfondimento personale.

Spero che questa tecnica possa prendere sempre più piede all'interno della varie terapie intensive neonatali perché nessuna cura nè nessuna macchina potranno mai sostituirsi all'abbraccio di chi ti ama.

Un ringraziamento al Dott. Oronzo Forleo e a tutta l'équipe del reparto UTIN SS. Annunziata.

Procedura della Kangaroo mother care:

- 1) Concordare l'orario della KMC con l'operatore sanitario (preferibilmente nelle ore pomeridiane).
- 2) L'infermiere prepara il bambino all'interno dell'incubatrice con un telino in pile e cambia il pannolino
- 3) Preparazione dell'ambiente:
 - Posizionare la poltrona vicino l'incubatrice
 - Luce soffusa
 - Musica di sottofondo
- 4) Accoglienza del genitore, che precedentemente è stato informato di presentarsi con abbigliamento comodo per accogliere il bambino facilmente sul petto nudo.
- 5) Posizionare il bambino sul petto nudo del genitore in modo comodo da poter essere coccolato durante la KMC. Sistemare i presidi (CVO, CVC, SNG ecc.) se presenti.
- 6) Inizio della KMC della durata minima di 20 minuti e massima di 2 ore.

Kangaroo Mother Care

« Anche se non puoi tu sorridimi, sono pochi sai i miracoli, riconoscerai le tue mani in un istante »



Laureanda: Accettura Sonia

Relatrice: Lacatena Carmela

Che cos'è la Kangaroo mother care?

Si definiscono pretermine i bambini nati prima della trentasettesima settimana, venuti al mondo, il più delle volte, con grossi problemi di adattamento e salute e la necessità di trascorrere infinite ore e giorni in incubatrice.

Per la cura di questi bimbi esistono, in Italia e nel resto del mondo, protocolli standard di assistenza che prevedono, appunto, l'utilizzo di una macchina per agevolare lo sviluppo e consentire al piccolo di affrontare la vita extra-uterina. Da qualche anno, però, è stato introdotto anche in Italia un metodo alternativo, metodo che all'estero ha già trovato ampio seguito ed è stato dichiarato non solo funzionale allo scopo ma, addirittura benefico alla lunga distanza. Si tratta del **Kangaroo Mother Care**, una pratica che consiste nel creare un contatto *skin-to-skin*, pelle a pelle, tra la mamma (o il papà) e il bambino tutti i giorni fino all'uscita dall'ospedale per un periodo di tempo variabile che può arrivare anche fino alle due ore.



La Kangaroo Mother Care (KMC) è una pratica introdotta nel 1978 da Edgar Rey, presso l'Istituto Materno Infantile di Santa Fe, a Bogotá, Colombia, come alternativa alle cure convenzionali offerte ai neonati prematuri. Inizialmente fu concepita per ovviare alla mancanza di incubatrici e si basava sul contatto pelle a pelle con la madre 24 ore su 24, con alimentazione esclusiva con latte materno. Il neonato veniva posizionato verticalmente sull'addome materno, con il capo tra i seni (in modo da favorire l'allattamento) e ancorato in modo tale da potersi rimanere in sicurezza, giorno e notte. La denominazione di tale pratica prende origine dalle similitudini con la modalità adottata dai marsupiali per prendersi cura dei loro piccoli.

Benefici della Kangaroo mother care

I benefici che la KMC apporta al bambino, ai genitori e in senso più generale all'intero personale sanitario sono molteplici. Non sono stati segnalati svantaggi o controindicazioni all'esecuzione di tale tecnica.

Termoregolazione: Il neonato, attraverso il contatto pelle a pelle con la madre viene tutelato dallo stress provocato dagli sbalzi di temperatura, come accadeva nell'utero della madre.

Alimentazione: La marsupio terapia garantisce un accesso facile al seno materno favorendo l'alimentazione a richiesta e l'aumento di peso.

Apnea, bradicardia, saturazione, respirazione e ritmo cardiaco: Durante queste sedute di marsupio terapia, presidi come maschere per l'ossigeno e cannule nasali sono state utilizzate raramente a prova del fatto che la KMC svolge un ruolo importante nella gestione dei problemi respiratori del neonato. I vantaggi per il neonato comunque non terminano qui: il contatto con la madre diminuisce lo stress e il consumo di energia e permette un passaggio più delicato dalla vita intrauterina a quella extrauterina. Tenere la nuca del piccolo vicino al seno è un toccasana per il bimbo perché il suo cervello riconosce immediatamente quel battito cardiaco che lo ha guidato per tutti i nove mesi di gestazione.

Bibliografia/Sitografia

Anderson, GC., (1991), *Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants*, in "J Perinatol", 11, pp. 216-26.

Anderson, GC., (1993), *Kangaroo care*, in "Neonatal Network", 12, pp. 56.

Catenacci, B., Stagnini, W., (2000), *La Cooperazione italiana in Albania*, Roma, Zowart Pool Grafica.

Cattaneo, A., (1997), *Le mamme canguro*, in "Cuamm Notizie", 12, pp. 8-11.

Cattaneo, A., (1998), *Le mamme canguro: la tecnica che importiamo dai paesi poveri*, in "Scienza Nuova", 1, pp. 30-1.

Cattaneo, A., Davanzo, R., Bergman, N., Charpak, N., (1998), *On behalf of the International Network in Kangaroo Mother Care. Kangaroo mother care in low-income countries*, in "J. Trop Pediatr", 44, pp. 279-82.

<http://tesi.cab.unipd.it/50908/1/cuscire.tania.1045009.pdf>

Morey J.A, Gregory K. (2012) *Nurse-Led education mitigates maternal stress and enhances knowledge in the NICU*. *The American Journal of maternal/child nursing*, 37, 182-191.

Negri R. (2012)

Terremoto: Ipasvi ed Enpapi consegnano il contributo agli infermieri di Norcia



Alla presenza della presidente Ipasvi, Barbara Mangiacavalli, del presidente Enpapi, Mario Schiavon, del Sindaco di Norcia Nicola Alemanno e del presidente Ipasvi di Perugia, Palmiro Riganelli, sono stati consegnati contributi per quasi 15mila euro a dieci infermieri residenti nel “cratere”, colpiti dal sisma.

Alla presenza della presidente della Federazione nazionale Ipasvi, Barbara Mangiacavalli, del presidente Enpapi, Mario Schiavon, del Sindaco di Norcia Nicola Alemanno e del presidente Ipasvi di Perugia, Palmiro Riganelli, sono stati consegnati contributi per quasi

15mila euro a diciotto infermieri residenti nel “cratere”, colpiti dal sisma: 8.822,74 mesi a disposizione dalla Federazione Nazionale e 5.000 da ENPAPI.

Per erogare il contributo il collegio di Perugia ha pubblicato un bando definendo i requisiti: iscrizione all'albo professionale del collegio di Perugia, residenza in un comune della provincia di Perugia inserito nel “cratere” del terremoto e dichiarazione di non agibilità della casa. Sono state presentate 22 domande, valutate da un'apposita commissione deliberata dal consiglio direttivo. Delle 22 domande 18 avevano tutti i requisiti.

Al termine della cerimonia il Presidente del collegio di Perugia, la Presidente Nazionale e il Presidente di Enpapi si sono recati a salutare gli infermieri in servizio presso l'ospedale di Norcia, approfittando dell'occasione per una visita nei locali agibili (una postazione di pronto soccorso e alcuni ambulatori) e una breve visita all'interno della città.

“La situazione attuale - spiega il presidente Ipasvi di Perugia, Riganelli - pur rimanendo grave sembra comunque in ripresa, si stanno completando la consegna delle ultime cassette prefabbricate, sembra che le scuole riprenderanno regolarmente e anche la ricostruzione sembra, anche se proprio all'inizio, comunque avviata”.

Dal punto di vista sanitario, l'ospedale rimane per gran parte inagibile, a oggi tutti i servizi di degenza sono sospesi, resta una postazione di pronto soccorso/ 118, un servizio di radiologia e l'attività ambulatoriale.

“I colleghi - ha aggiunto Riganelli - pur vivendo ancora situazioni molto gravi (molti sono fuori di casa dall'agosto dello scorso anno) cominciano comunque a riprendere fiducia vedendo che qualcosa, seppure molto lentamente, si sta muovendo verso un lento e difficoltoso ritorno alla normalità”.

“Gli infermieri sono sempre pronti ad aiutare le persone con la loro professionalità e abnegazione - ha detto Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Ipasvi - come hanno dimostrato e dimostrano in questa calamità, ma sono anch'essi persone e per questo hanno necessità di aiuto nel momento del vero bisogno. E' compito dei Collegi e della Federazione che li rappresenta dare tutto il supporto perché possano tornare con la massima serenità a prendersi cura di chi ha bisogno. E' compito dei Collegi e della Federazione prendersi cura di loro”.

effettivo raggiungimento degli obiettivi prefissi. Inoltre, essendo attento osservatore, può rendersi conto precocemente di un disagio nel vissuto, o peggio ancora di lesioni fisiche che alcune volte possono accompagnare le manifestazioni di bullismo e che non vengono esplicitate per timore di essere giudicati.

Alla luce delle ricerche internazionali e nazionali abbiamo realizzato un'indagine conoscitiva del fenomeno bullismo, che consentisse di acquisire un'immagine chiara e dettagliata della sua diffusione: indagare le frequenze e le modalità con cui si manifesta il fenomeno relazionandolo con altre dimensioni per comprendere:

1. clima relazionale nell'ambito del gruppo classe,
2. atteggiamento e valutazione dei fanciulli verso il fenomeno.
3. relative strategie per far fronte al fenomeno.

Sono state coinvolte quattro classi di terza media dell'Istituto Comprensivo "R. Leone" di Gino-sa Marina, sono stati somministrati questionari con trenta domande a risposta multipla, è stato garantito l'anonimato in rispetto della legge 675/1996 "tutela dei dati personali". Il questionario è stato somministrato a 65 ragazzi. I dati sono stati riportati su foglio Excel, estrapolate le percentuali corrispondenti a ciascuna domanda e riportate su istogrammi colorati per una più semplice visualizzazione grafica.

Dalla ricerca si possono evincere dati significativi sul fenomeno dirompente del bullismo. Due terzi dei ragazzi dichiara di trovarsi bene con i compagni di classe e con gli altri ragazzi della scuola. La maggior parte non sono mai soli durante le ore passate a scuola ma dichiarano che sono stati presenti durante episodi di prepotenze, che, nella maggior parte dei casi si esplicitano con offese ed insulti.

Significativo è il dato secondo il quale ci sarebbero anche minacce o piccoli furti seppure in percentuale minore. Vengono perpetuate esclusioni sociali rimanendo in linea con gli studi europei ed

italiani.

Le prepotenze vengono espresse maggiormente nella scuola e soprattutto negli spazi non appartenenti al gruppo classe.

I bulli agiscono maggiormente in gruppo e sono soprattutto maschi. L'atteggiamento di fronte ad episodi di bullismo è sostanzialmente di indifferenza ed i giovani ne parlano soprattutto tra di loro, anche all'esterno della scuola. Tendono ad intervenire solo se spinti dall'amicizia nei confronti di amici presi di mira, ma hanno paura di essere coinvolti o di divenire loro stessi vittime. Spinti probabilmente dal buon senso, cercano di aiutare chi è in difficoltà, ma solo nei momenti di calma.

Alla domanda posta su come si possa reagire alle prepotenze, con percentuali simili, hanno risposto optando per due soluzioni: o isolare il prepotente o informare gli adulti.

Questo ci fa ben sperare in una possibile ed auspicabile apertura al dialogo. La maggior parte di loro almeno una volta ha subito prepotenze ed ha reagito cercando di capirne la motivazione, alcuni dichiarano di sperare che qualcun altro si accorga del disagio. Questo può essere un input per l'intervento infermieristico nelle scuole affinché ci sia un aiuto reale. Il lavoro dimostra che episodi di prepotenze nell'ambito scolastico sono presenti e che spesso si è reticenti nel raccontare gli accadimenti per paura di ritorsioni.

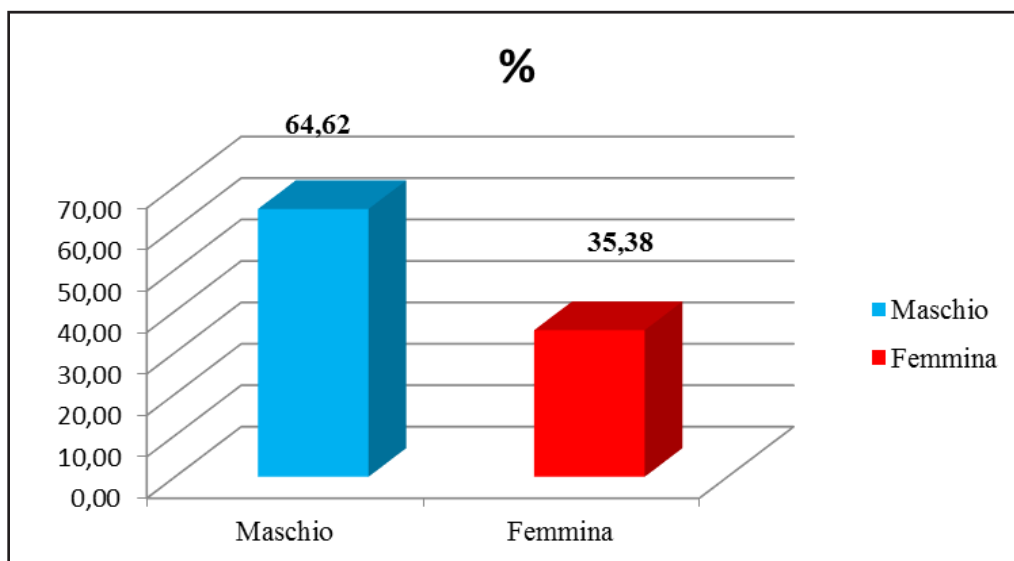
Ci sono fenomeni di isolamento dal gruppo classe ed i giovani preferiscono parlare tra loro piuttosto che con adulti che potrebbero aiutarli.

Alla luce di questa ricerca si potrebbe cercare di inserire nell'ambito scolastico la figura di un professionista quale è l'infermiere che può intervenire con programmi educativi e preventivi che coinvolgano, tutta la comunità scolastica e che può intervenire con sostegno morale e sociale nell'ambito familiare.

Fondamentale in tal senso è l'educazione al dialogo costruttivo tra le parti interessate e la relazione d'aiuto che inevitabilmente ne scaturirebbe.

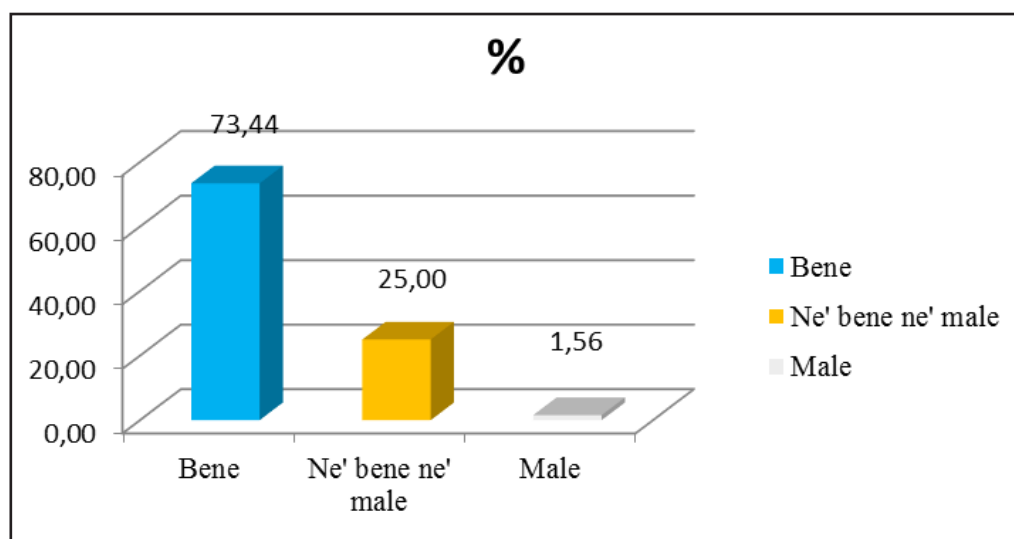
I RISULTATI

Sesso	TOT	%
Maschio	42	64,62
Femmina	23	35,38



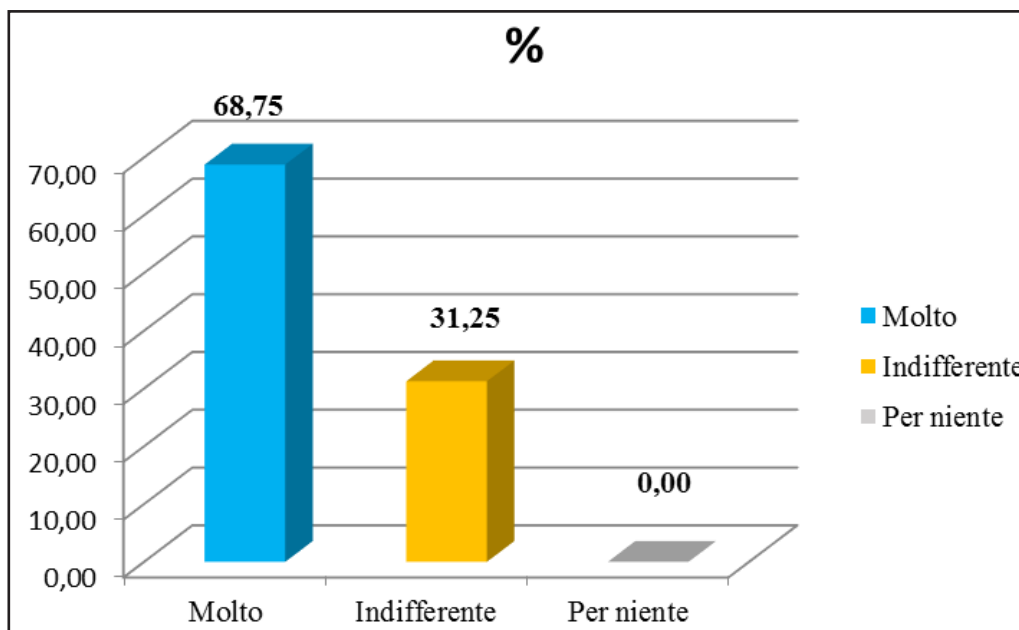
Il campione esaminato è composto dal 64,62% di studenti maschi e dal 35,38% di studentesse femmine.

Come ti trovi con i tuoi compagni di classe?	TOT	%
Bene	47	73,44
Ne' bene ne' male	16	25,00
Male	1	1,56



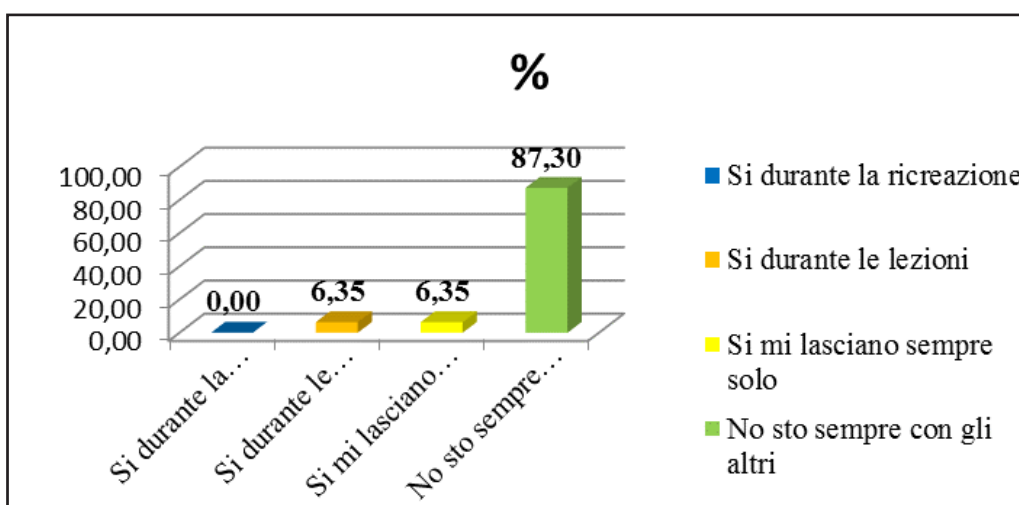
Dalla domanda n.1 si evince che la maggioranza degli studenti afferma di trovarsi bene con i propri compagni del gruppo classe

Sei soddisfatto di come i tuoi genitori si interessano alla scuola?	TOT	%
Molto	44	68,75
Indifferente	20	31,25
Per niente	0	0,00

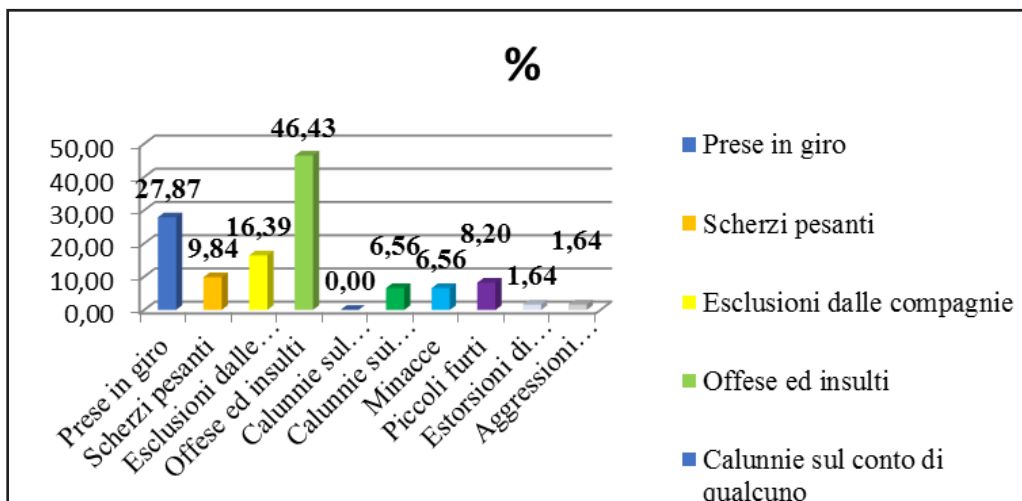


Dalla domanda n.3 si evince che la maggior parte degli studenti è soddisfatta del modo in cui i propri genitori si interessano alla scuola.

Ti accade di restare solo perché nessuno dei tuoi compagni vuole stare con te?	TOT	%
Si durante la ricreazione	0	0,00
Si durante le lezioni	4	6,35
Si mi lasciano sempre solo	4	6,35
No sto sempre con gli altri	55	87,30

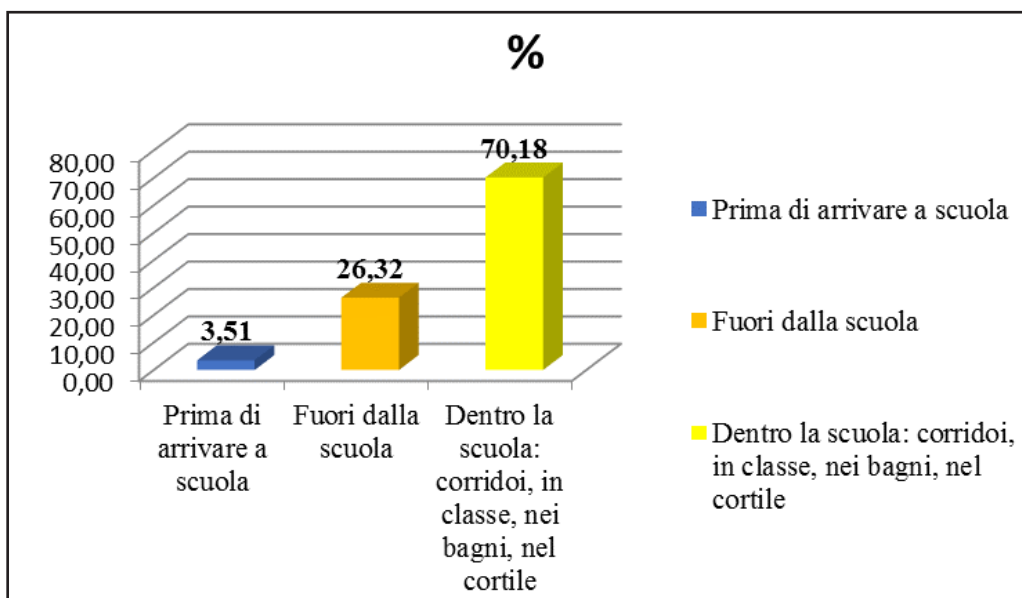


Alla domanda n.5 l'87,30% degli intervistati ha risposto che si trova sempre in compagnia. Il 6,35% riferisce fenomeni di isolamento.



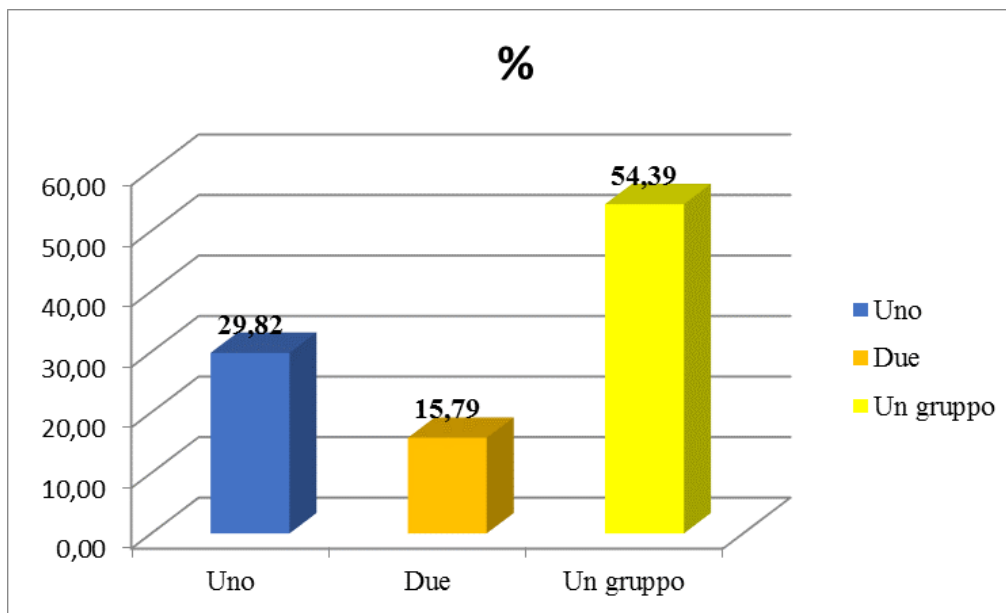
Alla domanda n.7 il 46,43% afferma che le prepotenze compiute si manifestano con offese ed insulti. Significativo è il dato che l'8,20% degli intervistati dichiara che si perpetuano tramite piccoli furti, ed il 6,56% tramite minacce.

Dove avvengono più di frequente queste azioni?	TOT	%
Prima di arrivare a scuola	2	3,51
Fuori dalla scuola	15	26,32
Dentro la scuola: corridoi, in classe, nei bagni, nel cortile	40	70,18



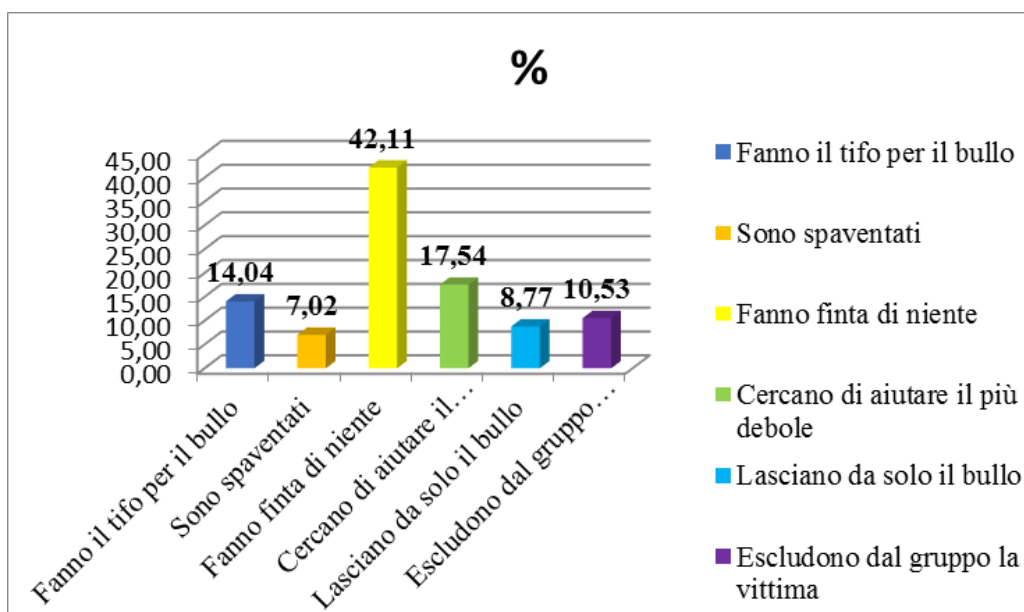
Alla domanda n. 8 il 70,18% dei ragazzi afferma che le prepotenze avvengono proprio all'interno della scuola: nei corridoi, in classe, nei bagni e nel cortile.

I bulli sono da soli od in gruppo?	TOT	%
Uno	17	29,82
Due	9	15,79
Un gruppo	31	54,39



Alla domanda n. 9 il 54,39% afferma che le prepotenze vengono compiute da un gruppo; solo il 15,79% da due persone.

Quando qualcuno fa il bullo i compagni ...	TOT	%
Fanno il tifo per il bullo	8	14,04
Sono spaventati	4	7,02
Fanno finta di niente	24	42,11
Cercano di aiutare il più debole	10	17,54
Lasciano da solo il bullo	5	8,77
Escludono dal gruppo la vittima	6	10,53



**QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AGLI
ALUNNI DELLA III MEDIA DELL'I.C.
"R. LEONE" DI MARINA DI GINOSA (TA)**

SESSO _____

ETÀ _____

1. Come ti trovi con i tuoi compagni di classe?

- Bene
- Né bene né male
- Male

2. Come ti trovi con gli altri ragazzi della scuola?

- Bene - Nè bene nè male - Male

3. Sei soddisfatto di come i tuoi genitori si interessano alla scuola?

- Molto - Indifferente - Per niente

4. Quale momento della giornata preferisci trascorrere con i tuoi compagni di classe?

- La ricreazione
- Le lezioni
- Il tempo libero
- Nessun momento

5. Ti accade di restare solo perché nessuno dei tuoi compagni vuole stare con te?

- Sì durante la ricreazione
- Sì durante le lezioni
- Sì mi lasciano sempre solo
- No sto sempre con gli altri

6. Secondo te nella scuola c'è qualcuno che si comporta da bullo, facendo il prepotente?

- Sì - No - Non so

7. Che tipo di prepotenze vengono compiute?

- Prese in giro
- Scherzi pesanti
- Esclusioni dalle compagnie
- Offese ed insulti
- Calunnie sul conto di qualcuno
- Calunnie sui miei familiari
- Minacce
- Piccoli furti
- Estorsioni di denaro
- Aggressioni fisiche

8. Dove avvengono più di frequente queste azioni?

- Prima di arrivare a scuola, durante il tragitto
- Fuori dalla scuola
- Dentro la scuola: corridoi in classe nei bagni nel cortile

9. I bulli sono da soli o in gruppi?

- Uno
- Due
- Un gruppo

10. Sono maschi o femmine?

- Maschi
- Femmine
- Sia maschi che femmine

11. Quando qualcuno fa il bullo i compagni...

- Fanno il tifo per il bullo
- Sono spaventati
- Fanno finta di niente
- Cercano di aiutare il più debole
- Lasciano da solo il bullo
- Escludono dal gruppo la vittima

12. A te è capitato...

- Di assistere a prepotenze
- Di subire prepotenze
- Fare il bullo

13. All'interno della scuola parli di quello che succede?

- Sì
- No

14. Se sì con chi ne parli?

- Con un compagno/a
- Con i compagni
- Con un insegnante

15. Al di fuori della scuola parli dell'accaduto?

- Sì
- No

16. Se sì con chi ne parli?

- Con un amico/a
- Con gli amici
- Con i genitori
- Con altri familiari

17. Ti ricordi il titolo di studio dei tuoi genitori?

Padre

- Scuole elementari
- Medie inferiori
- Diploma scuole superiori
- Laurea

Madre

- Scuole elementari
- Medie inferiori
- Diploma scuole superiori
- Laurea

18. Ti può capitare di assistere a gesti ripetuti di prepotenza. Se intervieni è perché...

- Il bullo se la prende con un mio amico/a
- Sono più forte di lui
- Non ho paura di nessuno
- I prepotenti non mi piacciono
- È un problema che riguarda tutti

19. Se ti capita di non intervenire è perché...

- Con me si comporta bene
- Io e la vittima non siamo amici
- Non voglio essere escluso
- Ho paura di andarci di mezzo
- Ci si deve difendere da soli

20. Qual'è il tuo atteggiamento nei confronti del bullo?

- Lo ammiro perché sa comandare
- Lo evito perché ho paura
- Sono indifferente
- Sono contento quando si trova in difficoltà
- Reagisco alle sue prepotenze

21. Qual'è il tuo atteggiamento nei confronti di chi subisce prepotenze?

- Lo prendo un po' in giro
- Penso che meriti di essere maltrattato
- Faccio finta di nulla
- Nei momenti di calma cerco di aiutarlo
- Non fa parte del mio gruppo e non mi importa di lui

22. Come pensi si possa reagire alle prepotenze?

- Esercitando autorità
- Minacciando il bullo
- Isolando chi fa il prepotente
- Facendo intervenire il gruppo di spettatori
- Insegnando alla vittima come difendersi
- Informando gli adulti

23. Ti è mai capitato di subire prepotenze?

- Alcune volte
- Una volta
- Diverse volte
- Continuamente

24. Quando qualcuno se la prende con te, tu...

- Mi sforzo di rispondere
- Vorrei reagire ma ho paura
- Cerco di capire perché se la prende con me
- Cerco aiuto tra i miei compagni/e
- Spero che qualcuno si accorga di come mi sento

25. Secondo te i tuoi compagni/e si divertono?

- Si divertono
- Mi disprezzano perché sono il più debole
- Non gliene importa
- Gli dispiace ma hanno paura
- Sono dalla mia parte

26. Chi si comporta da prepotente con te è...

- Uno solo - Alcuni - Quasi tutti

27. Ti è mai capitato di fare il prepotente con qualcuno a scuola?

- Sì
- No
- A volte
- Spesso

28. Quante volte sono successi questi eventi?

- Alcune volte
- Una volta
- Diverse volte
- Tutti i giorni

29. Faccio il bullo perché...

- Dimostro di essere più forte
- Mi piace che gli altri mi temano
- Finalmente sono io quello che comanda
- È il modo più efficace per risolvere le cose
- Tutti i miei compagni si aspettano che io mi comporti così

30. Secondo te i tuoi compagni/e...

- Mi ammirano
- Si divertono
- Vogliono essere miei amici
- Mi disapprovano

CONCLUSIONI

Il lavoro dimostra che episodi di prepotenze nell'ambito scolastico sono presenti e che spesso si è reticenti nel raccontare gli accadimenti per paura di ritorsioni.

Ci sono fenomeni di isolamento dal gruppo classe ed i giovani preferiscono parlare tra loro piuttosto che con adulti che potrebbero aiutarli.

Alla luce di questa ricerca si potrebbe cercare di inserire nell'ambito scolastico la figura di un professionista, quale l'infermiere, che può intervenire con programmi educativi e preventivi, coinvolgendo tutta la comunità scolastica e con sostegno morale e sociale nell'ambito familiare. Fondamentale in tal senso è l'educazione al dialogo costruttivo tra le parti interessate e la relazione d'aiuto che inevitabilmente ne scaturirebbe. La Commissione del Parlamento Andaluso ha approvato con voto favorevole la proposta di legge che istituisce la figura dell'Infermiere scolastico, che sarà introdotto nelle scuole andaluse nel prossimo anno scolastico 2017/18. (Redacion medica)

Una vera conquista, al passo con i tempi e con una società che cambia; anni luce avanti dalla realtà italiana.

L'infermiere scolastico, master universitario conseguibile dopo la laurea quadriennale, sarà inserito a pieno titolo nell'organico scolastico.

“L'infermiere è essenziale, se vogliamo affrontare il mondo giovanile in maniera globale”, a dirlo la deputata Marta Escrivà, “con gli infermieri possiamo portare avanti un progetto globale di salute, dal monitoraggio dei bambini ad una campagna di prevenzione e sensibilizzazione alle sane abitudini”.

Sottolinea Escrivà, che l'infermiere non servirà a “mettere un cerotto”.

Se si pensa a come l'Andalusia sia la comunità con più gravidanze nell'età adolescenziale, che 1 bambino su 4 è obeso e che 7 bambini su 10 consumano alcool dopo i 14 anni, comprendiamo

la funzione fondamentale dell'infermiere.

Un progetto globale che veda l'infermiere scolastico protagonista e responsabile dell'Educazione sanitaria che va dalle corrette abitudini alimentari, ad una sana pratica sportiva, al rifiuto dell'abuso di sostanze stupefacenti, alcol ed alla pratica del sesso non protetto.

Per non dimenticare ancora che l'infermiere scolastico è fondamentale nella gestione delle malattie croniche dei bambini, questo ridurrà di molto l'assenteismo dovuto alla somministrazione delle terapie. (www.infermieristicamente.it)



Bibliografia

- Olweus D., Bullismo a scuola. Ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono. Giunti Editore
- Pisciotta S., Bullismo in lessico oggi. Orientarsi nel mondo che cambia. Catanzaro Rubettino, 2003
- Fruguele A., Il Bullismo e l'aggressività nei minori. I risvolti legali. Cosenza. Quaderni di cultura e società, 2010
- Guarino A., Lancellotti R., Serantoni G., Bullismo: aspetti giuridici, teorie psicologiche e tecniche di intervento, 2011
- Zanetti M.A. et al., Il fenomeno del bullismo. Tra prevenzione ed educazione, Roma, 2009
- Tisci G., Perché a me – storie di ordinaria violenza. Isola dei Ragazzi, Napoli, 2010
- Marini F, Mameli C., Il bullismo nelle scuole. Carrocci, 1999
- Fonzi A., Il Bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola dal Piemonte alla Sicilia, 1997; Giunti, Firenze
- Ufficio Scolastico Regionale della Campania, Osservatorio sul Bullismo e Dipartimento di Psicologia della Seconda Università degli Studi di Napoli – Atteggiamenti verso il fenomeno del Bullismo nella Scuola e sue correlazioni con il contesto ambientale, clima di classe, cultura della legalità e rendimento scolastico, 2009

SERVIZIO DI CONSULENZA AMBULATORIALE PEDIATRICA



dott.ssa Monica Cardellicchio, Infermiera ADI Distretto Unico ASL Taranto
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Il 14 Settembre nel presidio ospedaliero “Santissima Annunziata” è stato inaugurato il Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP), Servizio gratuito, rivolto a tutti i bambini e ragazzi nella fascia di età da 0 a 14 anni, con accesso libero, senza prenotazione.

Lo scopo di questo Servizio è di mettere a disposizione dei genitori un Ambulatorio Pediatrico nei giorni festivi, domeniche comprese, e nei giorni prefestivi, sabati compresi, che permetta di far visitare o di avere una consulenza specialistica pediatrica ai propri figli, evitando così lunghi tempi di attesa al Pronto Soccorso dell’ Ospedale.

Lo SCAP permette di evitare il congestionamento dei cosiddetti codici bianchi del Pronto Soccorso ospedaliero nei giorni in cui il servizio erogato dai Pediatri di Libera Scelta cessa e le funzioni passano al Servizio della Continuità Assistenziale (Guardia Medica).

In tali giorni, infatti, senza alcuna attività territoriale pediatrica, l’intera utenza risulta scoperta da qualsiasi consulenza.

Le uniche opportunità per pazienti in età pediatrica, a pertanto, sono quelle di rivolgersi al servizio di Continuità Assistenziale o al Pronto Soccorso ospedaliero.

Il Servizio è assicurato da Specialisti in Pediatria di provata esperienza che si alternano nell’ambulatorio. Potrebbe anche capitare di ritrovare nell’ambulatorio il proprio Pediatra di Famiglia. I medici sono coadiuvati nell’attività dal personale infermieristico a tempo indeterminato dell’ASL, che ha partecipato al progetto su base volontaria e che è stato selezionato mediante avviso pubblico interno. La valutazione dei titoli, per l’inserimento in graduatoria, richiedeva la residenza nella regione Puglia, la residenza nell’ASL di Taranto da almeno due anni, i titoli di carriera: servizio reso nel profilo di personale infermieristico presso Aziende o Enti del S.S.N. ciascuno con attribuzione di un punteggio.

A parità di punteggio, prevaleva il più giovane di età. All’Infermiere primo classificato veniva attribuito

l'incarico di infermiere coordinatore.

Al termine della visita, il Pediatra rilascia al genitore del bambino o del ragazzo una nota informativa da consegnare al suo Pediatra di Famiglia nella quale descrive la situazione clinica riscontrata e le eventuali prestazioni erogate. Quanto alla logistica, il Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) è costituito da due stanze : in una stanza vengono visitati i piccoli pazienti e nell'altra i piccoli attendono di essere chiamati in ordine di arrivo (la cosiddetta sala d'attesa).

La sala d'attesa è arredata per ospitare i piccoli e loro genitori. Al suo interno vi sono tavoli e sedie proporzionati ai piccolini oltre alle sedie di dimensioni normali dove possono accomodarsi i genitori.

L'ambiente è confortevole per i bimbi, che trovano giochi o album da colorare in modo da rendere più leggera la loro attesa e fargli prendere confidenza con l'ambiente. Nell'assistenza infermieristica del bambino e della sua famiglia la valutazione sta alla base della pianificazione.

La valutazione fornisce le informazioni utili a capire insieme alla famiglia cosa bisogna fare, quando farlo e chi deve farlo, sia che si tratti di una analisi completa e olistica dei bisogni e dei problemi di salute del bambino, sia che si tratti di un rapido e mirato controllo di un singolo aspetto della condizione del bambino. L'infermiere deve possedere delle competenze di ragionamento clinico in modo da poter interpretare i dati ottenuti dalla valutazione e da poter identificare quali sono le azioni più appropriate da intraprendere, basandosi ove possibile sull'evidenza scientifica. Inoltre, l'infermiere deve possedere competenze e conoscenze necessarie per gestire le informazioni raccolte e per registrare in modo accurato i dati e le informazioni stesse ottenute dalla valutazione, per far sì che i bambini, gli adolescenti e le loro famiglie possano partecipare pienamente al processo di assistenza. La misurazione dei parametri vitali e del peso del bambino sono il punto di partenza per una assistenza mirata.

Nell'ambulatorio pediatrico fondamentale è la comunicazione che si instaura tra l'infermiere e il bambino. L'infermiere, infatti, deve osservare con attenzione il linguaggio non verbale del corpo del bambino e deve saperlo ascoltare dedicandogli il giusto tempo.

Trattandosi di bambini, non è semplice instaurare un rapporto di fiducia e riuscire a distrarli dai loro problemi.

Per questo motivo, l'infermiere deve saper intrattenere con il gioco il piccolo paziente, imparare a comunicare con lui infrangendo le barriere di diffidenza del bimbo ed instaurare un rapporto comunicativo efficace anche con i parenti del piccolo. Inoltre, i bambini si aspettano dall'infermiere un atteggiamento premuroso dolce e paziente.

Anche la divisa ha un ruolo importante nell'accoglienza del piccolo paziente, tanto che si sta pensando di indossare divise colorate poiché alcune evidenze scientifiche hanno dimostrato che il colore della divisa dell'infermiere influisce sull'instaurarsi della relazione tra bambino-infermiere-genitore.

Tale divisa permette all'infermiere di avvicinarsi al mondo del piccolo paziente, diminuendo la sua paura nei confronti dell'ambiente ambulatoriale pediatrico e rendendo il clima assistenziale più favorevole al dialogo, creando così lo SCAP più accogliente.

Quest'effetto può potenzialmente migliorare l'imprinting della relazione tra i tre attori protagonisti dell'assistenza (bambino-infermiere- genitore) ,insieme alla componente umana e la competenza del singolo infermiere.

Ovviamente, per poter parlare di risultati positivi bisogna aspettare un po'di tempo dato che stiamo all'inizio della attivazione di questo progetto, ma si spera che con l'istituzione di questo nuovo servizio gli accessi al pronto soccorso dei bambini vengano ricondotti nel giusto percorso, con meno disagi per i piccoli pazienti e la soddisfazione delle famiglie.

CARE GIVEN FAMILIARE: un sostegno all'assistenza



dott.ssa Ilaria Leo, Infermiera
dott. Gabriele Leo, Infermiere

La diagnosi di malattia rappresenta un evento stressante per l'individuo, richiede un intenso sforzo di adattamento poiché genera uno sconvolgimento della quotidianità, comporta un'importante crisi psicologica derivante dall'incognita dell'evolversi della malattia e dalla minaccia che rappresenta per il futuro e la vita. Nel pensare alle malattie croniche la nostra attenzione si rivolge alla sofferenza fisica e psicologica di persone affette da malattie degenerative e altamente invalidanti.

Scoprire di essere affetti da una patologia comporta un'intensa e violenta reazione emotiva, in particolare, il significato di minaccia esistenziale della malattia è uno degli elementi più dirompenti nel vissuto psicologico della persona ed è causa di shock, afflizione, senso di smarrimento, stress, rifiuto, frustrazione e paura della possibile perdita di alcune capacità fisiche e cognitive. Si tratta di reazioni naturali, del tutto comprensibili, perché ciascuno di noi nella vita coltiva dei progetti e

ha delle aspettative che la malattia¹, improvvisamente, sconvolge. La malattia si ripercuote nella esistenza della persona andando a scombinare profondamente la sua vita, strettamente connessa a fattori sociali, relazionali, economici e ambientali.

Non esiste una risposta univoca agli eventi della vita, la reazione, quindi, dipende da variabili psicologiche soggettive, dalle esperienze vissute e dalle premesse culturali di ciascuno, che condizionano la lettura della realtà e i significati ad essa attribuiti. La malattia costringe la persona colpita, e la sua famiglia, a riprogrammare la propria vita, a cercare nuove modalità per affrontarla, occorre, quindi, prendere tempo per elaborare la notizia e l'evolversi della malattia. Quando si percepisce il pericolo della malattia, nascono nell'individuo due differenti reazioni, che crescono in parallelo, ma interagiscono tra loro e si alimentano a vicenda.

¹ Bolis T., Masneri S., Punzi S., "Il ruolo del caregiver e l'impatto del caregiving: tra ruoli e bisogni"; Vol. 30, N. 3: B32-B3 ISSN 0391-9889, 2008.

da. Una di queste è la “Risposta cognitiva”, che cerca di inquadrare il problema razionalmente; così l'individuo, attraverso le sue conoscenze di senso comune, risponderà alle tipiche domande cliniche e si preoccuperà delle ricadute esistenziali della propria malattia. Contemporaneamente, vi è la “Risposta emotiva”, ovvero l'insieme di sentimenti quali la paura e la preoccupazione per il cambiamento di vita che si dovrà affrontare. È molto importante riconoscere il significato che la persona attribuisce alla propria malattia. Essa, infatti, può presentarsi sotto forma di sfida, nemico, punizione, debolezza, perdita. La malattia cronica ha un impatto stressante che coinvolge non soltanto la persona che ne è colpita ma tutti coloro che ne sono in relazione. La famiglia² per la persona malata rappresenta, perciò, un vero e proprio cardine in qualsiasi programma di cura e assistenza. La cura diventa quel sostegno quotidiano di carattere sociale, psicologico, emotivo, fisico, rivolto a persone non autosufficienti o fragili, facendo specifico riferimento a quelle attività non solo di relazione, ma anche di accompagnamento, di supporto e di aiuto nelle funzioni quotidiane essenziali. Tali funzioni, in particolare, sono svolte dal caregiver familiare o informale, ovvero, colui che, in virtù di un legame affettivo e/o familiare, si prende cura di una persona che presenta una patologia cronica o invalidante e si assume la responsabilità primaria dell'assistenza. Il termine caregiver, di derivazione anglosassone, indica, perciò, colui che offre assistenza e sostegno al malato.

Il suo ruolo non va in alcun modo sottovalutato, essendo contributo prezioso alla cura del malato stesso. Secondo Rosalynn Carter, ci sono quattro tipi differenti di persone al mondo:

1. Quelli che sono stati caregiver;
2. Quelli che sono attualmente caregiver;
3. Quelli che saranno caregiver;

2 Siri I, Badino E, Torta R. “La famiglia del paziente” Torino: Centro Scientifico Editore, 2007.

4. Quelli che avranno bisogno di un caregiver. Ciò ha una valenza di estrema importanza, perché significa che, dare cure ad altre persone o essere dipendenti dalla cura di altri, è un'esperienza normale nella vita di tutti. Ad ognuno di noi, infatti, è successo almeno una volta di essersi preso cura di qualcuno. La cura è definibile, dunque, come quell'insieme di azioni, impegni, sostegno sociale, supporto emotivo e psicologico che quotidianamente si attua tra noi e i nostri cari. L'approccio del caregiver, nella presa in carico del familiare, tiene conto delle varie aree della salute multidimensionale (fisica, mentale, sociale, spirituale) e dei fattori che influenzano la salute (fattori ambientali e personali). Il caregiver familiare è, dunque, quella persona che si prende cura di un proprio familiare non in grado di farlo autonomamente per motivi cognitivi o per limitazioni fisiche. I caregiver devono, infine, essere figure adeguatamente formate e con una preparazione ben solida, al fine sia di garantire cure adatte e sostegno al malato, che di gestire nel miglior modo possibile un ruolo di supporto alle attività di vita quotidiana della persona malata, alle relazioni familiari, extra-familiari e territoriali della persona, gli aspetti legati alla sicurezza del familiare e le situazioni di stress. Un mito orientale afferma che il rapporto tra l'inferno e il paradiso non è giocato su grandi differenze: i cinesi descrivono l'inferno come un ambiente estremamente affollato dove ognuno deve tentare di mangiare del riso aiutandosi con dei lunghissimi bastoncini, con conseguenti bassissime possibilità di soddisfazioni, mentre nel paradiso, identico, altrettanto affollato, anch'esso basato sull'esigenza del nutrirsi con dei lunghissimi bastoncini, uno mette il riso in bocca all'altro. Non immaginiamo, per ciò, possibilità taumaturgiche eccezionali che possano cambiare la situazione dei pazienti: la differenza, invece, fra lo stare molto male con un disturbo e lo stare meglio con la stessa difficoltà, sta in queste variabili di fondo: comprendere i pazienti ed aiutarli a star meglio.

DIARIO DI UNA DOTTORESSA

dott.ssa Natalina Segoloni
Infermiera Distretto 5- Martina Franca (Ta)

sabato, 9 settembre 2017

Caro Diario,

in questo preciso momento Gentiloni, dal palco della Fiera del Levante, ha annunciato che il paese è in netta ripresa, una ripresa oltre le aspettative. Eccolo là, il solito che inizia a ridere. Ma cosa ridi? Se lo dice uno che ha dichiarato un reddito di 109.607 euro, saprà di quel che parla! Quando si parla di statistiche non v'è altro modo che prenderla con poesia e ricordare Trilussa che diceva "Sai cos'è la statistica?.....da li conti che se fanno, secondo le statistiche d'adesso risulta che te tocca un pollo all'anno:e, se nun entra nelle spese tue,t'entra ne la statistica lo stesso perch'è c'è un antro che ne magna due". Orbene, versi degli anni quaranta che ti lasciano lì a pensare, sì per il contenuto così chiaro ed esplicativo per la gente del tempo che magari, ai tempi sottolineo, poco erano avvezzi di cifre e distribuzione del reddito per una mancanza di alfabetizzazione, ma ciò che ti lascia ancor più sorpreso è l'arte di persuadere il popolo sovrano, che sarà pure alfabetizzato ma rimane sempre un popolo di sognatori. Pertanto, sulla scia di questo ritrovato ottimismo ci apprestiamo anche a compilare curriculum formativi e professionali per un'eventuale avanzo di carriera. La carriera dell'infermiere ormai ha assunto una vastità sovrapponibile a quella degli altri professionisti sanitari e la cosa è assai divertente, perché da un lato ci sono quelli che ci credono, i sognatori come me, dall'altro ci sono quelli che ti urlano in testa che siamo infermieri, una classe di gentaglia che non andrà da nessuna parte, nel mezzo ci sono quei professionisti che sono già cresciuti e si acchiappano con le unghie e coi denti al loro essere superiore, conducono una sorta di tattiche premianti verso coloro che dimostrano la loro inferiorità.

A quarant'anni mi restavano due alternative: appassionarmi alla tele-novela il "Segreto" od imparare l'uncinetto in attesa che mio figlio mi rendesse nonna.

Ho scelto di ritornare all'università. La scelta è stata per puro amore nei confronti di queste materie che volevo conoscere e che andavo a spulciare e piluccare, mai dando a queste conoscenze un senso concreto. Beh, poi, se ci son quelli che ogni tanto si dimenticano della gente che paga le tasse affinché io faccia l'infermiere e non la governante, io esordisco con il mio "ah guardi, fra sei esami e la tesi potrò definirmi un potenziale direttore di struttura e, magari, posso venirvi in aiuto, per ora non posso esprimermi"... Ecco devi vedere le sfumature di viola sui loro volti e i commenti sussurrati alle mie spalle! E' quel pizzico di buonumore che in una equipe non deve mai mancare e quella che si diverte di più poi sono io. Seppure ci sia stato realmente un caso di una ex infermiera che è stata nominata direttore di struttura complessa, con gran putiferio venuto fuori, classico, da quelle persone che non capiscono che non si va da nessuna parte se chi ti sta accanto non cresce con te, a parte poi quelli che nemmeno capiscono i profili professionali... Anche in Liguria una ex infermiera fu nominata alla Direzione Generale, ma questa chicca la tiro fuori proprio quando voglio fare male, poi infondo quando cadono dal piedistallo si fanno male, perciò l'anima della crocerossina mi obbliga a sorvolare certe volte. Hai presente quel righino infondo infondo ai questionari degli eventi ecm, quello che lasciamo sempre in bianco eh, lì c'è scritto "esigenze formative?" Se tutti scrivessimo che ci sono persone superiori (anzi super e basta), che nemmeno conoscono il profilo professionale della gente che pretendono di "pascolare", magari qualcuno si metterebbe una mano sulla coscienza e li aggiornerebbe, con dei disegolini, dei fumetti, una e-mail, bah sta bene pure un volantino fotocopiato (la carta la offrono i collaboratori professionali!) Costo zero, l'importante è contenere i costi. Renzi, che Dio lo abbia in gloria, aveva blaterato di un tetto massimo di retribuzioni da dare ai dirigenti proprio per contenere i costi

, eh... sì . I premi dovevano essere motivati dagli obbiettivi, seppure non abbia mai specificato la priorità degli obbiettivi per settori , pertanto uno poteva mettere negli obbiettivi l'abbattimento delle doppie punte a tutte le dipendenti donne. Ci si affida al buon senso , ma, come direbbe un mio "superiore", quelli che decidono gli obbiettivi sanno che sotto le poltrone, sotto i premi, sotto le delibere, sotto i politici, sotto tutto ci stanno 4 cretini : uno è un medico , una è un infermiera , uno è un paziente e l'altro è quello che paga le tasse per tutto sto ambaradan? Mi viene in mente un signore venuto in visita. Il medico gli ha scritto la sua bella pappardella di prescrizioni terapeutiche e strumentali diagnostiche, lui dà una lettura veloce e in un Martinese italianizzato. "Ma non me le può scrivere lei queste cose?". "Io le ho prescritto la visita dal diabetologo ed una ecografia, poi, a seconda dei risultati, il medico curante le spiegherà cosa fare. Intanto le prescrivo queste medicine che il suo medico le deve scrivere su ricetta"

"Ma lei non può scrivermi le medicine e le altre visite da fare dopo l'ecografia ? Per piacere... "

"No ..vede... c'è scritto qui che io non posso prescrivere farmaci"

"Dottore lo faccia come a tuo padre se lo tieni ancora o per l'anima sua , è possibile che io devo andare da sto medico curante e chiedere l'elemosina e quello che comincia dire che non vuole scrivermi la visita, e non può scrivermi le medicine... " "Capisco ma ho scritto una bella relazione vedrà... qui c'è il numero dell'ambulatorio, se vuole il suo medico può chiamarmi "

"Dottore fammi un ultimo piacere... dimmi tutte queste cose a pagamento quanto vengono a costare , credimi non li sopporto più, sono una persona onesta, ho sempre lavorato io , ed essere trattato come un pezzente .. mi pago tutto, basta che non li sento"

Soggetto è il signor Pasquale, ex operaio I LVA, reddito presunto 1300 euro al mese... premiato dalla sottoscritta con una pacca sulla spalla ed un sorriso di incoraggiamento.

I MODULI FOCALI PROFESSIONALI: un'esperienza formativa in ambito infermieristico



dott. Cosimo Della Pietà

Infermiere ADI, Distretto Socio Sanitario N. 6, ASL Taranto

INQUADRAMENTO

L'idea principale è quella di costruire un sistema aperto di lavoro per piccoli gruppi, all'interno di una Unità Operativa (UO) sanitaria. Esso ha lo scopo di aumentare i livelli di coinvolgimento motivazionale dei professionisti dell'assistenza sanitaria, supportare il modello organizzativo presente all'interno dell'UO, e conseguentemente aumentare i livelli qualitativi di assistenza infermieristica, per meglio rispondere ai bisogni di salute del cittadino in ambito ospedaliero e territoriale.

Utilizzando le basi concettuali dell'educazione fra pari, dopo una analisi sociografica dell'assetto gruppale, svolta dai promotori del progetto, si definiscono le dinamiche sociali esistenti all'interno della realtà oggetto dell'intervento. Questo ci permette di identificare gli individui con maggiori capacità di trascinare ed influenzare gli altri (leader). Saranno loro che, opportunamente formati, fungeranno da trasci-

natori dell'intera équipe assistenziale, per la realizzazione del modello formativo in questione. Si auspica il coinvolgimento di tutti i professionisti infermieri e OSS, presenti nel nucleo operativo di una intera UO, ma inizialmente solo una parte sarà coinvolto nel necessario percorso formativo. Essi a loro volta saranno i promotori del cambiamento, tramite la costituzione di una rete di gruppi fortemente interagenti tra loro.

In sostanza, nella UO oggetto dell'intervento, dopo la costituzione e la formazione dei gruppi, l'intero bagaglio conoscitivo dell'UO, sarà scomposto in sotto argomenti ed assegnato ad ogni singolo MFP. Esso provvederà a rielaborarlo, farlo proprio, renderlo vivo, fare ricerca e dargli nuova vita con l'apporto di rinnovati ed aggiornati contenuti scientifici, per poi renderlo più facilmente fruibile ai propri colleghi del reparto ed ai neofiti (Infermieri, OSS, studenti di infermieristica, tirocinanti OSS). Essi faranno altrettanto. Questo mutuo scambio che genera crescita di conoscenze è la base per la costituzione di una

Organizzazione per l'apprendimento e degli stessi MFP, e di un processo di formazione sul campo che è di grande rilevanza per la formazione degli adulti.

CONTESTUALIZZAZIONE DELL'INDAGINE

Il contesto in cui si è svolta la nostra ricerca è l'UA di Medicina Interna dell'Ospedale di Budrio in provincia di Bologna. La scelta è caduta su questa realtà organizzativa per due ragioni principali, la prima riferibile al fatto che, chi scrive, l'ideatore del progetto, era un membro effettivo della UO oggetto di intervento, ricoprendo funzioni di coordinatore assistenziale; la seconda è da ascrivere a ragioni di natura pratica, in quanto sia la direzione infermieristica, di livello intermedio, sia i professionisti infermieri presenti in questa realtà, hanno dimostrato il loro interesse e la loro disponibilità alla sperimentazione.

Ma procediamo con ordine. Inizialmente la ricerca di una UA, dove svolgere lo studio preliminare per l'avvio del progetto di inserimento del neofita tramite i MFP, si era orientata all'esterno dell'azienda.

Le ragioni sono da ricondurre al fatto che essendo lo stesso ricercatore - formatore - ideatore del progetto, membro effettivo di una UO oggetto di intervento, si credeva che si sarebbe andati incontro a delle incongruenze di ruolo nel ricoprire contestualmente la posizione di formatore e di formato, di studioso e di studiato, all'interno dell'UO.

Consapevoli di queste dinamiche si è deciso di adottare un sistema di analisi partecipata, dove il ricercatore / formatore è parte integrante e costituente il gruppo di lavoro, trasformando in una risorsa importante, quello che inizialmente poteva sembrare un ostacolo alla realizzazione dello studio.

Nel tentativo di stringere il campo di azione, e i tempi per la sperimentazione, ci siamo rivolti alla dirigente infermieristica del dipartimento medico,

di cui fa parte l'UO di Medicina Interna di Budrio. Essa ci ha presentato, in modo molto realistico, il suo interesse alle idee espresse nel progetto, ma ha anche illustrato con altrettanta concretezza i vincoli a cui far fronte. Tali vincoli sono legati fondamentalmente a carenze di risorse, attualmente da dedicare ad una pur interessante iniziativa come questa.

Discutendo, si è giunti ad una possibile mediazione. I termini da essa suggeriti, fatto salvo il suo benessere, erano riferiti alla non disponibilità dell'azienda nel dedicare attualmente risorse a questo progetto, in termini di risorse economiche e ore straordinarie da mettere a disposizione della formazione dei leaders, e delle successive riunioni. Quindi, sono sue testuali parole *“devi puntare su una disponibilità volontaria dei professionisti da coinvolgere”*.

Con il suo suggerimento, il desiderio di applicare le nostre idee, e con la voglia di mettere a disposizione di altri professionisti le nostre competenze, per far crescere il loro livello motivazionale e magari risolvere qualche criticità presente nella realtà organizzativa, è partita la sperimentazione del percorso nuovi assunti con i MFP all'interno dell'UO di medicina interna dell'ospedale di Budrio.

Il passo successivo, è stato quello di sondare la disponibilità degli operatori. Questo è stato realizzato, avviando un vero e proprio studio di valutazione preliminare, con metodologie di indagine qualitative tramite interviste, per raccogliere informazioni relative alla percezione degli infermieri e degli OSS sulle problematiche presenti nell'UO, e la loro disponibilità nel partecipare al progetto. Le interviste si sono svolte all'interno dell'UO, in momenti informali. Cercando sempre di evitare i posti con un carico emotivo e di confusione che potevano influenzare i risultati delle interviste.

L'intervista si è svolta iniziando con la presentazione di una sintesi del progetto relativo ai MFP e successivamente si è chiesto di esprimere la propria personale opinione su di esso e come si

sarebbe visto inserito in una realtà organizzativa come quella proposta nel progetto.

Di seguito sono riportate alcune delle interviste più significative.

Fabio - Infermiere esperto

Da quello che mi sembra di aver capito tutti noi dovremmo diventare ricercatori e docenti. Il progetto sembra molto interessante, forse impedirebbe a molti dei nostri colleghi di cambiare continuamente reparto. Io personalmente sarei interessato a prendere in considerazione tutta la parte relativa all'assistenza infermieristica ai pazienti sottoposti a paracentesi, toracentesi ecc.

Ho notato che spesso queste pratiche non sono perfettamente assimilate dagli altri infermieri e soprattutto da quelli più giovani. Mi affascina molto l'idea di preparare del materiale da distribuire ai nostri colleghi per uniformare il modo di operare, in certe situazioni. Inoltre, vedo la possibilità di formare meglio i nuovi arrivati, invece di lasciarli in attesa che capitino le occasioni per apprendere, cioè che me li trovo in turno, durante un'emergenza, e non sanno neppure dove mettere le mani.

Marina - Infermiera esperta

Sono sicura che molti di noi vedrebbero le proprie convinzioni e modi di operare, messi in seria discussione.

Io lavoro qui da più di dodici anni e mi capita spesso di notare grosse differenze tra il mio modo di lavorare

e quello dei miei colleghi. Nonostante le nostre procedure e i protocolli parlino chiaro.

Forse se con un lavoro di gruppo, supportato da basi scientifiche, si riuscisse ad uniformare il nostro modo di

lavorare, alcuni attriti che spesso si presentano con i miei colleghi, sarebbero molto at-

tuiti.

Mario - Infermiere esperto

Sinceramente a me di ricominciare al leggere dei libri di assistenza infermieristica non mi va tanto. Ma se avessi un problema da risolvere relativo al mio lavoro, mi attaccherei ad internet, e dall'analisi di alcune banche dati che visito spesso, potrei trovare delle buone soluzioni.

Penso che se queste soluzioni potessero essere stampate, lette ed applicate da tutti nel nostro reparto sarebbe veramente favoloso. Quindi il tuo progetto vuole organizzare il modo di ricercare e diffondere delle informazioni nel reparto.

L'idea sembra funzionale, ma sei sicuro che gli altri si mettano a fare dei lavori ed a proporre le soluzioni agli altri? E gli altri accetteranno i "consigli"?

Emy - Infermiera esperta

Qui si tratta di rivedere tutto il nostro modo di porci verso il nostro lavoro. La cosa che a me sembra molto interessante è quella di creare un percorso stabilito per formare i nuovi assunti.

Non penso alla loro valutazione, ma al fatto che almeno chi arriva qui da noi, ha avuto delle conoscenze specifiche del nostro reparto, date da noi stessi. Insomma far sentire e vedere che ci siamo organizzati per formarli.

Sarebbe una bella immagine che diamo di noi. Io credo in definitiva che vale la pena tentare...

Marta - Infermiera esperta

Si si credo, che sia una buona idea. Sono sicura che sarebbe un bellissimo modo per accogliere i nuovi assunti. Farli passare da ogni

gruppo o turno, che ha preparato un argomento specifico. Magari valutandoli volta per volta e se necessario far ripetere l'esperienza o le informazioni che ogni gruppo ha da trasmettere. Credo che aumenterebbe il nostro prestigio come professionisti e come reparto all'interno dell'ospedale.

Concetta - Infermiera esperta

Io non ho assolutamente tempo da dedicare a queste cose. I problemi sono altri. Qui si lavora tanto. Qua manca personale e non mi sembra che i problemi si risolvano mettendosi a tavolino a fare ricerca. Credi che io dopo un doppio turno, con sette ingressi, mi metto a fare riunioni e progetti di ricerca gratis? Comunque si può sempre provare. Ma sei sicuro che le ore da dedicare a questo progetto non ci verranno pagate, almeno che siano messe in recupero ore? Ho molti dubbi su quello che mi hai presentato, ma forse per risolvere questa situazione tragica in cui lavoriamo, qualsiasi tentativo può essere fatto...

Come si può evincere dalle interviste riportate, la disponibilità all'avvio della sperimentazione all'interno nell'UO sembra buona.

La maggioranza, compresa la referente della formazione del reparto, sono ben disposti a tentare questa strada.

Una delle grosse difficoltà, che sembra dobbiamo affrontare con le giuste cautele, ci viene dalla netta opposizione di alcune colleghe, che anche in altre circostanze si sono dimostrate poco disponibili verso iniziative atte a modificare l'assetto organizzativo del reparto.

Una strategia che sembra opportuna utilizzare, ci è stata suggerita da alcuni colleghi più vicini affettivamente alle persone sopracitate: si potrebbe coinvolgerle nel primo training, renderle artefici del cambiamento, protagoniste del progetto. Trasformarli da oppositori a promotori, conferendoli

ruoli importanti nel progetto.

Questa è una strategia che a nostro avviso potrebbe essere tentata.

Dalla elaborazione dei dati emersi dalle interviste, per i fini del nostro studio preliminare, non si ritiene necessari riportare tutte le interviste effettuate. In sintesi, l'esito di questo lavoro è stato molto incoraggiante. Considerando una popolazione di (25) venticinque infermieri e (18) diciotto OSS, presenti nel reparto, sono stati intervistati (19) diciannove infermieri, (12) dodici OSS. Dodici OSS e sedici Infermieri si sono dichiarati disponibili ed interessati all'iniziativa,

OBIETTIVO DELL'INDAGINE

Scopo del presente progetto è quello di presentare ed applicare il modello formativo che si basa sull'utilizzo dei MFP e sostenere e gestire il percorso di inserimento del neofita (Infermiere, OSS, tirocinanti OSS, studenti del corso di laurea in infermieristica) all'interno di una Unità Operativa.

L'utilizzo dei MFP, fonda la sua ragione d'essere sulla valorizzazione del lavoro in piccolo gruppo. Questo, con la finalità di facilitare il percorso di inserimento del nuovo assunto e contemporaneamente supportare lo sviluppo e la crescita dei livelli motivazionali negli operatori sanitari che già lavorano nell'UO, ed indurre di conseguenza una crescita degli standard qualitativi e quantitativi dell'organizzazione sanitaria oggetto di intervento.

Il percorso presentato prevede una parte metodologica volta alla presentazione del modello formativo tramite l'utilizzo dei MFP e la sua sperimentazione empirica, attuata all'interno di una UO di Medicina Interna.

Il sistema di trasmissione delle conoscenze che si ritiene utile adoperare, vede l'instaurazione di un sistema di tipo induttivo, dove i ricercatori - formatori, entrano in stretto contatto con i professionisti infermieri e OSS, donando loro basi

metodologiche utili per la risoluzione di problematiche concrete.

Le stesse criticità, dovranno essere identificate con strumenti di analisi che fanno riferimento a metodi e strumenti di ricerca di tipo quantitativo e qualitativo.

Si punterà alla creazione di un sistema di influenze che premi un tipo di leadership trasformativa, dove la figura del coordinatore dei professionisti infermieri abbia il ruolo di trascinatore del cambiamento.

Esso, coordinerà il MFP che si occupa dell'inserimento e della valutazione del neofita, ricoprendo di conseguenza il ruolo di collegamento tra i vari MFP, presenti nella sua UO.

Tenendo presente che ogni singolo membro di un MFP, potrà secondo le necessità organizzative, far parte contestualmente di più MFP a livelli differenti.

Per esempio partecipare a MFP formati da persone appartenenti a più UO ospedaliere, territoriali, distrettuali, scambiandosi idee, punti di vista e necessità differenti, ecc.

Questo potrebbe gettare le basi per una maggiore integrazione, tanto auspicata dai più moderni modelli organizzativi sanitari, per una forte integrazione tra l'ospedale ed i servizi territoriali.

Ricordiamo che un tale sistema di definizione di ruoli offre ai membri del gruppo di lavoro il vantaggio di rendere più facilmente prevedibile il comportamento e di fare in modo che, attraverso la chiarezza dei ruoli, diminuisca lo sforzo necessario al coordinamento.

Ogni MFP sarà costituito da un numero variabile (da uno a cinque) professionisti, privilegiando i seguenti criteri per la sua costituzione:

- interesse dei partecipanti per l'argomento;
- loro grado di esperienza rispetto all'argomento trattato;
- anzianità di servizio nella specifica U.O.;
- esperienze culturali e professionali possedute, anche extra lavorative;
- valutare la possibilità di creare MFP interpro-

fessionali;

- disponibilità degli argomenti presenti nell'UO;
- turno di appartenenza.

Un altro importante fattore strategico da considerare è la necessaria strutturazione del piano di intervento formativo, che si baserà principalmente su un tipo di rapporto docente - discente, tipico della metodologia della Ricerca Azione e della Formazione - Intervento; in cui prevalga un rapporto di collaborazione stretto fra i ricercatori-formatori e gli operatori, definibile di parità, di reciprocità e di mutua collaborazione.

Il ruolo del ricercatore/formatore, che generalmente viene ricoperto da professionisti interni o esterni all'azienda, è solitamente quello di pianificare, osservare, interpretare e diffondere i dati della ricerca, mediante la definizione delle variabili, la scelta della metodologia e degli strumenti e l'elaborazione di "pacchetti" da proporre all'operatore.

Questa impostazione può produrre, quel rifiuto verso la teoria da chi opera sul campo, o quella distanza fra ricerca e azione che lamentano spesso gli operatori.

Si vuole mettere in evidenza come l'apprendimento, specie negli adulti, passi per l'azione ed è enfatizzata dalle finalità che il nuovo contenuto conoscitivo apporta, quindi anche i ricercatori e gli operatori possono interiorizzare ed applicare consapevolmente i risultati della ricerca, solo se hanno contribuito alla costruzione del sapere e degli strumenti da utilizzare, o se almeno, sono in grado di ricostruire i processi che li hanno generati.

Nella Ricerca Azione il ricercatore continua a mantenere una posizione di preminenza, esso rappresenta colui che propone un piano e un progetto, ma al tempo stesso non costituisce il depositario di un sapere indiscusso e neutro; egli contratta, discute i risultati di questo sapere, contribuendo insieme con gli operatori alla continua ridefinizione dei problemi da indagare, degli obiettivi e delle metodologie della ricerca utiliz-

zati, allo scopo di migliorare la pratica operativa. Anche questo modello metodologico, si basa su un approccio verso i problemi, che utilizza in modo originale e stimolante le dinamiche che si presentano all'interno di un gruppo, specie di un piccolo gruppo come può essere un MFP.

La grande novità che apportano i MFP è quella di costituire e far lavorare in un piccolo gruppo i professionisti, ma inizialmente questo piccolo gruppo di lavoro è costituito e sostenuto da teorici – ricercatori esperti sia di dinamiche di gruppo che di metodologia della ricerca infermieristica e sociale.

Tali conoscenze, se applicate empiricamente in ambito infermieristico, permettono di dotare i professionisti infermieri di conoscenze teoriche che possono veramente rivoluzionare il loro modo di porsi verso la persona che soffre e che necessita di un sostegno competente.

Questo sia dal punto di vista tecnico professionale, che soprattutto relazionale. Garantendo così quel mandato prioritario della professione infermieristica, che vede al centro del suo sapere, fare, pensare, la persona nella sua unicità e complessità, che ha pienamente diritto alla garanzia di una prestazione sanitaria qualitativamente elevata.

REALIZZAZIONE DEL PERCORSO D'INSE- RIMENTO DEL NUOVO ASSUNTO TRAMITE I MFP, NELL'UO DI MEDICINA INTERNA OSPEDALE DI BUDRIO

Dopo varie modifiche all'assetto organizzativo dell'UO di medicina Interna Dell'Ospedale di Budrio, ASL di Bologna, nel quale lo scrivente ricopre funzioni di coordinatore assistenziale, si è avviata la fase di applicazione del percorso di inserimento del nuovo assunto tramite l'applicazione dei principi dei MFP.

L'applicazione del modello formativo si è resa necessaria per far fronte all'elevato turn over del personale infermieristico e OSS dell'UO, e dalla

necessità di costruire uno strumento per l'inserimento del neofita, attraverso un percorso razionale e che veda coinvolti più membri dell'UO. Inoltre facilitare il percorso formativo pratico di tirocinanti OSS e studenti Infermieri.

La necessità di investire delle risorse per l'inserimento del neofita si è rilevata di estrema importanza, per garantirci uniformi ed elevati standard di conoscenze, ed operative, da parte dei professionisti peresenti in UO e dei nuovi assunti, dopo il percorso di inserimento.

La fase di valutazione dell'impatto del progetto è stata portata avanti simultaneamente ad alcune modifiche al modello organizzativo. Tali modifiche hanno riguardato il sistema organizzativo per settori, già presente nell'UO in esame.

Durante una riunione di reparto, a fronte di alcune criticità evidenziate dall'elevato ricambio del personale assistenziale, e delle ingenti quantità di contenuti da trasmettere ai nuovi arrivati, il coordinatore dell'UO, ha presentato una proposta per la costruzione di un percorso organico per l'inserimento del neofita con l'utilizzo dei MFP. La proposta, dopo intense discussioni, dove sono stati evidenziati i punti di forza e di debolezza del progetto è stata accettata.

Ispirandoci ai principi dell'educazione fra pari solo quattro infermieri e due OSS sono stati sensibilizzati ai principi dei MFP. In successivi incontri, si sono definiti le strategie per la costruzione del progetto, i contenuti da elaborare, le griglie da costruire per la costruzione delle tappe da far percorrere al neofita, ed il sistema di valutazione da adottare.

Alla conclusione del percorso formativo presentato, è previsto un momento di verifica, con strumenti costruiti ad hoc.

Tale verifica, fa riferimento in modo preciso al raggiungimento degli obiettivi presenti nelle singole unità didattiche. Sono previsti dei momenti di verifica, tramite interviste di singoli, di gruppo e di verifica dell'acquisizione delle conoscenze specifiche sul campo.

IL PERCORSO DEL NEOFITA

All'interno della catena dei MFP è prevista la costituzione di un gruppo di lavoro destinato all'inserimento del neo-assunto, con lo scopo di assicurare a quest'ultimo un percorso teorico - pratico completo, all'interno dell' U.O.

Ci sono alcuni punti critici riguardanti l'inserimento del neofita, primo fra tutti il "tempo", in quanto siamo tutti consci che formare un neofita, in ambito ospedaliero, sia necessario un percorso da noi stimato di circa sei mesi.

Questo tempo coincide con il periodo di prova, contrattualmente definito, per la valutazione del nuovo assunto a seguito di pubblico concorso.

Il presente percorso-progetto rappresenta, quindi, la risposta strutturata al bisogno di dare omogeneità e consistenza ad un percorso così fondamentale per l'organizzazione delle competenze specifiche al fine di ridurre il rischio di spontaneità e di improvvisazione.

L'inserimento del nuovo assunto comporta momenti di difficoltà legati ad un elevato numero di contenuti da assimilare, di natura tecnica, organizzativa, relazionale ed emotiva che il neofita è chiamato a gestire.

Questi momenti critici vanno quindi presidiati e pianificati in tutte le loro fasi.

Scopo principale del progetto è proprio quello di organizzare i passaggi del percorso di orientamento del neofita, evitando che sia lasciato all'iniziativa o meno dei singoli.

Il MFP del neo-assunto è composto da operatori che affiancheranno il neofita durante il percorso di inserimento, lo sosterranno per il superamento delle difficoltà ed infine valuteranno insieme ad esso, l'autonomia professionale raggiunta.

All'interno di tale MFP si dovranno, quindi, creare condizioni ottimali che facilitino l'inserimento e che facciano in modo che sia veloce, sereno, autocritico e capace di incrementare l'autostima ed un libero confronto di idee.

Scopo ultimo è quello di garantire all'infermiere

e all'OSS neofita l'acquisizione graduale delle conoscenze, abilità e competenze, specifiche dell'U.O. Questo si potrà realizzare tramite il passaggio formativo, attraverso tutti i MFP presenti nell'UO in cui verrà inserito. In pratica, entrerà in contatto con i vari MFP, ricevendone la dovuta formazione sulle specifiche tematiche di pertinenza del MFP, seguendo un percorso graduale e intenzionalmente prestabilito.

I componenti del MFP a loro volta, daranno una valutazione in itinere sulle conoscenze acquisite all'interno di ogni specifico modulo. Il neo-assunto durante questo processo, ha la possibilità di auto valutarsi e di prendere visione di quanto è stato rilevato nei suoi confronti.

Dal confronto di queste due valutazioni egli ha la possibilità di poter chiedere ulteriori chiarimenti e suggerimenti, spiegazioni che possono aiutarlo a migliorare.

L'intero percorso di inserimento sarà, infine, valutato dal coordinatore di tutti i MFP, il quale integrerà la sua opinione alle valutazioni date dai vari gruppi di lavoro. La verifica sarà utile per valutare se il neo-assunto ha la capacità di adottare comportamenti idonei di fronte alle varie situazione che dovrà affrontare.

RISULTATI

Giunti alla fine di questo percorso è doveroso tirare le somme del nostro sforzo.

La scelta prioritaria di costituire un modello formativo che vede valorizzate le potenzialità umane presenti nell'intera UO, tramite approcci che si ispirano a teorie andragogiche attive, la formazione - intervento, la Ricerca Azione è stato il fulcro del nostro lavoro.

In sostanza la costruzione dei MFP vuole essere un gioco senza rete in cui il formatore è manager tra i manager, è quadro tra i quadri, è operatore tra gli operatori, ma diversamente dagli altri è un metodologo del processo decisionale e un facilitatore dei processi di formazione e di sviluppo

intorno al progetto in cui le persone sono collettivamente impegnate.

Il capo progetto o come in area anglofona preferiscono chiamarlo, proget-manager, nel nostro progetto è una persona competente in un determinato ambito e capace, di stimolare, motivare e coordinare altre persone, sapendo di dover in primo luogo ascoltare attivamente per recepire i contributi del resto del gruppo.

Egli fa parte dell'organico della stessa UO oggetto dell'intervento, ma può anche essere una figura esperta che si sposta dalla propria realtà organizzativa, da UO a UO, per fungere da stimolatore del cambiamento in altre UO, sia interne che esterne alla propria azienda.

Egli (l'infermiere-formatore) non ha di solito la responsabilità delle risorse umane, materiali e tecnologiche e del loro sviluppo, che resta affidata alla line dell'organizzazione tradizionale.

Risponde invece del progetto provvedendo, per un periodo determinato e secondo una metodologia e delle procedure definite (riguardanti, per esempio, le frequenza delle riunioni), all'integrazione di contributi provenienti da persone con storie conoscitive differenti o da un gruppo interdisciplinare, per il raggiungimento di un obiettivo comune.

Essenziali per il raggiungimento dei risultati sono due elementi:

1. la consapevolezza del proget-manager che a fornire i contributi, essenziali per la buona riuscita del progetto formativo, sono professionisti con culture diverse e portatori di punti di vista e linguaggi tipici del loro ambiente lavorativo;
2. la sua convinzione che la varietà di competenze, caratteristiche personali e linguaggi costituisce una risorsa da utilizzare oltre che una difficoltà da gestire e superare.

Il centro del nostro interesse si è spostato dal fare formazione al costruire apprendimenti, centrando i nostri sforzi sui professionisti presenti nella realtà organizzativa, sul loro essere inseriti in precise

e ben contestualizzate dinamiche gruppali.

Questa modalità è utile per coniugare i bisogni dell'organizzazione con quelli dell'individuo, anche se rimane importante la formazione più classica, quella d'aula, ai fini dell'apprendimento di un aspetto e dell'acquisizione di una conoscenza sia in termini assoluti che per la sua complementarità con la prima.

È una formula a cui molti autori hanno dato il nome di formazione - intervento in quanto consente di innescare e sviluppare dei processi di formazione individuale ma soprattutto collettivi contestualmente a processi di intervento e cambiamento organizzativo.

CONCLUSIONI

La parola staticità in un progetto sperimentale con i MFP, in una organizzazione "fluida" come quella sanitaria, deve per forza di cose essere sostituita con: prontezza e disponibilità al cambiamento. Riteniamo che la sperimentazione nella UO oggetto di intervento, è stata un'esperienza molto positiva per la realizzazione dei MFP. Di certo non conclusiva, ma in via di continua ridefinizione e crescita costante del modello dei MFP.

Il valore aggiunto più importante che il presente lavoro vuole sottolineare è la concretizzazione, teorica ed empirica, del modello concettuale riferibile ai MFP e la rinnovata motivazione al lavoro che è emersa in molti professionisti esperti dell'assistenza infermieristica, che da molti anni lavorano nella U.O. oggetto del nostro intervento. La realizzazione di un percorso strutturato con razionalità metodologica, per l'inserimento del neofita, ha garantito ai professionisti operanti nell'UO un senso di sicurezza scaturito dal fatto che il nuovo collega ha ricevuto tutte le conoscenze necessarie per operare nella specifica UO, ed orgogliosi portatori di conoscenze da trasmettere. Inoltre, i neofiti hanno dimostrato di rispondere in modo molto positivo alla strutturazione del loro percorso di inserimento. In alcuni casi, addirittura

ra ci sono state vere e proprie dimostrazioni di gratitudine, verso chi trasmetteva conoscenze e dimostrava “accoglienza” al nuovo membro del gruppo assistenziale. Non nascondiamo la nostra personale soddisfazione nel veder prendere forma ad alcune nostre idee, incubate ormai da anni, e dalla crescita di consapevolezza dell'enorme contributo che esse possono apportare alla professione infermieristica. È di grande rilevanza affermare l'importanza che l'aspetto formativo ricopre nella professione infermieristica, sia di base che soprattutto post base, cioè in ambito organizzativo sanitario, e di come questa non può più fare a meno di ispirarsi a modelli e concetti che scaturiscono dall'andragogia e dalle scienze dell'educazione.

Speriamo che lo sforzo fatto per testimoniare, con il presente elaborato, l'esistenza di una teoria e di una prassi della formazione, intesa come supporto indispensabile nell'essere Infermiere, aiuti la professione Infermieristica a svilupparsi sempre più rapidamente ed efficacemente in vista degli importanti contributi che la società del futuro si attende dagli esperti di assistenza infermieristica.

E ci auguriamo che ciò avvenga anche attraverso la sistematicità, di percorsi formativi strutturati che vanno ad incentivare i livelli motivazionali dei professionisti dell'assistenza sanitaria.

Tutto questo affinché il know-how sia trasferibile facilmente tra individui, tra gruppi e tra generazioni di professionisti sanitari; cosa che rappresenta il nodo imprescindibile per il consolidamento come professione di qualsiasi ruolo organizzativo o sociale.

Bibliografia

AIF, Associazione Italiana Formatori, “Professione Formazione” ed. Franco Angeli, Milano 2000.

G. Sarchielli, F. Novara, “Fondamenti di Psicologia dell'organizzazione” ed. Il Mulino, Bologna 1996.

OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards, OECD Publishing, 2014, DOI:10.1787/9789264225428-en, ISBN 978-92-64-22541-1.

Chiari P, Santullo A. L'infermiere case manager: dalla teoria alla prassi, McGraw Hill, Milano 2010.

Morelli U. De Togni G. Coordinatori infermieristici: competenze e qualità nelle relazioni di cura. Guerini Studio, Milano 2010.

27/09/2017: Forum Professioni Sanitarie e Medicina



GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE



IL COLLEGIO IPASVI DI TARANTO, IN OCCASIONE DELLA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE, HA ORGANIZZATO, COME SEMPRE, EVENTI CHE COINVOLGONO I CITTADINI "OBIETTIVO UNICO" DELLA PROFESSIONE, CITTADINI "SOGGETTI" DI TUTTI GLI INTERVENTI. DOPPIO L'APPUNTAMENTO DI QUEST'ANNO CHE, PER RAGGIUNGERE UNA PIÙ AMPIA PLATEA DI DESTINATARI, È STATO ARTICOLATO IN 2 GIORNATE:

12 MAGGIO 2017

"POMERIGGIO DI RISATE"

per gli ospiti della Fondazione Cittadella della Carità di Taranto, con il gruppo dei CANTACUNTI che ha portato in scena "La leggenda del Santo Bevitore" testi e musiche di Gianni Vico, narrazione di Maria Rosaria Coppola con la partecipazione di Mino Urbano, chitarra elettrica e acustica.

13 MAGGIO 2017

"GIORNATA DI PROMOZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA"

Destinata ai cittadini tutti, organizzata in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto, si è tenuta nel cuore della Città di Taranto, in Piazza Maria Immacolata.

Il programma ha previsto due momenti:

1. informazione e counselling sulle vaccinazioni in generale;
2. verifica dello stato vaccinale degli ospiti, attraverso il Registro Vaccinale, ed effettuazione della vaccinazione, a quanti lo hanno richiesto, nell'Ambulatorio allestito nei locali messi a disposizione dall'Istituto "Maria Immacolata".

Alla giornata hanno partecipato anche gli studenti di Infermieristica per un Evento Formativo dedicato al tema dell'efficacia degli interventi in sanità pubblica, in particolare delle vaccinazioni, delle loro caratteristiche tecniche, dell'atto vaccinale come pratica infermieristica. La formazione è stata tenuta da esperti medici ed infermieri del Dipartimento di Prevenzione.

“Non a caso abbiamo scelto come tema principale la promozione della vaccinazione - ha affermato la presidente del Collegio Ipasvi, ASV Benedetta Mattiacci - in un momento in cui alcuni paesi vedono il nostro come “paese a rischio” per il morbillo arrivando a consigliare la vaccinazione prima di venire in Italia.

Non possiamo dare torto, e lo diciamo a malincuore: le vaccinazioni sono uno strumento estremamente efficace, a volte unico, per la prevenzione di malattie talvolta capaci di destabilizzare interi paesi, di cancellare intere generazioni (l’Aids detiene questo triste primato), o per malattie come l’ormai debellato vaiolo, ma, vogliamo aggiungere, i vaccini, come tutti i farmaci, non sono esenti da rischi potenziali ed eventi avversi che possono, se pur raramente, verificarsi a seguito della vaccinazione”.

Attenzione: questa non è la regola bensì l’eccezione, ragion per cui la vaccinazione rimane un’arma efficace.

Infatti, secondo i dati dell’OMS, i vaccini salvano ogni anno nel mondo dai 2 ai 3 milioni di vite umane. Ma, perché le vaccinazioni siano efficaci, è fondamentale che si raggiunga la soglia di sicurezza, pari al 95% della popolazione. Solo così anche le persone non vaccinate potranno godere degli effetti positivi della vaccinazione. Purtroppo, negli ultimi anni, secondo i dati dell’Istituto Superiore di Sanità, in Italia si è registrato un calo, con un conseguente aumento dei rischi per tutta la popolazione, con un incremento, esempio eclatante, dei casi di morbillo: 1.686 casi, il numero in assoluto più alto in Europa. La stessa OMS ha richiamato il nostro Paese a prendere provvedimenti al riguardo. Allora? Allora, occorre promuovere e diffondere una cultura vaccinale che faccia comprendere al cittadino le potenzialità delle vaccinazioni e possa contrastare il diffondersi di informazioni false sui pericoli delle vaccinazioni, non basate su dati scientifici.

Tutti gli operatori sanitari, infermieri in primis,



rivestono un ruolo chiave nella diffusione di informazioni scientificamente corrette sull'importanza delle vaccinazioni, sui rischi e sugli effetti negativi delle stesse, al fine di stimolare l'uso di uno "scudo protettivo per i nostri figli rispetto a malattie molto gravi" come affermato dal ministro Lorenzin

Il counselling in ambito vaccinale deve essere gestito con professionalità e deve essere orientato alla responsabilizzazione e collaborazione, non deve prevedere un approccio paternalistico, direttivo o persuasivo, deve procedere rispettando alcuni passaggi:

1. accogliere i genitori, far capire che è normale avere dubbi e rendersi disponibili per fornire chiarimenti e spiegazioni;
2. esplorare il livello di conoscenza dei genitori sui rischi e i benefici dei vaccini;
3. chiarire le informazioni che i genitori già possiedono, cercando di capire, in caso di esitazione, che cosa li preoccupi maggiormente;
4. condividere l'obiettivo di una scelta consapevole: se i genitori sono d'accordo si può provare insieme a valutare i rischi e i benefici della vaccinazione.

Durante il counselling l'infermiere ha il dovere di esporre il punto di vista professionale sulle vaccinazioni, ma non di giudicare i genitori eventualmente contrari alla vaccinazione al fine di creare le condizioni per l'apertura al dialogo, chiarendo punti:

- qual il profilo di sicurezza dei vaccini;
- quali i principali effetti collaterali;
- quali le controindicazioni alla vaccinazione.

I vaccini attualmente disponibili sono sicuri, in quanto per poter essere autorizzati e immessi in commercio sono sottoposti a rigorosi test di sicurezza e sono costantemente monitorati attraverso la segnalazione delle reazioni avverse, ma non ci stancheremo mai di ripetere che i vaccini sono farmaci quindi passibili di reazioni avverse, in genere lievi, in casi rari o eccezionali anche gravi. Occorre offrire ai cittadini una quadro sinottico degli studi e del monitoraggio sui vaccini con gli elementi di

giudizio più attendibili per un corretto approccio all'atto vaccinale.



Infatti, secondo i dati dell'OMS, i vaccini salvano ogni anno nel mondo dai 2 ai 3 milioni di vite umane. Ma, perché le vaccinazioni siano efficaci, è fondamentale che si raggiunga la soglia di sicurezza, pari al 95% della popolazione. Solo così anche le persone non vaccinate potranno godere degli effetti positivi della vaccinazione.

Purtroppo, negli ultimi anni, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia si è registrato un calo, con un conseguente aumento dei rischi per tutta la popolazione, con un incremento, esempio eclatante, dei casi di morbillo: 1.686 casi, il numero in assoluto più alto in Europa. La stessa OMS ha richiamato il nostro Paese a prendere provvedimenti al riguardo.

Allora?

Allora, occorre promuovere e diffondere una cultura vaccinale che faccia comprendere al cittadino le potenzialità delle vaccinazioni e possa contrastare il diffondersi di informazioni false sui pericoli delle vaccinazioni, non basate su dati scientifici.



OLTRE L'OBBLIGO VACCINALE

Strategie organizzative nella ASL di Taranto alla luce del nuovo Decreto

*dott.ssa Carmela Russo, dott.ssa Tatiana Battista,
dott.ssa Simona Insogna, dott. Michele Conversano*
Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto

La pratica vaccinale in Puglia è da sempre pianificata, coordinata e gestita nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione attraverso i Servizi Vaccinali, facenti capo ai singoli Servizi di Igiene Pubblica.

A partire dal 1996, nella Regione Puglia, le attività di vaccinazione sono programmate attraverso il supporto tecnico di una Commissione tecnico-scientifica, definita appunto "Commissione Vaccini", composta da Igienisti, Pediatri, un rappresentante dei MMG, un rappresentante dell'Agenzia Regionale della Sanità e dei rappresentanti delle Società Scientifiche (StI, FIMP, SIP). L'Osservatorio Epidemiologico Regionale offre il supporto epidemiologico per la valutazione e l'implementazione dei programmi vaccinali.

Le vaccinazioni dell'infanzia sono comunemente effettuate, nella quasi totalità, negli ambulatori dei

Servizi Vaccinali, dove gli Operatori Sanitari sono attivamente impegnati nelle attività di promozione della salute e nella gestione degli ambulatori vaccinali. Nelle età successive (es: nell'adolescenza) l'esecuzione delle vaccinazioni è variamente organizzata a livello locale, potendo essere eseguite, anche, nell'ambito delle scuole. La somministrazione delle vaccinazioni dell'anziano, infine, è già da qualche anno eseguita negli ambulatori dei Medici di medicina generale (MMG), in seguito a specifici accordi di programma e sempre sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione. In tale scenario, pertanto, l'offerta vaccinale risulta

sufficientemente estesa su tutto il territorio regionale, grazie anche alla preziosa collaborazione tra i Servizi Vaccinali - i Medici di Medicina Generale - i Pediatri di Libera Scelta.

I Piani Nazionali della Prevenzione, che si sono susseguiti negli ultimi anni, infatti, hanno provato a rendere concreta la concezione della “prevenzione attiva”, promuovendo interventi e strategie in cui i termini collaborazione e interdisciplinarietà tra le diverse figure sanitarie (Medici Igienisti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, Assistenti Sanitari) hanno rappresentato le parole chiave per il successo, condividendo un obiettivo generale, ovvero quello di armonizzare le strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socioculturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione.

Negli ultimi quindici anni era stato intrapreso un percorso culturale per un approccio alle vaccinazioni che mirava all’adesione consapevole e volontaria da parte dei cittadini a tale strumento preventivo. Tuttavia, a partire dal 2013, si è registrato un progressivo trend in diminuzione del ricorso alle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate. Tale fenomeno ha determinato un calo della copertura vaccinale al di sotto del 95%, soglia raccomandata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per il raggiungimento della “immunità di gregge” e da tempo obiettivo dei Piani Nazionali di Prevenzione Vaccinale (PNPV), per proteggere indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non possono essere vaccinati.

Particolarmente preoccupanti sono risultati i dati di copertura vaccinale per morbillo e rosolia, che hanno perso addirittura cinque punti percentuali tra il 2013 e il 2015, passando dal 90,4% all’85,3%. Come conseguenza dell’accumularsi, nel corso degli anni, di soggetti suscettibili al morbillo, è stato registrato, in Italia, nell’ultimo periodo, un preoccupante aumento del numero dei casi di morbillo (dal 1° gennaio al 6 agosto 2017 sono stati registrati 4.087 casi, inclusi 3 decessi di bambini) nonché la

ricomparsa di malattie riscontrate, per il momento, solo episodicamente e in forme meno serie che in passato (come la difterite) e un aumento dei casi di malattie infettive in fasce di età diverse da quelle classiche, con quadri clinici più gravi e più complicati.

Dal 1999 ad oggi, la mancata vaccinazione non ha mai comportato il rifiuto di ammissione dell’alunno alla scuola dell’obbligo o agli esami, ma solo un obbligo di comunicazione del fatto da parte dei direttori scolastici all’azienda sanitaria locale di appartenenza e al Ministero della Salute.

Alla luce di quanto esposto, quindi, è stato necessario adottare misure urgenti idonee a rendere effettivo l’obbligo vaccinale. Siamo così giunti alla Legge n.119 del 31 luglio 2017 che dispone l’obbligatorietà di dieci vaccinazioni per i minori di età compresa tra zero e sedici anni in base alle specifiche indicazioni contenute nel Calendario vaccinale nazionale vigente nel proprio anno di nascita:

1. anti-poliomielitica
2. anti-difterica
3. anti-tetanica
4. anti-epatite B
5. anti-pertosse
6. anti-Haemophilus influenzae tipo b
7. anti-morbillo
8. anti-rosolia
9. anti-parotite
10. anti-varicella 0

I VACCINI NEL CONTESTO TERRITORIALE DELLA ASL DI TARANTO

La ASL di Taranto, in linea con l’organizzazione regionale precedentemente descritta, è sempre stata impegnata attivamente nella pratica vaccinale in tutte le fasce di età.

Dal grafico 1 e dal grafico 2, infatti, si può evincere, infatti, come le coperture vaccinali in due differenti periodi della vita, vantino delle coperture più alte rispetto al resto della Regione.

Ciò nonostante, l’introduzione dell’obbligo vaccina-

Grafico 1. Copertura vaccinale (%) anti-morbillo-parotite-rosolia (1 dose di MPR o di MPRV) nei bambini < 24 mesi appartenenti alle coorti di nascita 2005-2014 ASL TA.

Confronto con dati regionali e nazionali
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

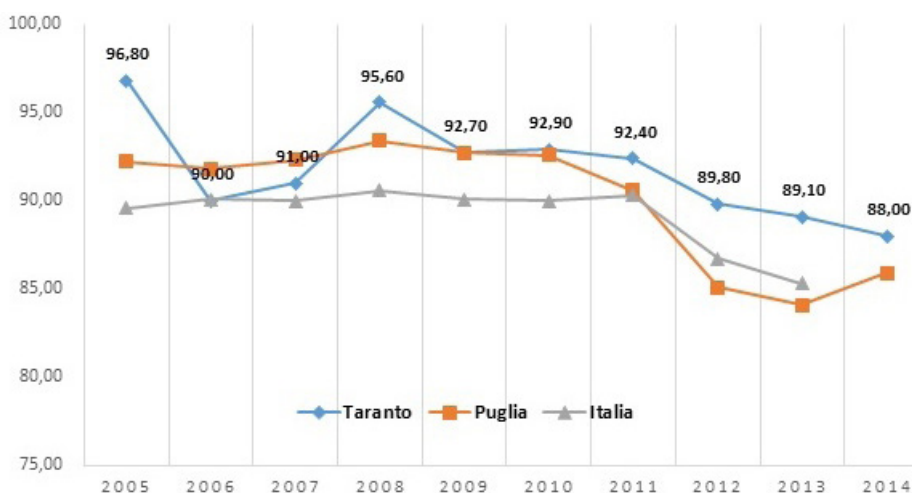
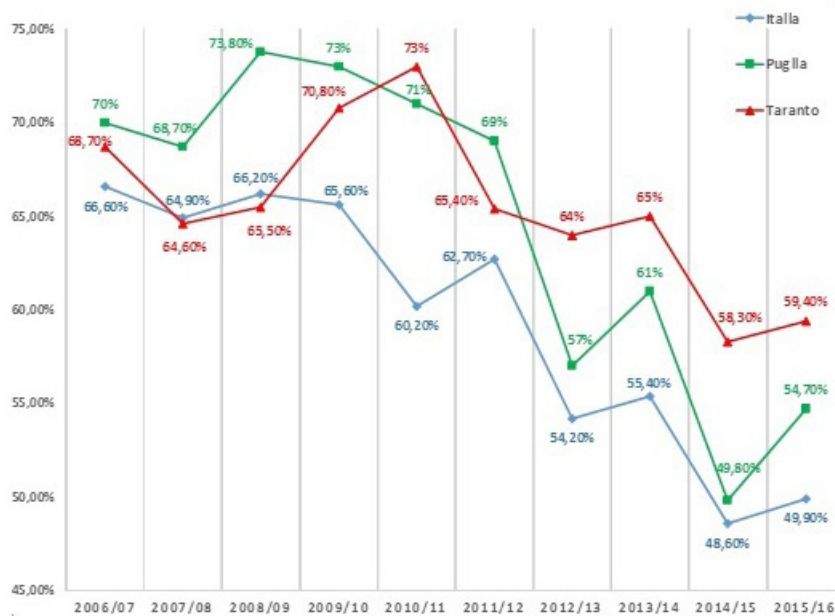


Grafico 2. Copertura vaccinale (%) anti-influenzale nei soggetti di età > 64 anni, per ASL TA.

Confronto con dati regionali e nazionali
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia



le ha evidenziato l'esigenza di valutare il numero degli inadempienti (chi non ha fatto almeno una dose di esavalente, MPR o entrambi) presenti nella ASL di Taranto, al fine di poter programmare un eventuale recupero delle sedute vaccinali: oltre 11.000 i soggetti inadempienti, considerando le coorti dal 2001 al 2016.

L'intervento normativo ha posto in primo piano, dunque, la dimensione organizzativa e la capacità di risposta dei Servizi Vaccinali a tale situazione di "emergenza".

La ASL TA ha programmato aperture pomeridiane degli ambulatori vaccinali, organizzando un sistema di prenotazione telefonico che garantisca un servizio efficiente agli utenti: da giugno ad oggi la proporzione dei soggetti in regola è aumentata di circa il 3,5%. In questa strategia organizzativa gli Operatori Sanitari coinvolti hanno dimostrato grande collaborazione tra di loro e grande capacità ad affrontare una emergenza che richiede impegno e professionalità da parte di tutti.

Relativamente poi alla documentazione da presentare alle scuole, per l'anno scolastico 2017/2018 sono state previste disposizioni transitorie. In particolare, la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie (certificato o attestazione vaccinale o libretto) ovvero l'esonero, l'omissione o il differimento delle stesse o l'avvenuta prenotazione della vaccinazione presso la ASL, è stata presentata entro il 10 settembre 2017 per i servizi educativi e le scuole dell'infanzia (nido-asili), ivi incluse quelle private non paritarie, e sarà presentata entro il 31 ottobre 2017 per le istituzioni del sistema nazionale di istruzione (elementari, medie e superiori) e i centri di formazione professionale regionale.

Nel caso in cui sia stata prodotta l'autocertificazione, il termine ultimo per la consegna della documentazione comprovante il rispetto degli obblighi vaccinali è stato postposto al 10 marzo 2018. L'attestazione di regolarità nei confronti degli obblighi vaccinali è prodotta dalla ASL, ma allo scopo di garantire la più ampia accessibilità a tutta la

cittadinanza, il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto ha pianificato un sistema volto a facilitare il ritiro di detta attestazione presso tutte le farmacie, in virtù della loro distribuzione capillare sul territorio. Il Sistema di Anagrafe Vaccinale Informatizzato della Regione Puglia-GIAVA, infatti, consente di consultare in tempo reale lo storico delle vaccinazioni somministrate a tutti i nati a partire dal 1990.

Questo è il presupposto che ha consentito di realizzare in tempi brevi un test di fattibilità al fine di ottimizzare il sistema, grazie alla collaborazione del Dr. Nehludoff Albano, Responsabile di Progetto GIAVA, della SINCON Taranto (Azienda informatica fornitrice del software) e del Dr. Andrea De Marco titolare della Farmacia "Clemente" di Taranto.

Il Dott. Rossano Brescia, Presidente di Federfarma Taranto, ha riportato tale iniziativa anche in seno alla Federfarma Puglia, affinché l'intesa raggiunta nel territorio jonico fosse estesa all'intera Regione.

Ad oggi, tale attività di servizio relativa alle attestazioni dell'obbligo di vaccinazione dei bambini da 0 a 6 anni da parte delle farmacie pugliesi, ha registrato il rilascio di circa 115.000 certificati, di cui circa 25.300 rilasciate dalle farmacie del territorio tarantino. In relazione all'alto gradimento dell'iniziativa da parte dei cittadini e delle istituzioni, la Regione Puglia ha chiesto di estendere tale attività anche ai bambini da 6 a 16 anni, il cui obbligo ai fini scolastici scade il 31 ottobre.

Il decreto sull'obbligo, dunque, è attivo e funzionante e i primi risultati già si vedono. Sicuramente, se avessimo solo voluto aumentare le coperture vaccinali avremmo potuto già cantare vittoria.

La sfida, però, su cui dobbiamo lavorare ora, è un'altra: quella culturale e sociale, più che mai emersa proprio in questo momento di forte discussione mediatica, che deve essere, quindi, arginata con urgenza.

Sarebbe auspicabile, per esempio, migliorare la

qualità dell'insegnamento nelle nostre Università, dando più spazio e più approfondimento alle problematiche di sanità pubblica e garantendo a tutte le figure sanitarie, che si affacciano al mondo delle vaccinazioni, corsi di aggiornamento in tema di prevenzione, allo scopo di formare buoni comunicatori verso una popolazione scettica nei confronti dei vaccini. Nel nostro territorio, l'IPASVI Taranto ha sempre supportato le attività ambulatoriali vaccinali attraverso diversi eventi, non ulti-

mo quello del 13 maggio 2017 dove, in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, gli infermieri del Dipartimento di Prevenzione hanno allestito ambulatori vaccinali in piazza Maria Immacolata a Taranto.

Altra collaborazione degna di nota è quella del Corso Universitario di Infermieristica dell'Università di Bari che offre ai suoi studenti l'occasione di conoscere, tramite tirocini pratici, le attività che ruotano intorno al mondo della prevenzione.

INFERMIERI E CODICE DEONTOLOGICO



Una due giorni no-stop è stata organizzata dal Collegio IPASVI di Taranto al fine di presentare agli iscritti la bozza del nuovo Codice Deontologico, frutto dell'impegno di esperti della professione infermieristica, dell'apporto di Collegi, della consultazione pubblica. Il nuovo Codice, pur presentandosi più snello in numero di articoli (40) rispetto a quello del 2009 (51), sviluppa le "tracce" date nel precedente Codice, ridefinisce l'articolato che riflette l'evoluzione della professione, è aggiornato ai tempi ed ai cambiamenti, indica le coordinate etiche in relazione alle quali operano i professionisti, esplicita le caratteristiche della mission infermieristica.

Ribadita la centralità della persona assistita, della relazione assistenziale, della comunicazione con la persona assistita, alla quale vengono garantite, ove necessario, cure anche con il ricorso a consulenze di infermieri esperti o specialisti. L'infermiere è soggetto attivo della sanità con il suo sapere, le sue esperienze, le sue competenze e può contribuire ad orientare le politiche di sviluppo del sistema sanitario, anche all'interno delle Asl. I relatori delle due giornate (Sen. Annalisa Silvestro, componente Comitato Centrale Federazione IPASVI; Pio Lattarulo Inf. Dirig. ASL Taranto, docente di etica e deontologia; Pierpaolo Pateri, componente Comitato Centrale Federa-



zione Ipasvi) hanno illustrato senso e innovazioni del nuovo Codice.

“Questa bozza - ha affermato la Sen. Silvestro - è stata sottoposta a tutti per una approfondita riflessione, da cui scaturirà un articolato da sottoporre ai Presidenti IPASVI, ai quali spetta la decisione ultima. Solo a questo punto il Codice Deontologico, ormai ufficiale, verrà inviato al Ministero della Salute per eventuali osservazioni, dopo di che verrà presentato al mondo sanitario e sociale in occasione del 18° Congresso Nazionale della Federazione Collegi IPASVI, quindi diventerà operativo intorno a Marzo 2018. A questa stesura del Codice Deontologico si è voluto dare un taglio diverso alquanto innovativo, un percorso che continua, prende atto dei cambiamenti, delle innovazioni professionali. E' un Codice Deontologico che tende ad essere “etico” non già prescrittivo. Ci siamo prefissi di non richiamare leggi dello Stato o indicazioni da leggi nè abbiamo inteso richiamare indicazioni sindacali e para sindacali. Nel Codice sono contenuti principi e valori ai quali orientare, tendere nella quotidianità la nostra professione. Possiamo ben dire che il Codice Deontologico è “la guida” all’agire quotidiano dell’Infermiere, è “carta dei valori” rivolta ai Cittadini, che possono attendersi e chiedere il rispetto

dei valori contenuti nel Codice Deontologico”.

Emerge, allora, l’opportunità di diffusione del Codice Deontologico anche tra i Cittadini, affinché possano essere consapevoli dei propri Diritti, ma anche dei doveri degli Infermieri. Sulle innovazioni si è soffermato anche Pio Lattarulo, Infermiere Dirigente ASL Taranto, chiamato nel pool di esperti per la stesura del Codice, “ruolo importante per la peculiarità della mia formazione professionale e mentale, - ha sottolineato Lattarulo - professionale formata nelle scuole, Università, mentale formata nel Collegio IPASVI di Taranto, al quale sono iscritto dal 1992, ed ho avuto modo di crescere di sviluppare il mio pensiero. Fuori discussione che il mio “incontro di vita professionale” è stato l’approdo alla scuola del “Giano di Roma” con il professor Sandro Spinsanti, uno dei padri della bioetica italiana che ha rivoluzionato il mio modo di pensare ed ha contribuito anche al mio approdo al consesso degli esperti per il nuovo Codice Deontologico”.

Alla Presidente del Collegio IPASVI di Taranto va l’indubbio merito di aver contribuito a far crescere conoscenze e competenze della professione infermieristica, promuovendo incontri, convegni, congressi che hanno visto come relatori nomi insigni dell’infermieristica.

