

"La parola" a Noi online



Buon Anno

*“La parola”
a Noi
online*



Buon Anno

Comitato di redazione

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

Direttore Responsabile

Benedetta Mattiacci

Comitato editoriale e redazionale

Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato

Monica Cardelicchio
Gianluca Ferrarese
Chiara Guarino
Pierpaolo Volpe
Cosimo Della Pietà
Barbara Mangiacavalli
Sandro Spinsanti
Edoardo Manzoni
Pio Lattarulo

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**

Sommaio

Editoriale	Pag. 3
Gestione del bambino	“ 4
Due mani sul torace	“ 10
Lotta al precariato	“ 18
Analisi transazionale	“ 19
NTS nelle cure di fine vita	“ 28
La cura dei curanti	“ 38
Sanità Flash	“ 42
L'intervista	“ 44
Equo compenso	“ 46
Sedute di Laurea	“ 48
Convenzioni	“ 50

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, eccoci ad un altro triennio della vita del Collegio con un Consiglio Direttivo in cui l'esperienza dei rieletti si coniuga con l'entusiasmo, la voglia di fare, lo spirito di collaborazione dei nuovi eletti. Intento è, come sempre, affrontare e vincere le inevitabili sfide della professione, in costante evoluzione, come ben sanno i consiglieri uscenti che, sino a ieri, ci hanno accompagnato nella crescita e hanno contribuito alla scelta delle "politiche professionali", dando spazi, massima attenzione, disponibilità alle esigenze dei giovani, per i quali sono state messe in campo iniziative quali: politiche di prevenzione, supporto al maxi concorso della ASL Bari, "formazione" alla libera professione. E' nostro impegno "attrarre" i colleghi, far comprendere l'importanza, il ruolo, la funzione dei Collegi, cercando di ridurre il gap tra la "base" e gli stessi Collegi. Ai colleghi uscenti va il nostro **GRAZIE** per l'impegno profuso, egualmente un **GRAZIE** all'attuale Consiglio per quanto intende fare. Siamo consapevoli del nuovo capitolo, neoconsiglieri accanto a colleghi esperti delle dinamiche, delle sfide che ovviamente ci troveremo ad affrontare, sfide da vincere nel nome della crescita professionale, con la formazione continua per aree al fine di sostenere e sviluppare le competenze. Entusiasmo, spirito di collaborazione, voglia di fare, ripetiamo, sono motori del gruppo appena insediato ma già scalpitante, quasi fiume in piena di idee e suggerimenti. Mi concedo una piccola digressione, un piccolo cenno alle elezioni. Dichiariamo tutti la nostra soddisfazione per l'andamento; consideriamo una doppia vittoria la mancanza di una lista in contrapposizione e perché significa per noi "veterani" il riconoscimento della bontà del lavoro svolto e perché dimostra la stima dei colleghi che non hanno voluto il cambiamento bensì la continuità. Il nostro sarà un impegno per la crescita. Stiamo lavorando all'istituzione di:

- 1. "Albo delle competenze"**, con la nomina di una commissione ad hoc per la valutazione dei titoli. L'Albo sarà a disposizione del Collegio e degli Enti per quelle attività formative che richiedono specifiche competenze.
- 2. Un Progetto**, da noi elaborato, è stato approvato e finanziato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI sulla "Ottimizzazione della risposta ai cittadini nei P.S. della Provincia, con il coinvolgimento della Asl Ta e degli Infermieri di P.S.". Siamo ora in attesa della Delibera della ASL Taranto.
- 3. Partiti laboratori itineranti** per esercitazioni di BLSD su manichini, laboratori nuovi strumenti per esercitare al meglio la professione (ad es. ECG, intubare, ecc). Abbiamo accennato ad una parte di quanto verrà realizzato nell'arco di questo 1° anno, che, in continuità con il passato, vedrà altre iniziative, magari frutto di vostri suggerimenti, di vostre proposte. Il Consiglio Direttivo è aperto a discuterne nell'ottica del coinvolgimento, del miglioramento, della crescita, della collaborazione, della qualità dell'assistenza che, per dovere etico, professionale, deontologico, dobbiamo erogare ai nostri concittadini. A tutti quanti voi, alle vostre famiglie



Benedetta Mattiacci
Presidente IPASVI Taranto

BUON NATALE



E
d
i
t
o
r
i
a
l
e

GESTIONE DEL BAMBINO TRACHEOSTOMIZZATO A DOMICILIO

Dott.ssa Monica Cardellicchio

Infermiera ADI Distretto Unico ASL Taranto Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

La tracheostomia rappresenta uno degli interventi più antichi usato come salvavita nei casi di insufficienze respiratorie e ha trovato un ampio impiego con il diffondersi della difterite. Considerata un'emergenza conseguente alla ostruzione delle alte vie respiratorie di origine infettiva (difterite, epiglottite, laringite ipoglottica, etc.), oggi la tracheostomia d'emergenza in età pediatrica (con bambino non intubato) rappresenta un evento eccezionale grazie alla terapia medica e alle tecniche di rianimazione. La tracheostomia pediatrica è attualmente eseguita quasi sempre in regime di elezione e per lo più in bambini in età perinatale per cause malformative, o in età superiore per necessità di lunghi periodi di intubazione o in conseguenza di essi (stenosi laringotracheali). La tracheostomia tradizionale nel bambino in elezione viene realizzata in anestesia generale e in sala operatoria.

CANNULA CUFFIATA

La cuffia è una struttura che si trova intorno alla cannula, e che si va ad alloggiare all'interno della trachea. Il suo significato, attraverso l'adesione alla parete tracheale, è quello di impedire il passaggio di aria verso la bocca e di garantire che tutto il flusso di aria della ventilazione meccanica vada verso i polmoni. Può inoltre contribuire a ridurre l'eventuale passaggio di materiale dalla bocca o dall'esofago nell'albero respiratorio. E' indicata nel caso di pazienti ventilati meccanicamente, a rischio di inalazione.

CANNULA NON CUFFIATA

Sono dotate di controcannula, consentono la fonazione nel paziente tracheostomizzato che respira spontaneamente, garantendo allo stesso tempo l'accesso immediato alle vie aeree per la

rimozione delle secrezioni. Vengono utilizzate nello svezzamento, riducendo progressivamente il calibro della cannula finché non si richiude la stomia.

CONTROCANNULA

Non sempre presente, a seconda del tipo di cannula tracheale utilizzata. Tubo rimovibile coassiale al diametro interno della cannula. Serve ad evitare che la cannula si ostruisca con le secrezioni.



La cura della tracheostomia è un'attività molto complessa e prevede che gli infermieri deputati a questo tipo di assistenza siano adeguatamente formati sulle manovre da svolgere e sulle possibili complicanze di una manovra errata. I principi di base includono: aspirazione, irrigazione, medicazione dello stoma, cambio del collarino e della metallina. Nello svolgimento della cura alla tracheostomia, è necessario prevedere vicino al letto del paziente tutto il kit per intervenire in caso di accidentale dislocazione della cannula durante le manovre assistenziali, quindi è bene tenere a disposizione del materiale di medicazione, un collarino di posizionamento, la cannula dello stesso calibro, l'aspiratore ed una fonte di ossigeno.

MEDICAZIONE DELLO STOMA

La cura dello stoma mira a mantenere la zona pulita e asciutta, riducendo il rischio di irritazione cutanea e di infezioni. Siccome si tratta di una ferita chirurgica, bisogna mettere in atto tutte le procedure utili a prevenire le infezioni (Docherty e Banco 2002). Per ridurre al minimo i rischi, bisogna pulire lo stoma almeno una volta al giorno, ma in alcuni casi è necessario effettuare la medicazione più volte al giorno, soprattutto se si osserva una produzione abbondante di secrezioni. La letteratura evidenzia che la zona deve essere detersa con batuffoli imbevuti con soluzione fisiologica allo 0.9%. Si discute ancora se la manovra deve essere eseguita con tecnica asettica, anche se si è dimostrato che l'uso di una medicazione con tecnica pulita è comunque associata a tassi bassi di infezione (Harris e Hyman, 1984).

Materiale necessario per un corretto stoma-care:

1. Garze sterili per la detersione dello stoma.
2. Garze sterili tessuto non tessuto tagliate al centro con dimensioni di 7x7cm circa o dispositivi tipo "metalline".
3. Soluzione Fisiologica o soluzioni detergenti disinfettanti.
4. Collarini della misura adeguata alle dimensioni del collo del bambino.
5. Supporto arrotolato da porre sotto le spalle (iperestensione del capo).
6. Procedura per la detersione del collo in prossimità dello stoma.
7. Il paziente deve essere monitorizzato con il saturi metro.
8. Effettuare la manovra.
9. Lavare accuratamente le mani.
10. Spiegare dettagliatamente e in maniera comprensibile al bambino la procedura.
11. Liberare la parte superiore del torace dagli indumenti.
12. Posizionare il bambino supino con uno spessore sotto le spalle.
13. Aprire la confezione delle garze.
14. Rimuovere la vecchia garza o metallina prima da un lato e poi dall'altro trainando verso il



basso.

15. Controllare la cute al di sotto del collarino e dello stoma per segni di infezione: se la cute è arrossata, secernente o maleodorante informare il medico.
16. Attenzione nell'apporre medicinali topici.
17. Detergere con soluzione fisiologica intorno allo stoma della cannula, prestando attenzione a non far entrare liquidi all'interno.
18. Detergere partendo sempre dal centro dello stoma e spostandosi lateralmente verso la parte esterna del collo da entrambi i lati, facendo una leggera pressione sotto il collarino di sostegno.
19. Asciugare.

PROCEDURA PER LA SOSTITUZIONE DELLA METALLINA

Mantenendo il paziente in posizione supina:

1. Porre uno spessore sotto le spalle.
2. Iperestendere il collo.
3. Ruotare il capo del paziente verso destra.
4. Inserire la metà della garza tagliata o metallina sotto l'aletta sinistra e spingerla delicatamente sotto la stessa e verso l'alto.
5. Ruotare il capo del paziente verso sinistra.
6. Inserire l'altra metà della garza tagliata o metallina sotto l'aletta destra e spingerla delicatamente sotto la stessa e verso l'alto.
7. Al termine dell'operazione controllare che la cannula sia inserita all'interno dello stoma sollevando leggermente la garza o la metallina.

PROCEDURA PER LA SOSTITUZIONE DEL COLLARINO

I collarini di nuova produzione sono costituiti di un materiale più morbido, atraumatico e di più facile applicazione rispetto alle precedenti. Sono munite di velcro alle estremità per favorire il fissaggio. Nella procedura per la sostituzione del collarino può essere prevista la presenza di due persone (una si occupa di tenere il capo del bambino, l'altra esegue la procedura). Occorre pertanto:

1. Sfilare il vecchio collarino prima da un lato.
2. Inserire nello stesso foro presente sull'estremità dell'aletta, il collarino nuovo mantenendo il lato con il velcro rivolto verso l'alto.
3. Posizionare correttamente e centrare il collarino sul retro del collo.
4. Procedere allo stesso modo sull'altro lato.
5. Controllare al termine dell'operazione che il collarino non sia allentato o troppo stretto.
6. Tensione ottimale: deve poter scorrere un dito al di sotto.
7. La sostituzione del collarino, nel bambino si effettua ogni 5-7 giorni, comunque all'occorrenza.

GESTIONE E PULIZIA DELLA CONTROCANNULA

1. Rimuovere la controcanula dalla cannula avendo l'accortezza di mantenere ferma la flangia della cannula con pollice e indice della mano controlaterale.
2. Posizionare immediatamente la controcanula di riserva.
3. Detergere la controcanula sporca con acqua corrente per favorire la rimozione delle secrezioni che si sono depositate al suo interno facendovi passare dentro anche uno spazzolino.
4. Prendere un bicchiere pulito e riempirlo per metà con acqua da rubinetto e per metà con acqua ossigenata e posizionarvi al suo interno la controcanula, che dovrà rimanere immersa per almeno 15 minuti.
5. Risciacquarla con acqua corrente e metterla ad asciugare all'interno di una garza.
6. Lavare lo spazzolino con acqua e sapone e conservarlo in un ambiente pulito.
7. Pulire la Controcanula almeno due volte al giorno (il mattino e la sera prima di dormire).
8. Può essere necessario pulirla anche più spesso quando siamo in presenza di secrezioni abbondanti e dense, o quando si ha l'impressione che entrando con il sondino di aspirazione ci sia dell'attrito che ne ostacola



l'ingresso.

ASPIRAZIONE

Viene effettuata per rimuovere le secrezioni delle vie respiratorie quindi riportare i livelli di saturazione alla normalità; spesso il tubo stesso rappresenta un motivo di irritazione, con conseguente aumentata produzione di espettorato. Tale manovra non dovrebbe essere un'azione sistematica, anche se un bambino con una tracheostomia realizzata da pochi giorni avrà sicuramente bisogno di essere aspirato più frequentemente. La broncoaspirazione viene eseguita inserendo un catetere all'interno della cannula senza aspirazione e ritraendolo in aspirazione, rimuovendo così le secrezioni. Gli studi dimostrano che la giusta pressione di aspirazione è stabilita sui 100 mmHg, dato che una pressione di aspirazione se troppo bassa rischia di non rimuovere le secrezioni, mentre se troppo alta può causare delle lesioni tracheali. I cateteri di aspirazione dovrebbero avere la metà del diametro del tubo tracheostomico. Scelta del diametro in base all'età: età del bambino diviso 4 + 4 (per la cannula non cuffiata); età del bambino diviso 4 + 3 (per la cannula cuffiata). Altri studi hanno dimostrato che i sondini di aspirazione che presentano dei piccoli fori laterali sono più efficaci rispetto a quelli che presentano solo il foro alla punta del sondino in quanto aspirano meglio ed evitano danni sulla mucosa (FIORENTINI 1992). Il catetere va inserito per una lunghezza maggiore di 0.5 cm rispetto alla cannula; quindi altra caratteristica importante per i sondini di aspirazione è la presenza di una scala graduata, che aiuta l'operatore a valutare meglio la lunghezza inserita. La manovra non dovrebbe durare per più di 10/15 secondi ed inoltre la letteratura suggerisce la rotazione del catetere per impedire che la punta possa aderire alla mucosa (HOPPER 1996). Le raccomandazioni per il personale di assistenza prevedono il lavaggio delle mani e il cambio del sondino tra un'aspirazione e l'altra. L'infermiere dovrà verificare la necessità di aspirare osservando i segni vitali del bambino

tracheostomizzato e il suo grado di collaborazione. La decisione clinica dell'infermiere sulla necessità della broncoaspirazione viene effettuata: **GUARDANDO** il modo di respirare (rilevare la presenza di irregolarità nell'atto respiratorio o affaticamento), il colore della cute (presenza di cianosi), la velocità del respiro che si modifica. Tali segni indicano che non vi è una respirazione efficace.

ASCOLTANDO il rumore del respiro: la presenza di gorgoglii o di tosse persistente, sono indice di presenza di secrezioni da aspirare

TOCCANDO il torace della persona: appoggiando il palmo della mano all'incirca 10/15 cm sotto lo stoma, si riescono a percepire delle vibrazioni; questo fremito tattile, è dovuto al passaggio di aria attraverso abbondanti secrezioni.

AUSCULTANDO è possibile valutare la presenza di secrezioni tramite auscultazione del torace, identificando anche il campo polmonare nel quale sono maggiormente presenti.

IRRIGAZIONE

L'instillazione di cloruro di sodio isotonico durante l'aspirazione è stata una pratica molto diffusa ed è stato dimostrato che tale manovra risulti nociva nell'adulto; nel paziente pediatrico invece non è stata dimostrata la sua nocività, ma è solo consigliabile non infonderlo routinariamente (RIDLING 2003).

Difficilmente si usa irrigare la tracheostomia del bambino prima di una broncoaspirazione.

UMIDIFICAZIONE

Deve essere garantita sempre un'adeguata umidificazione in caso di tracheostomia, sia che il paziente sia collegato ad un respiratore e quindi si sceglierà un umidificatore con bagno di acqua, sia che il bambino abbia un'autonomia respiratoria e quindi il mezzo di umidificazione sarà rappresentato dal naso artificiale.

Se il paziente pediatrico è collegato al respiratore è sempre umidificato con umidificatore ad acqua altrimenti vengono applicati i nasi artificiali.



EDUCAZIONE SANITARIA

L'educazione sanitaria dei genitori dei bambini tracheostomizzati deve tener conto di molteplici aspetti, per questo vengono coinvolte più figure professionali: infermieri, medici, fisioterapisti, dietologi, logopedisti e assistenti sociali. Prima della dimissione del bambino tracheostomizzato i genitori vengono informati sui seguenti aspetti:

- cura della stomia e della cannula;
- tecnica di aspirazione;
- alterazioni fisiologiche collegate alla tracheostomia;
- segni e sintomi da riportare al medico;
- segni che richiedono attenzione immediata;
- apparecchiature per l'aspirazione e presidi utili per migliorare la comunicazione.

E' importante spiegare ai genitori dei bambini come proteggere la cannula durante l'igiene personale per evitare che sapone e acqua entrino nella cannula e nello stoma. Bisogna far porre particolare attenzione durante la doccia del bambino a non indirizzare il getto verso la stomia. Quindi si consiglia di mettere il piccolo seduto in una vaschetta e di assicurarsi che il livello dell'acqua non si avvicini troppo alla cannula. Il filtro non garantisce una tenuta sufficiente. Per lo shampoo la posizione più conveniente è quella sulla schiena, con la nuca appoggiata al bordo del lavandino. Si consiglia di far indossare indumenti che non ostacolano o bloccano il passaggio d'aria attraverso la stomia, per esempio sono sconsigliati i maglioni a girocollo e a collo alto, come anche gli indumenti con peli o che perdono fili. I bambini con tracheostomia devono prevenire situazioni che possono favorire l'insorgere di malattie, evitando ambienti chiusi e affollati o il contatto con persone raffreddate. Inoltre, bisogna far evitare di toccare la tracheostomia senza aver lavato le mani e occorre far seguire una dieta adeguata che garantisca una buona reidratazione. Se il paziente vomita, bisogna consigliare di coprire la cannula. L'aria inspirata non passa attraverso la bocca e il naso, per questo motivo

non è filtrata, umidificata né riscaldata. Si consiglia quindi ai genitori di far tenere coperta la stomia del piccolo con un foulard di seta o cotone. Proteggere la cannula da pulviscolo, ceneri, polveri, tramite fazzoletti o garze. Nelle giornate fredde e nebbiose, l'aria inspirata può irritare trachea e polmoni. Per il pasto del bambino con tracheostomia si consiglia ai genitori di :

1. Iniziare a dare cibi colorati (puree di carote, omogeneizzato di mirtillo,...) in modo da osservare se vi sono tracce di inalazione.
2. Procedere lentamente rispettando i tempi del bimbo per limitare i rischi di aspirazione.
3. Aspettare che il bimbo abbia deglutito completamente il boccone prima di somministrare il successivo.
4. Se il bambino è grande fargli compiere un colpo di tosse dopo ogni atto deglutitorio.
5. Controllare se necessario i "parametri respiratori" attraverso il Saturimetro e interrompere immediatamente l'alimentazione se durante il pasto i valori non risultano nella norma.
6. Osservare tutto ciò che fa il bambino mentre mangia, anche le espressioni mimiche, cambiamenti di colore del viso.
7. Rilevare possibili modificazioni di colore, odore e abbondanza di secrezioni, durante il pasto, prima e dopo.
8. Al termine del pasto, ed inizialmente anche durante il pasto, aspirare il bambino al fine di verificare che non ci siano tracce di cibo nelle secrezioni .

La scelta dei giocattoli, inoltre, deve essere molto accurata. Si consiglia, pertanto, di evitare giocattoli di piccole dimensioni o che possano essere suddivisi in pezzi piccoli. Evitare giochi con la sabbia, gli sport che prevedono un contatto fisico e il nuoto. Il bambino con tracheostomia può condurre una vita di relazione, pur se con qualche limitazione. Nei rapporti con gli altri bambini la sorveglianza si impone per prevenire manomissioni della cannula, introduzione di corpi estranei, traumi di varia natura. La maggior parte delle volte, subito dopo la tracheostomia il bam-



bino non riesce a parlare. Per la famiglia e per il bambino ciò può essere demoralizzante, specialmente se precedentemente era in grado di parlare normalmente. Un logopedista, o un membro dell'equipé medica che ha in cura il bambino, può lavorare da subito per insegnare alcuni metodi di comunicazione alternativi. Alcuni bambini, invece, riescono a comunicare grazie a valvole fonatorie attaccate alla tracheostomia, che li aiutano a parlare più chiaramente e con un tono di voce più alto. Se i polmoni del bambino sono deboli, l'utilizzo della valvola potrebbe risultare difficoltoso. La tracheostomia può causare quindi importanti conseguenze psicologiche. Può essere utile consigliare ai genitori dei piccoli pazienti di contattare le associazioni che si occupano dei bambini tracheostomizzati e che possono fornire aiuto e indicazioni anche alle famiglie per affrontare i problemi legati a tale condizione.

CONCLUSIONE

La gestione dei bambini tracheostomizzati richiede un approccio multidisciplinare in cui sono coinvolte diverse figure professionali (medici, infermieri, dietisti, fisioterapisti...). Il bambino malato è prima di tutto un bambino, che va considerato nella sua globalità non solo per la sua patologia.

Si tratta di incoraggiare l'avvicinamento alla sofferenza del bambino, per favorire una migliore disponibilità all'ascolto e al dialogo e di favorire il contatto con la vita emotiva, per la comprensione e l'elaborazione dei sentimenti propri ed altrui che possono circolare nella relazione con il bambino in difficoltà e con gli adulti attorno a lui. Nel 1924 la Quinta Assemblea Generale della Lega delle Nazioni approvò la Dichiarazione di Ginevra sui diritti del bambino, che enunciava cinque principi fondamentali: il bambino ha diritto a uno sviluppo fisico e mentale, a essere nutrito, curato, ha il diritto di essere riportato ad una vita normale se vive in ambienti demoralizzati, accudito e aiutato, se orfano. Poco tempo dopo la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 sancì, con l'art. 25, comma secondo, la necessità di concedere una protezione speciale alla maternità e all'infanzia, introducendo, così, l'idea di un diritto speciale per i bambini, esattamente perché portatori di esigenze diverse dagli adulti. Il bambino tracheostomizzato può presentare un'elevata complessità assistenziale, pertanto, nell'ambito della professione infermieristica, per garantire un'assistenza mirata, efficace, sicura e di qualità, è necessario possedere nel bagaglio "culturale" di un infermiere sia le conoscenze di base (Sapere), sia conoscenze tecnico professionali o Specific Knowledge Skills (Saper Fare) e sia Competenze Trasversali o Transferable Skills (Saper Essere). Tutt'oggi, le evidenze scientifiche per la corretta gestione della tracheostomia risultano essere poche; tuttavia tale situazione può rappresentare un aspetto stimolante per la ricerca infermieristica dalla quale far derivare prove di efficacia che possano guidare la pratica clinica in un'ottica di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni assistenziali erogate e stabilire così le Best Practices (più recenti ed aggiornate) nell'assistenza al bambino tracheostomizzato. La conoscenza e la corretta applicazione delle procedure sono il presupposto per ridurre al minimo i rischi di infezione e complicanze del bambino portatore di tracheostomia.



**DUE MANI SUL TORSO
TI SALVANO LA VITA
LA GESTIONE DELL'ARRESTO CARDIACO
CENTRALE OPERATIVA AL**

ARRESTO CARDIACO DALLA VITA TERRITORIO

Dott. Gianluca Ferrarese
Infermiere Centrale Operativa SET 118 Taranto

Nel 2016, ci sono stati oltre 350.000 arresti cardiaci extra-ospedalieri negli Stati Uniti¹ e 50.000 in Italia. In tutti questi casi rilevati, è stato richiesto un soccorso al 911/118. Secondo lo studio Maastricht², l'80% degli arresti cardiaci extra ospedalieri è avvenuto a domicilio ed, in quasi la metà dei casi, in assenza di testimoni. Il 20% circa degli eventi avviene, invece, in strada od in ambienti pubblici, dando luogo pressoché in tutti i casi (93%) ad un tentativo di rianimazione. Secondo la legge n.120 del 2001³ la sopravvivenza dopo arresto cardiaco è del 2%, ma se la defibrillazione avviene entro 5 minuti, la percentuale sale al 50%. Dei 50.000 casi italiani l'anno, ¼ potrebbe salvarsi attraverso l'utilizzo tempestivo di un defibrillatore. La maggiore efficacia secondo i nuovi standard si registra se l'intervento viene somministrato entro 5 minuti dall'evento: ogni minuto che passa si riduce la possibilità di sopravvivere del 10%. Senza un intervento rapido atto ad attivare le manovre di rianimazione cardiopolmonare (CPR) effettuate entro i 3' e defibrillazione precoce effettuata entro i 5' (tipicamente con defibrillatore automatico esterno (DAE)), la morte per arresto cardiaco improvviso è certa. Analizzando la classificazione dei sistemi di assistenza proposta all'interno delle linee guida AHA 2015, possiamo notare grazie all'utilizzo del diagramma di Donabedian che il successo legato ad un arresto cardiaco rianimato, è legato a molteplici fattori che rappresentano per il cittadino la garanzia del miglioramento continuo della qualità in sanità.

1 http://cpr.heart.org/AHA/ECC/CPR/andECC/General/UCM_477263_Cardiac-Arrest-Statistics.jsp

2 De Vreede-Swagemakers J J, Gorgels A P, Dubois-Arbouw W I et al. Out-of-hospital cardiac arrest in the 1990's: a population-based study in the Maastricht area on incidence, characteristics and survival. J Am Coll Cardiol 1997; 30:1500-5.

3 Legge 3 aprile 2001, n. 120. "Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extra-ospedaliero". pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 88 del 14 aprile 2001

INDICATORI DI STRUTTURA

Come evidenziato nel precedente diagramma, gli indicatori di struttura coinvolti nel processo di gestione dell'arresto cardiaco sono rappresentati da tre componenti fondamentali:

- **PERSONE:** rappresentate da operatori di centrale 118 (infermieri), autisti, soccorritori, infermiere, medici del territorio e medici di C.O. oltre al richiedente che rappresenta la prima catena dell'anello di sopravvivenza;
- **FORMAZIONE:** i principali corsi di formazione utilizzati periodicamente per la gestione dell'arresto cardiaco sono rappresentati da corsi BLS/D e ACLS/ALS;
- **ATTREZZATURE:** variano in base all'assetto del mezzo di soccorso (victor, india, mike, automedica) e rispettano criteri di competenze del personale.

INDICATORI DI PROCESSO



Gli operatori di centrale del 118 rappresentano una componente vitale di ogni sistema EMS (servizio medico di emergenza) e sono un anello critico nella catena della sopravvivenza nell'arresto cardiaco poiché legati al fattore tempo, il più importante nella gestione dell'arresto cardiaco. Comunicazione ad alto rendimento e centrali operative in grado di identificare rapidamente l'arresto cardiaco e avviare la RCP attraverso istruzioni telefoniche, possono migliorare notevolmente la

sopravvivenza per arresto cardiaco⁴.

Sul mercato sono disponibili diversi programmi che i centri di comunicazione possono utilizzare come strumento per triaging di emergenze mediche e per fornire istruzioni di pre-arrivo, comprese le istruzioni per la RCP telefonica. Oltre a questi programmi disponibili in commercio, alcune centrali scelgono di sviluppare il proprio programma "home grown" sotto la guida e del direttore medico della loro unità. Indipendentemente dal programma che si utilizza, è importante che i protocolli consentano agli operatori di centrale di identificare rapidamente un paziente in arresto cardiaco e di passare rapidamente alle istruzioni RCP senza alcuna esitazione. Molti studi dimostrano che l'attivazione della RCP aumenta notevolmente la sopravvivenza del paziente⁵.

Tuttavia questo processo non deve essere complesso o di lunga durata (di solito entro un minuto) e può essere realizzato ponendo due domande chiave:

1. Il paziente è cosciente?
2. Il paziente respira normalmente?

Valutare lo stato di coscienza

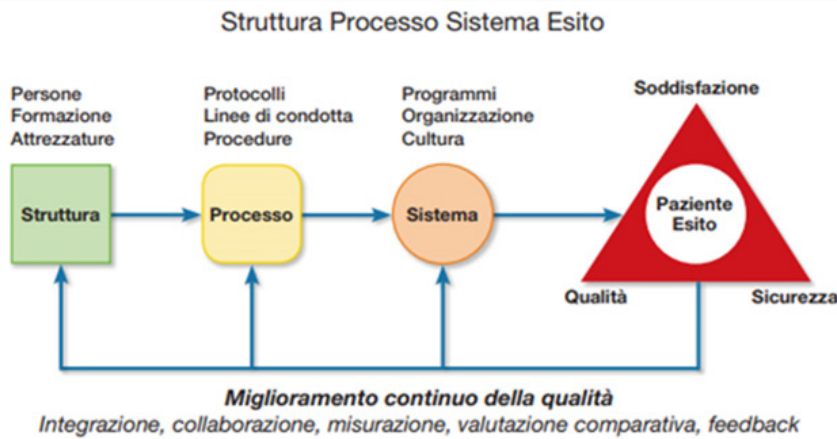
Una volta ottenuta la localizzazione del paziente, l'operatore di centrale dovrebbe iniziare immediatamente il processo di triage, iniziando con l'identificazione dello stato di coscienza del paziente. Non tutti i richiedenti possono avere familiarità con il termine cosciente, di conseguenza i call taker devono anche avere la capacità di adattarsi alle circostanze della chiamata e poter utilizzare una terminologia alternativa, ad esempio "il paziente sveglio", "il paziente ti risponde quando

4 Field RA, Fritz Z, Baker A, Grove A, Perkins GD. Systematic review of interventions to improve appropriate use and outcomes associated with do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation decisions. *Resuscitation* 2014;85:1418-31.

5 Whitehead L, Perkins GD, Clarey A, Haywood KL. A systematic review of the outcomes reported in cardiac arrest clinical trials: the need for a core outcome set. *Resuscitation* 2015;88:150-7.



Classificazione dei sistemi di assistenza: SPSO



parli, reagisce ad uno stimolo doloroso come un pizzicotto? “al fine di ottenere queste informazioni quanto più appropriate.

La domanda “ha gli occhi aperti” non è propriamente legato allo stato di coscienza di un paziente e a volte può creare confusione nel triage sia per il richiedente che per il call taker.

Se viene riferito che il paziente è cosciente, ed una volta escluso un arresto cardiaco il call taker procederà al successivo triage della richiesta di soccorso.

Tuttavia, se viene riferito che il paziente è incosciente, il passo successivo è valutare la normale respirazione.

Valutare la respirazione

Se il paziente viene segnalato come incosciente, gli operatori di centrale devono chiedere se il paziente respira normalmente. Valutare la respirazione al telefono può essere difficile, ma non deve essere complicato. La respirazione agonica non è una respirazione normale ed efficace. È causata dai riflessi del tronco cerebrale ed è l'ultimo sforzo dell'organismo per fornire ossigeno agli organi vitali. Le respirazioni agoniche, sono irregolari ed anormali, si verificano immediatamente dopo l'arresto cardiaco e possono durare per diversi minuti. La respirazione agonica è spesso descritta come: gasping, gemiti, respiro russante, gorgoglii, lamenti, respiri lenti e distanziati. Inoltre, la crisi convulsiva al giorno d'oggi è considerata una fase prodromica di arresto car-

dio-circolatorio.

Di conseguenza, se si verifica, al termine della crisi è importante chiedere all'astante/richiedente la presenza di un respiro efficace.

Poiché queste respirazioni possono essere scambiate dai laici come atti respiratori è di vitale importanza la loro identificazione per attivare le istruzioni di RCP.

In un mondo perfetto, i richiedenti fornirebbero risposte chiare, concise, alle nostre domande. Sfortunatamente, non

viviamo in un mondo perfetto, e spesso i chiamanti forniranno una risposta poco chiara che può portare ad esitazioni da parte degli operatori di centrale.

Se il richiedente risponde alla domanda di valutazione dello stato di coscienza o di respiro con un “Non so”, “Non posso dirlo”, o qualcosa di diverso da un sì o no definitivo, è opportuno porre una domanda di chiarimento.

Se la risposta del richiedente non è ancora chiara, è importante assegnare una risposta negativa (NO) e proseguire senza ulteriori ritardi.

I problemi comuni associati ai ritardi nel riconoscimento e nella comunicazione delle istruzioni di RCP includono:

- Verifica eccessiva delle informazioni;



- Fare domande inutili, come ad esempio: età del paziente, durata dei tempi morti e storia medica.

Frequentemente, questi ritardi possono verificarsi con un operatore di centrale a cui manca la sicurezza di riconoscere un paziente in arresto o teme che possa arrecare danno al paziente se



viene avviata la T-RCP in caso non fosse necessaria (il potenziale rischio di danno è minimo e la preoccupazione non deve mai limitare l'attivazione della T-RCP). La RCP nella realtà SET 118 Taranto è già stata attivata dal 2006 dal Direttore Dott. M. Balzanelli.

T-RCP (rianimazione cardiopolmonare attivata telefonicamente)

Ci sono 3 componenti chiave per le istruzioni T-RCP:

1. Posizionamento;
2. Compressioni;
3. Ventilazione (ove vi sia necessità).

Posizionamento

La posizione ottimale per il paziente si trova su una superficie dura, come il pavimento o, nel caso di un bambino, la superficie di un tavolo.

Il posizionamento può essere l'elemento più impegnativo e dispendioso in termini di tempo legato alle istruzioni T-RCP. Non è raro che i pazienti vengano trovati su un letto, incastrati dietro una porta o un mobile, o trovati a faccia in giù. In queste situazioni, ci affidiamo all'abilità fisica del richiedente di posizionare il paziente in modo che possano iniziare le compressioni toraciche efficaci.

Pertanto, mentre il call taker potrebbe aver rapidamente riconosciuto che il paziente era in arresto e si è rapidamente attivato nelle istruzioni T-RCP, potrebbe verificarsi un ritardo incontrollabile nella consegna della prima compressione per motivi al di fuori del controllo del richiedente.

Compressioni

Le compressioni presentano due componenti chiave: la compressione e la decompressione (recoil).

Durante la fase di compressione, il sangue ossigenato viene spostato dal cuore e dai polmoni e circola artificialmente agli organi vitali del corpo, compreso il cervello.

Tuttavia, è solo nella fase di decompressione che

il cuore è perfuso. Quando il torace si ritrae, la pressione intratoracica ridotta (cavità toracica) crea un vuoto, provocando il riempimento del cuore e dei polmoni con il sangue che verrà nuovamente immesso in circolo con la successiva compressione.

Le nuove linee guida richiedono un numero di 100-120 compressioni al minuto (cpm)⁶. Per impostare il richiedente sulla giusta frequenza di compressione, quando possibile, il call taker dovrebbe contare telefonicamente alla velocità richiesta.

L'evidenza suggerisce che la corretta profondità di compressione è fortemente associata alla sopravvivenza. Una profondità di 2 pollici è ottimale (circa 5cm), ma come ci si può aspettare che un richiedente valuti o misuri quella profondità? La verità è che ciò è molto difficile. Quindi, quando si forniscono istruzioni, i chiamanti dovrebbero essere incoraggiati a "comprimere più forte che puoi". I soccorritori laici, destano poca preoccupazione nella compressione in profondità. In realtà, il problema riscontrato in genere è che le compressioni siano superficiali ed inefficaci⁷.

VENTILAZIONE

10 anni fa, le istruzioni di RCP includevano la respirazione bocca a bocca con una frequenza di due insufflazioni dopo 30 compressioni (30: 2). Al giorno d'oggi lo standard è rappresentato dalle sole compressioni toraciche. Difatti, quando un paziente è colto da arresto cardiaco, i polmoni e il sangue contengono ossigeno sufficiente a mantenere gli organi vitali sani per diversi minu-

6 Christenson J, Andrusiek D, Everson-Stewart S, Kudenchuk P, Hostler D, Powell J, et al. Chest compression fraction determines survival in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. *Circulation* 2009;120:1241-7

7 Vaillancourt C, Everson-Stewart S, Christenson J, et al. The impact of increased chest compression fraction on return of spontaneous circulation for out-of-hospital cardiac arrest patients not in ventricular fibrillation. *Resuscitation* 2011;82:1501-7.

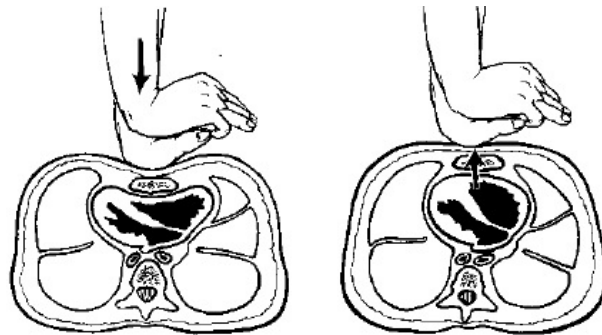


ti, a condizione che la RCP venga eseguita per far circolare artificialmente il sangue attraverso il corpo.

Vi sono tuttavia delle eccezioni ovvero quando l'arresto cardiaco è secondario all'arresto respiratorio come in situazioni legate a soffocamento, annegamento, impiccagione, inalazione di fumo o avvelenamento da monossido di carbonio o overdose di droga.

Ad esempio nel caso di un bambino non cosciente che non respira normalmente non è, con la rara eccezione, un risultato di un problema cardiovascolare bensì è più probabile che l'arresto sia causato da soffocamento o problemi respiratori.

Per questo motivo, le istruzioni per questi pazienti includeranno anche le istruzioni per la ventilazione e/o manovre per la disostruzione.



INDICATORI DI SISTEMA

L'avvio rapido delle istruzioni T-RCP aiuterà a mantenere il sangue ossigenato in circolo negli organi vitali. Tuttavia, la RCP non riavvierà il cuore. L'unico intervento che è in grado di farlo è l'utilizzo di un defibrillatore automatico esterno o DAE.

Oggi i defibrillatori ad accesso pubblico (PAD) sono diventati molto diffusi nella comunità. I programmi di primo soccorso hanno aumentato esponenzialmente la disponibilità di defibrillatori automatici (AEDs) nei luoghi pubblici, ma ci sono ancora pochi dati sull'effettivo utilizzo.

I defibrillatori ad accesso pubblico sono ora comunemente presenti in:

- Scuole;
- Campi sportivi;
- Edifici e strutture pubbliche;
- Centri commerciali e grandi magazzini.

Per questo motivo, da anni il direttore della C.O. 118 di Taranto nonché neo eletto presidente SIS (società italiana emergenze) con la collaborazione degli infermieri del SET 118 è in costante impegno per la realizzazione di esercitazioni su



manichino delle manovre di RCP all'interno di centri commerciali, stabilimenti balneari e negli edifici. Un esempio è il progetto "Ribatti" organizzato dal SET 118 Taranto in collaborazione con ACLI per la realizzazione di una vera e propria "Home Defibrillation". Si tratta della localizzazione di 10 DAE all'interno di condomini della provincia di Taranto definiti "a rischio" per la presenza di condomini con fattori di rischio noti con relativa formazione all'utilizzo del DAE di 45 condomini volontari (uno per piano). Un altro fondamentale successo del Dott. Mario Balzanelli in qualità di estensore è stato realizzato attraverso l'introduzione dell'art. 1 comma 10 del disegno di legge 107 del 2015⁸ "La buona scuola" in un programma formativo ben definito all'interno delle scuole. Il progetto nasce dal lontano 2005 con la raccolta di 93000 firme presentate in senato nel 2008. Imparare a riconoscere le situazioni di pericolo e le circostanze che richiedono l'intervento di un adulto o dell'ambulanza, apprendere il funzionamento e l'utilizzo di un defibrillatore e imparare manovre di primo soccorso come il massaggio cardiaco, la disostruzione delle vie aeree e di primo soccorso nel trauma⁹. Sono le principali nozioni che alunne e alunni, studentesse e studenti delle scuole italiane, dall'infanzia alla secondaria di II grado, acquisiranno partecipando al percorso formativo "Primo soccorso a scuola", realizzato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, in collaborazione con la Società italiana sistema 118 (SIS 118). Le Linee di indirizzo per l'insegnamento obbligatorio delle tecniche di primo soccorso sono stati presentati il 7 novembre 2017 presso la Sala della Comunicazione del Miur dalla Ministra dell'Istruzione Valeria Fedeli, insieme a Mario Balzanelli, Presidente della SIS 118 (Società italiana sistema 118), Francesco Fedele, Presidente della Federazione italiana di

8 Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti.

9 http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3159



Direttore Dott. M. Balzanelli





elli con il ministro V. Fedeli

cardiologia, Paolo Sciascia, dirigente dell'Ufficio III della Direzione generale per lo studente del Miur e Andrea Urbani, Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute. Il documento, elaborato dal comitato di esperti nominato dal Ministero della Salute e dal Miur, estende la formazione, inizialmente prevista soltanto per gli studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado, anche ai bambini delle scuole dell'infanzia e della scuola primaria attraverso un programma e una didattica dedicati. Il progetto "Primo soccorso a scuola" coinvolgerà le scuole di tredici province: Trieste, Padova, Sondrio, Savona, Macerata, Perugia, Pistoia, Latina, Campobasso, Salerno, Taranto, Vibo Valentia, Sassari. Per ciascuna provincia saranno selezionate 14 classi, per un totale di circa 4.500 studentesse e studenti, che saranno coinvolti in due mesi di corsi teorici e pratici. Gli operatori del 118, delle società scientifiche e del volontariato realizzeranno i percorsi formativi nelle scuole insieme alle e agli insegnanti e ai dirigenti scolastici che potranno trovare tutte le informazioni utili, i materiali didattici, la presentazione della sperimentazione e uno spazio dedicato alle varie esperienze formative in un portale dedicato, on line da gennaio.

Una cabina di regia nazionale sarà costituita con il compito di supervisionare e curare i materiali che saranno inseriti nel portale, per la compilazione dei quali saranno consultati esperti delle società scientifiche, del volontariato e dell'editoria di settore.

Al termine della sperimentazione, prevista per la metà del mese di marzo 2018, e dopo la presentazione dei report territoriali ai componenti della cabina di regia, verrà definito il programma formativo per l'avvio del progetto nell'anno scolastico 2018/2019. Imparare a riconoscere le situazioni di emergenza e di pericolo, saper assistere una persona in difficoltà nell'attesa che arrivino i soccorsi è fondamentale.

Anche questi sono strumenti per una cittadinanza attiva e consapevole, per rafforzare nelle nostre giovani e nei nostri giovani la capacità e la volontà di partecipare alla costruzione e al miglioramento di una società più attiva e solidale.

LOTTA AL PRECARIATO

Udienza pubblica 22 novembre

Commissione Petizioni

Parlamento Europeo

Dott. Pierpaolo Volpe, Master in infermieristica forense

I 22 novembre si è svolta davanti alla Commissione Petizioni del Parlamento Europeo un Public Hearing sul tema della tutela dei diritti dei lavoratori in un'occupazione temporanea o precaria. In udienza pubblica e diretta streaming sono trattate anche le 10 petizioni presentate dai precari pubblici tarantini della ASL di Taranto.

Esattamente il giorno dopo, Marianna Madia, Ministro della semplificazione e Pubblica Amministrazione, ha firmato la Circolare per la Stabilizzazione dei rapporti di lavoro di oltre 50 mila precari.

Non posso non considerare come straordinario il risultato raggiunto.

Si rammenta come i lavoratori tarantini siano stati i primi precari in Italia, non appartenenti al settore scolastico, a ricevere pubblica udienza da parte delle Istituzioni Comunitarie presso il Parlamento Europeo di Bruxelles nel simbolico edificio Altiero Spinelli lo scorso 22 marzo e il 22 novembre.

L'aver ottenuto la convocazione di una pubblica udienza da parte della Commissione Petizioni del Parlamento europeo e, dunque, la calendarizzazione di una intera giornata monotematica dedicata al problema del lavoro flessibile nel lavoro pubblico, che ha indotto lo Stato italiano a Stabilizzare i precari pubblici, è indubbiamente da ascrivere alla grande pressione fatta dalla delegazione italiana composta me e dagli Avv.ti Vincenzo De Michele del Foro di Foggia, Sergio Galleano del Foro di Milano, Fernando Caracuta e Luca Bosco del Foro di Lecce durante l'audizione pubblica del 22 marzo scorso.

Durante il Public Hearing del 22 novembre, vi è stato un forte attacco alla Commissione europea, individuata come l'unico responsabile della precarizzazione dei rapporti di lavoro in tutti gli Stati membri dell'Unione europea, per non aver espletato correttamente il suo ruolo di custode dei trattati, e quindi di non aver vigilato ed essere intervenuta celermente nei confronti dello Stato italiano per la precarizzazione di migliaia di lavoratori pubblici.

E' opportuno sottolineare come la procedura di infrazione NIF 2014/4231 aperta dalla Commissione europea nei confronti dello Stato italiano per utilizzo abusivo dei contratti a termine, sia stata determinata dalle denunce presentate nel 2013 da me e da decine di precari pubblici della ASL Taranto, e che purtroppo, fino alla pubblicazione della Circolare "Madia" non aveva raggiunto il risultato auspicato, in quanto la Commissione europea nel aspettare "Godot" ometteva di deferire l'Italia alla Corte di giustizia per inadempimento rispetto alla direttiva 1999/70/CE. Tra gli esperti italiani che hanno preso la parola ci sono stati gli avvocati Vincenzo De Michele e Sergio Galleano che hanno duramente censurato il comportamento dell'Italia e della Commissione europea. Grande sostegno in Commissione per le petizioni è stato dato dai Parlamentari europei Eleonora Evi del M5S e Eleonora Forenza del gruppo GUE, che con durezza e fermezza hanno detto "basta" alla precarizzazione dei rapporti di lavoro nel settore pubblico e privato.

Uno strumento di lettura della realtà relazionale per l'assistenza infermieristica. L'analisi transazionale

Dott. Cosimo Della Pietà

Infermiere ADI

Prof. a contratto di Infermieristica clinica e di comunità, Polo Universitario Jonico, Università di Bari



Abstract

Il presente articolo nasce dalla personale lettura, accompagnata da profonde riflessioni, del testo di Thomas A. Harris (2000) “Io sono OK, tu sei OK”, Milano, Biblioteca Universale Rizzoli. In tale testo sono presentate le dinamiche dell’analisi transazionale e le sue applicazioni pratiche nel mondo poliedrico delle relazioni umane. Durante la lettura, la mia mente, galleggiando in un mare di pensieri, ha colto innumerevoli occasioni utili perché tale modello teorico possa essere utilizzato dagli infermieri per assistere al meglio i propri malati.

La realizzazione di questo elaborato ha lo scopo di presentare l’analisi transazionale, la sua nascita, l’evoluzione, la moderna applicazione e potenzialità al fine di consegnare al corpo professionale infermieristico uno strumento di rifles-

sione e lettura della realtà relazionale in cui si trovano ad operare.

Il modello teorico dell’analisi transazionale è una teoria psicologica ideata da Eric Berne negli anni cinquanta e può avere varie finalità applicative per il miglioramento dell’assistenza infermieristica, dalla gestione del rapporto relazionale tra infermiere e assistito, infermiere e famiglia, infermiere e care giver, infermiere ed il proprio gruppo professionale o multi professionale, inoltre può essere utilmente utilizzato nella formazione di base e post base del personale infermieristico e di supporto.

Come vedremo, esso trova innumerevoli spazi applicativi nel mondo infermieristico e permette di dotare il professionista dell’assistenza di strumenti di analisi decisamente validi per aiutarlo ad orientarsi nella corretta gestione delle relazioni

d'aiuto in ambito assistenziale.

L'espressione "relazione d'aiuto" è un modo per indicare un intervento di supporto allo sviluppo del sé, alla comprensione delle proprie motivazioni e predilezioni ed in questo contesto l'analisi transazionale e la comunicazione assertiva (la capacità di esprimere in maniera chiara ed efficace le proprie emozioni ed idee, senza calpestare ed offendere gli altri) possono essere utili strumenti per comprendere i pensieri ed i sentimenti dei pazienti.

Introduzione

La parola "aiuto" inclusa nell'espressione "relazione d'aiuto" indica l'impegno profuso da colui che reca aiuto per sviluppare nell'altro la consapevolezza di sé ed emanciparlo.

L'aiuto si orienta in direzione della crescita e dell'autonomia dell'altro. Quindi, per mettere la persona nella condizione di sentirsi accolta, colui che offre una "relazione di aiuto" deve essere consapevole del suo modo di comunicare coinvolgimento ed empatia nei suoi confronti.

La comunicazione è una attività sociale, alla base dell'interazione sociale e delle relazioni fra individuo e gruppi, oppure uno scambio interattivo fra due o più persone. Essa ha una funzione relazionale, perché genera, rinnova e modifica le relazioni umane attraverso lo scambio interattivo di significati sulla base di sistemi simbolici e di segnalazione.

La comunicazione assertiva fa sì che il soggetto operatore non si lasci trascinare dalla corrente incontrollata degli eventi, dalle emozioni, ma li domini con energia ed ingegno, riuscendo ad esprimere sempre il meglio di sé e delle proprie capacità.

Comunicare assertivamente significa reagire con prontezza costruttiva ed è l'alternativa migliore che possiamo scegliere di fronte ad un paziente. L'assertività è, quindi, uno strumento finalizzato a rendere più equi i nostri rapporti interpersonali, mettendoci in grado di agire nel nostro migliore interesse e di difenderci senza ansia, di manife-

stare con facilità ed onestà le nostre sensazioni, di evitare l'umiliazione che avvertiamo quando non riusciamo ad esprimere chiaramente quello che proviamo e, soprattutto, di esercitare i nostri diritti senza negare quelli altrui.

Gli infermieri nello svolgimento del proprio lavoro devono essere, fra le altre cose, anche comunicatori assertivi, sono chiamati a confrontarsi ogni giorno con una molteplicità di individui che esprimono emozioni, desideri, paure e tensioni.

L'analisi transazionale può essere, come la comunicazione assertiva, un utile strumento nelle mani dell'infermiere, per comprendere i pensieri e alcuni dei sentimenti degli interlocutori e, quindi, per fornire loro una risposta adeguata in termini relazione, assistenza e di cura.

L'Analisi Transazionale (AT) è una teoria psicologica che offre un modello per capire come funzioniamo e come esprimiamo la nostra personalità in termini di comportamento, pensieri ed emozioni. Essa è una teoria della comunicazione utile per migliorare le nostre relazioni con le altre persone ed è anche una teoria dello sviluppo infantile per comprendere le origini di alcuni nostri schemi di comportamento.

Gli infermieri nello svolgimento del proprio lavoro sono chiamati a confrontarsi ogni giorno con individui diversi che esprimono emozioni, desideri, paure e tensioni. L'analisi transazionale, assieme alla comunicazione assertiva, possono essere utili strumenti per fornire un'assistenza mirata ed efficace.

Metodi e strumenti: nascita e sviluppo dell'Analisi Transazionale

La teoria originaria dell'analisi transazionale, così come venne elaborata da Berne, può essere considerata una evoluzione in senso relazionale della psicoanalisi freudiana.

Le basi empiriche, insieme ad una impalcatura epistemologica, ne fanno non solo una teoria della personalità, ma anche una teoria dello sviluppo e delle comunicazioni relazionali, estendendo soprattutto su questo versante la teoria freudiana.



na, legata ad una visione meccanicistica del funzionamento della psiche, basata su una dinamica “idraulica” dell’apparato mentale, secondo il modello medico dell’Ottocento positivista.

Anche le influenze dell’approccio centrato sulla persona, di Carl Rogers, sono evidenti e fanno in modo che l’analisi transazionale tenga sempre in primo piano i bisogni della persona, piuttosto che la direttività e l’applicazione dello schema teorico alla complessa realtà del paziente.

Negli anni cinquanta la teoria della comunicazione subì grandi sviluppi, principalmente grazie agli scienziati della comunicazione che dettero vita alla cibernetica, e le regole della comunicazione enunciate da Berne sono il distillato di questi progressi applicati alla teoria psicologica analitico-transazionale.

Berne tuttavia morì prima di aver potuto elaborare compiutamente molte delle questioni teoriche più importanti, che rimasero aperte a contributi e sviluppi successivi. Priva dell’autorità del suo padre fondatore, la teoria analitico transazionale subì negli anni settanta un vero e proprio “assalto integrativo” da parte di studiosi e terapeuti che arricchirono l’impianto teorico originario con assunti e soprattutto tecniche prese a prestito da altre scuole teoriche, prima fra tutte la psicoterapia gestaltica, allontanandosi dalle radici psicodinamiche e assumendo una direzione decisamente cognitivo-comportamentale. Negli stessi anni l’analisi transazionale veniva scoperta dall’editoria divulgativa americana, tipicamente orientata alla manualistica semplificata e ai testi di auto-aiuto. L’enorme diffusione che la semplificazione e “banalizzazione” della teoria analitico transazionale ebbe in quegli anni è la principale responsabile dell’immagine trasmessa ai giorni nostri, come una teoria adatta alla formazione di agenti di commercio e venditori più che alle applicazioni terapeutiche, dotata di un armamentario tecnico eterogeneo, in gran parte derivato da altre Scuole. Un’analisi più attenta dell’analisi transazionale mette invece in luce le peculiarità legate alla buona gestione della relazione di aiuto che deve

instaurarsi tra infermiere e malato, piuttosto che al livello divulgativo tipico dei tabloid e dell’editoria commerciale.

Soprattutto i legami con la psicoanalisi freudiana risultano evidenti, non solo per quanto riguarda i punti di contatto tra le topiche freudiane e i tre stati dell’io dall’analisi transazionale, ma principalmente per l’importanza fondamentale dell’analisi del transfert e del controtransfert nella terapia transazionale.

Uno dei concetti cardine della teoria di Berne, il copione, è definito dall’autore “un dramma transferale”, a significare quanto le dinamiche transferali siano fondamentali nell’elaborazione e attuazione del proprio piano di vita.

L’analisi transazionale sta subendo negli ultimi anni un ulteriore sviluppo, soprattutto ad opera di studiosi anglosassoni, verso una rielaborazione teorica basata sul confronto con le più recenti acquisizioni operate dalle neuroscienze, in particolare le basi neurofisiologiche degli stati dell’io, l’accesso alle memorie implicite e la formazione delle memorie episodiche.

Principi teorici: i tre stati dell’io

L’analisi transazionale teorizza l’io come formato da tre strutture rappresentate graficamente come una sola personalità, Genitore Adulto Bambino (GAB), ovvero i tre Stati dell’io, ognuno con le proprie funzioni:

1. Genitore (Esteropsiche)
2. Adulto (Neopsiche)
3. Bambino (Archeopsiche)

La comunicazione tra due individui può essere letta come una transazione (transazione / scambio) tra stati diversi o omologhi dei due io, quindi si parla nel primo caso di “transazioni incrociate” e nel secondo di “transazioni complementari”.

Ogni comunicazione avviene su due livelli che si influenzano reciprocamente, il contenuto (il cosa si dice) e la forma (il come lo si dice). Si comunica secondo segnali verbali e non verbali e se il verbale è contraddetto dal non verbale, si ha una incongruenza. Ciascuno di noi è libero e respon-





sabile dei propri comportamenti.

Ogni stato dell'io ha connotazioni positive e connotazioni negative, a seconda che favorisca oppure impedisca l'indipendenza della persona.

Io genitore

La parte genitoriale dell'io è quella dove sono custoditi i sentimenti, i comportamenti, le emozioni, gli insegnamenti, gli esempi che noi abbiamo appreso dai nostri genitori e figure che ci hanno educato. Quando una persona si trova nello stato Genitore, reagisce secondo i modelli di suo padre o sua madre. Il Genitore si manifesta in due modi: come influenza e come stato attivo dell'io. Quando è attivo, la persona reagisce come i suoi reagivano. Quando è un'influenza, egli reagisce come i suoi volevano che lui reagisse.

Il Genitore si divide in due tipi: normativo e affettivo, ognuno dei quali ha il suo positivo e negativo. La funzione genitoriale normativa, nella sua accezione positiva guida, insegna e offre regole e valori, mentre nella sua accezione negativa: critica, impone, rimprovera, punisce, svaluta. La funzione genitoriale affettiva, nella sua accezione positiva: cura e incoraggia, nella sua accezione negativa è iperprotettiva, si sostituisce e condiziona l'affetto ad un avere.

Io adulto

La parte adulta è la parte razionale di tutti noi, dove si elaborano le informazioni. L'Adulto esamina la situazione e valuta di conseguenza, effettuando un "calcolo di probabilità". Se, ad esempio, devo attraversare la strada, il mio Adulto mi deve dire che ci sono buone probabilità che non mi investano. È da notare che il concetto di Adulto di Berne si ritrova nel concetto cognitivista di "mente come elaboratore dell'informazione".

Lo stato adulto, nella sua funzione positiva vive oggettivamente la realtà, vivendo il "qui e ora", non drammatizza l'errore e decide in base a ciò che è noto; qualora sia contaminato e non ben funzionante trascura le emozioni ed i valori e non si cura dei rapporti interpersonali. Quindi, quando sono nell'adulto, io uso tutte le mie facoltà intellettuali so valutare la situazione.

Io bambino

La parte bambino dell'io racchiude la spontaneità e l'emotività. Il Bambino contiene tutte quelle esperienze, quei comportamenti che noi mettiamo in atto nella nostra infanzia. Quando sono nel Bambino io mi comporto non come un bambino in generale, ma come io mi comportavo quando ero bambino. Il Bambino si divide in adattato e naturale, che ha i suoi positivi e negativi. Il Bambino adattato è obbediente, buono, docile, è sotto il controllo del Genitore interiore. Il Bambino naturale è spontaneo, allegro, non è controllato dal Genitore interiore. I positivi e i negativi sono



il Bambino adattato positivo, che accetta le regole, collabora e agisce per farsi accettare e il Bambino negativo che si sottomette alle regole, si compiange e subisce per farsi accettare.

Bambino Ribelle positivo, che ha spirito d'iniziativa, e quello negativo che è sempre contrario per principio. Bambino Libero positivo, che si esprime in tutto liberamente, mostrandosi apertamente, e quello negativo che ha paura ad esporsi ed esprimersi, è intimidito e si isola.

Le tre 'fami'

Perché la nostra psiche si mantenga in equilibrio, essa deve soddisfare le sue "fami". Ve ne sono di tre tipi:

1. **fame di stimolo**: tutti gli esseri umani vanno alla ricerca di stimoli e sensazioni;
2. **fame di riconoscimento**: ognuno di noi ha bisogno di sapere che esiste, che non è un fantasma in mezzo agli altri;
3. **fame di struttura**: come strutturare il tempo nelle ore di veglia.

Come soddisfare le "fami": carezze e transazioni

Cammino per la strada, incontro un amico e lo saluto. Lui mi risaluta. Ci siamo appena scambiati due "carezze". Berne definisce una carezza come "qualsiasi atto che implica il riconoscimento dell'altra persona". Salutando il mio amico io l'ho riconosciuto, cioè mi sono accorto di lui, e così lui sa di esistere. Le carezze quindi soddisfano le due fami di stimolo e di riconoscimento. Una serie di carezze si definisce transazione.

Esempio di transazione

- Il marito chiede: "Sai dov'è la mia cravatta nera? Non la trovo da nessuna parte" (Adulto → Adulto).
- Se la moglie risponde: "Non so, non l'ho vista", abbiamo una transazione complementare e diametralmente opposta (Adulto → Adulto).
- Se la moglie risponde: "Perché dai sempre la colpa a me?" si determina una transazione

incrociata (con il Bambino che risponde al Genitore, invece dell'Adulto che replica all'Adulto), interrompendo la comunicazione; lo stesso effetto si verifica con la risposta: "Ecco, perdi sempre tutto!" (in questo caso, è il Genitore della moglie che si rivolge al Bambino del marito).

Carezze (Stroke Economy)

Le transazioni consistono in uno scambio di stimoli che in AT vengono denominati Carezze (strokes) o Riconoscimenti. L'AT considera le carezze e le modalità del loro scambio come strumento di diagnosi e di terapia. Durante lo sviluppo della personalità, l'individuo può imparare alcune regole non verbali che costituiscono la base della cosiddetta Stroke Economy, ovvero di una "economia di carezze" che crea scarsità di amore e affetto imponendo una serie di regole che governano, appunto, lo scambio di carezze:

- non chiedere le carezze che desideri,
- non dare le carezze che desideri dare,
- non rifiutare le carezze che non desideri,
- non accettare le carezze anche se le vuoi,
- non dare carezze a te stesso.

La Stroke Economy può essere insegnata dai genitori o dalle altre figure di attaccamento nel periodo in cui l'individuo dipende da loro per il proprio sviluppo e per migliorare il necessario controllo legato alla responsabilità.

In seguito, negli individui possono verificarsi difficoltà a venire meno da queste regole. La scelta di non consentirsi deroghe dalla Stroke Economy allontana l'individuo dalla spontaneità, un elemento importante dell'autonomia. Si generano così nell'individuo svalutazioni ed emozioni parassite.

Esempio di "stroke economy"

Consideriamo il seguente dialogo:

A: Buongiorno.

B: Buongiorno.

A: Come va?

B: Bene, grazie. E lei?

A: Beh, al solito, grazie.



B: Buona giornata, allora.

A: Altrettanto.

Un simile scambio, sostiene Berne, non contiene in realtà alcuna informazione, anzi è accuratamente sottaciuta: A non ha alcun reale interesse a sapere come stia davvero B, che probabilmente ci metterebbe molto tempo a spiegarglielo, e viceversa. Si tratta invece di un rituale sociale a base di stroke, durante il quale gli individui si scambiano un numero di “carezze” dipendenti dalla loro conoscenza reciproca e dalle circostanze. Se B avesse protratto la conversazione rivolgendo numerose altre domande, avrebbe causato la perplessità e l'imbarazzo di A, che si attendeva un numero ridotto di stroke (che in termini di analisi transazionale equivale a “Mi doveva solo tre carezze, perché me ne ha fatte di più?”); al contrario, ad una mancata risposta di B al saluto di A, questi si sarebbe offeso in quanto la “carezza” non era stata ricambiata.

Emozioni parassite

Le emozioni in una persona sana sono vissute in armonia con i propri bisogni e desideri. Le emozioni che l'individuo vive però possono anche impedirgli di realizzare quelli che ritiene i propri bisogni e desideri. Ad esempio, l'individuo potrebbe essere triste sebbene si trovi ad una festa e desideri socializzare. La tristezza viene vissuta strutturando il tempo nell'isolamento, e si verifica l'impossibilità di procedere nella strutturazione del tempo verso l'intimità desiderata e verso uno scambio di carezze più stimolanti. In tal caso la tristezza si può quindi definire come una emozione parassita.

Le emozioni parassite si presentano unite alle svalutazioni e si contrastano insieme a queste.

Posizioni esistenziali

Le posizioni esistenziali sono quattro e descrivono come una persona vede sé e gli altri. I segni + e - riportati nelle descrizioni seguenti indicano un'asserzione positiva o negativa riferita alla posizione esistenziale:

- lo sono OK; tu sei OK: + + (posizione esistenziale sana, che induce ad un comportamento assertivo)
- lo sono OK; tu NON sei OK: + - (comportamento aggressivo)
- lo NON sono OK; tu sei OK: - + (comportamento passivo, servile; depressione)
- lo NON sono OK; tu NON sei OK: - - (futilità, cinismo)

La posizione esistenziale di un soggetto può cambiare con il passare del tempo, anche breve. Esistono anche le “posizioni a tre”, che esaminano la valutazione che l'individuo effettua nei confronti di sé stesso, del suo interlocutore e degli “altri”:

- lo sono OK; tu sei OK; loro sono OK: + + + (posizione aperta, socievole, democratica)
- lo sono OK; tu sei OK; loro NON sono OK: + + - (posizione snobistica, demagogica)
- lo sono OK; tu NON sei OK; loro sono OK: + - + (posizione dello scontento, polemica)
- lo sono OK; tu NON sei OK; loro NON sono OK: + - - (posizione solitaria, arrogante)
- lo NON sono OK; tu sei OK; loro sono OK: - + + (posizione masochistica, depressiva)
- lo NON sono OK; tu sei OK; loro NON sono OK: - + - (posizione subordinata)
- lo NON sono OK; tu NON sei OK; loro sono OK: - - + (posizione dell'invidia servile)
- lo NON sono OK; tu NON sei OK; loro NON sono OK: - - - (posizione pessimistica, cinica)

Gioco

È una tipologia di Strutturazione del tempo ad alto contenuto emotivo, ma altamente prevedibile, che si svolge secondo uno schema fisso e termina in modo sgradevole per entrambi i partecipanti. Alla base di dipendenze, litigi frequenti, incomprensioni durevoli e simili sofferenze.

Lo schema è il seguente:

$$G + A = R > S > X > TC$$

G = *Gancio*, vale a dire la prima mossa o stimolo che compie il giocatore partendo da una svalutazione di sé, o degli altri, o della realtà, e



cercando di coinvolgere altre persone nel proprio gioco (Francesco si lamentava dicendo di non saper eseguire la consegna, perché era per lui troppo difficile: svalutazione di sé).

A = Anello, vale a dire l'aggancio dell'interlocutore allo stimolo, il punto debole di chi si lascia "agganciare" (l'insegnante risponde che l'attività non è affatto difficile e che si può eseguire anche in poco tempo).

R = Risposta al G + A nella comunicazione (Francesco dice che proverà a svolgere il compito, ma non lo finisce; l'insegnante si infuria e minaccia di mandarlo fuori in punizione per l'intera giornata).

S = Scambio di ruoli (o Colpo di scena) che avviene ad un certo punto del gioco (Francesco inizia a disturbare in classe perseguitando la maestra; l'insegnante, vittima del suo atteggiamento, sente di non riuscire a dominarlo).

X = Confusione, vale a dire disagio psicologico negli interlocutori (sia Francesco sia l'insegnante avvertono un notevole intensificarsi del vissuto emotivo).

TC = Tornaconto, vale a dire stato d'animo finale negativo in entrambi gli interlocutori (Francesco è triste perché rimane lontano dalla sua maestra e dai suoi compagni tutto il giorno, mentre l'insegnante sente di aver fallito come insegnante e come educatrice).

La "Guarigione" intesa come potenziamento dell'Adulto

L'obiettivo che ci si prefigge avviando l'analisi transazionale è di ristabilire l'autonomia e di rendere più stabile la condizione di problem solving dell'individuo. In questo senso si tratta quindi di avvicinarsi alla condizione in cui le emozioni ci aiutano a risolvere i nostri problemi e a soddisfare i nostri bisogni, anziché contrastare i nostri sforzi ed intralciarli inutilmente.

Matrice di svalutazione

Strumento sviluppato da Mellor e Schiff, la Matrice di Svalutazione consiste in una matrice con le

colonne Stimoli, Problemi, Opzioni e con le righe Esistenza, Importanza, Possibilità di cambiamento, Capacità personali di cambiamento.

Procedendo secondo un ordine prestabilito dagli studiosi che lo propongono (a partire dall'Esistenza degli Stimoli) si può scoprire in quale area avviene la Svalutazione. Una volta individuata si può procedere a rimuoverla. Per esempio la casella Esistenza degli Stimoli si compila descrivendo ciò che si prova: bruciore di stomaco, tristezza, difficoltà di concentrazione, rabbia, rancore, dolore, eccessiva euforia, eccetera. Poi si passerà a determinare l'Importanza di questo Stimolo, il che richiede una conoscenza del corpo e dell'animo umano che si può approfondire appositamente per imparare a compilare la matrice. La tecnica è di facile apprendimento e può conseguire rapidi e stabili miglioramenti, ripristinando la condizione di Problem Solving.

Problem Solving

L'Analisi Transazionale fornisce la base teorica per un lavoro terapeutico che si rivolge a proteggere e sviluppare il Problem solving. Attività, stato e capacità dell'individuo "Spontaneo", un metodo che consiste nell'individuare i propri bisogni e desideri, con precisione e realismo, ed agire in maniera concreta ed efficace per realizzarli in tempo utile, impiegando tutte le informazioni a disposizione.

Qui-e-Ora

Insieme di stimoli reali che il corpo percepisce dall'ambiente circostante tramite i cinque sensi nel qui e adesso (hic et nunc). Le Svalutazioni sopprimono, restringono e deformano gli stimoli percepiti nel Qui-e-Ora, impedendo il loro utilizzo per il Problem Solving. Rimanere nel Qui-e-Ora può essere fonte di emozioni piacevoli e benefiche. Si tratta di una esperienza che può essere assimilata alla gioia del gioco infantile, produrre uno stato di Flusso (area di performance ottimale) o somigliare a certi tipi e stati di meditazione. Nel caso l'individuo si trovi in compagnia, la ge-



stione del Qui-e-Ora conduce alla Strutturazione del tempo secondo una precisa modalità.

Copione

L'analisi transazionale fornisce anche una teoria dello sviluppo infantile. Il concetto di copione, tra i più noti in quest'ambito, illustra come molti degli schemi di vita attuali di un soggetto, abbiano origine nell'infanzia. Nel quadro del copione, l'analisi transazionale elabora spiegazioni di come l'adulto riproponga continuamente le strategie che ha appreso nell'infanzia, anche quando esse generano risultati dolorosi o autolesionisti. Berne individua tre categorie di persone, ognuna delle quali ha il suo copione: il vincitore, il non-vincitore e il perdente. Il vincitore è quella persona che ottiene sempre tutto, e il suo copione è quello del "sempre", cioè il messaggio del genitore interno è "Tu vincerai sempre". Il non-vincitore è una persona che su dieci obiettivi ne realizza nove. Il suo copione è il "quasi". cioè "tu arriverai quasi in cima, ma poi basta", o "accontentati di ciò che hai vinto finora". Il perdente è quella persona che non ottiene niente, che ha il copione del "mai", cioè "Tu non farai mai niente, non otterrai niente dalla vita".

Spontaneità

Una parte essenziale della "guarigione": viene intesa come la capacità di reagire in maniera appropriata a quello che avviene "qui e ora". Se siamo spontanei le nostre reazioni naturali ci aiutano a realizzare i nostri bisogni e desideri. Non si parlerà di "spontaneità" quando queste invece finiscono con l'ostacolarci o risultare inutilmente "costose". Nel primo caso le emozioni verranno chiamate "emozioni genuine", nel caso opposto si parla di "emozioni parassite". La "spontaneità" viene danneggiata dalle svalutazioni.

Strutturazione del tempo

In AT si considera che ogni individuo, posto in presenza di altri, sceglierà liberamente di strutturare il proprio tempo in uno dei seguenti modi:

- isolamento (l'individuo evita gli altri e non vi interagisce);
- rituali (l'individuo si impegna in interazioni regolate da norme condivise);
- passatempi (oltre alle norme condivise si presenta la possibilità di ricche variazioni come negli scacchi o nel gioco delle carte, ma sempre sulla base di regole rigide);
- attività (le regole sono imposte non più dalla sola convenzione ma dalla necessità; un esempio è l'attività lavorativa volta a guadagnarsi da vivere);
- giochi (interazioni ad alto contenuto emotivo ma di natura ripetitiva: litigi frequenti e discussioni inutili, ripicche; avviene secondo uno schema fisso);
- intimità.

La lista è in ordine crescente di rischio e anche in ordine crescente di intensità delle "carezze" che si possono scambiare.

Svalutazione

Una "svalutazione" consiste nell'ignorare un elemento utile alla soluzione del proprio problema o nel conferire eccessiva enfasi ad un elemento che impedisce la soluzione. Contrastare le "svalutazioni" permette di ricreare una situazione di Problem Solving. Le "svalutazioni" si possono rilevare tramite la compilazione di una matrice di svalutazione.

Conclusioni

Il percorso illustrato, relativo alla presentazione dell'impianto teorico dell'AT, mette in evidenza numerosi punti di forza utilizzabili dell'Infermiere durante lo svolgimento della sua pratica assistenziale.

Il presente lavoro potrebbe essere l'incipit per la realizzazione di un progetto formativo per la diffusione del modello teorico in oggetto, e di una sua applicazione in un ambito assistenziale specifico.



A giudizio di chi scrive, la possibilità di dotare il personale infermieristico, specie nelle realtà assistenziali in ambito extra ospedaliero, di un tale approccio teorico, può fornire uno strumento di analisi e di intervento per aiutare concretamente gli attori sociali coinvolti nel processo di assistenza.

Inoltre, un Infermiere in possesso di un bagaglio culturale ed esperienziale riferibile all'AT, può essere utile preparato per affrontare nuove sfide di ricerca qualitativa in ambito assistenziale. A titolo di esempio, va ricordato il metodo delle narrazioni di

malattia NBM (Narrative based medicine) che rappresenta la dimensione qualitativa e valoriale che integra quella della EBN (Evidence based Nursing).

Nella presentazione e applicazione dell'AT è necessario adottare le dovute precauzioni, come suggerito dall'Associazione Internazionale di Analisi Transazionale (ITAA), che pone la dovuta attenzione verso un uso abusivo e imprudente dell'AT, da parte di operatori non sufficientemente qualificati, senza mettere in discussione le basi dell'Analisi Transazionale.



IPASVI

Collegio IPASVI

Provincia di TARANTO

BIBLIOGRAFIA

- Berne, E. (1961) *Analisi transazionale e psicoterapia*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, ISBN 978-88-340-0019-9
- Berne, E. (1966) *Principi di terapia di gruppo*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, ISBN 978-88-340-1066-2
- Berne, E. (2000) *A che gioco giochiamo*, Milano, Tascabili Bompiani Rcs, ISBN 88-452-4629-9
- Berne, E. (2000) *Ciao!... E poi?*, Milano, Tascabili Bompiani Rcs, ISBN 88-452-4650-7
- Goulding R., Goulding, M. (1979) *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, ISBN 978-88-340-0753-2
- Novellino, M. (1991) *Psicologia clinica dell'lo*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, ISBN 978-88-340-1014-3
- Novellino, M. (2015) *Dizionario didattico di analisi transazionale*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, ISBN 978-88-340-1
- Pitman, E. (1985) *Analisi transazionale per l'operatore sociale*, Roma, Astrolabio-Ubaldini, ISBN 978-88-340-0828-7
- Stewart, I.; Joines, V. (2000) *L'analisi transazionale. Guida alla psicologia dei rapporti umani*, Bologna, Garzanti Libri, ISBN 978-88-11-60011-4
- Thomas, A. Harris (2000) *Io sono OK, tu sei OK*, Milano, Biblioteca Universale Rizzoli, ISBN 88-11-60011-1
- M. Castagna; Dezza G.; et. Al. (2003) *L'Analisi Transazionale nella formazione degli adulti*, Milano, Franco Angeli, ISBN 88-464-4449-3



NTS nelle cure di fine vita ed identificazione dei bisogni formativi

Dott.ssa Chiara Guarino
Infermiera precaria ASL Taranto



Estratto Progetto di miglioramento Master I livello in Management per le organizzazioni complesse Università della Tuscia di Viterbo A.A. 2016/17

Le NTS rappresentano un insieme di competenze professionali che non nascono in ambito sanitario bensì in quello aeronautico per limitare l'errore umano attraverso la programmazione di percorsi per il "Crew Resource Management" (CRM), al giorno d'oggi riconosciuti come una delle più efficaci declinazioni della formazione trasversale sui gruppi di lavoro, basate sulla definizione di modelli mentali e comportamentali condivisi¹. Alla base di questo cambiamento epocale, c'è quindi la constatazione, supportata e confermata ogni giorno dai fatti, che le competenze tecniche del personale, per quanto essenziali e insostitu-

ibili, devono essere affiancate, in maniera complementare, a quelle Non Tecniche (NTS, Non Technical Skills)² le quali possono fare la vera differenza nel Risk Management.

I principi di CRM hanno definito due tipologie di strumenti utilizzabili per ridurre e controllare l'errore e per migliorare l'efficienza delle attività operative: una prima tipologia di strumenti tangibili e procedurali quali Briefing, Debriefing e Checklist ed una seconda tipologia che consiste in una serie di abilità Non Tecniche; queste possono essere definite in una lista, seppur non esaustiva, come:

1 G. Zanovello, G. Favero - *Dirigere l'efficacia e pilotare il benessere organizzativo* a cura di V. Olivieri, AOUI Verona, 2016.

2 Human Factors and Aerospace Safety, Ashgate Publishing, 2003



Tab. 1.2 Le categorie principali delle Non-Technical Skill e gli elementi che le compongono

Categoria	Elementi
<i>Consapevolezza situazionale</i>	Raccolta di informazioni; Interpretazione delle informazioni; Anticipazione di stati futuri.
<i>Decision-Making</i>	Definizione del problema; Valutazione delle opzioni; Selezione e implementazione delle opzioni; Rivisitazione dei risultati.
<i>Comunicazione</i>	Invio di comunicazioni chiare e concise; Inserimento di riferimenti al contesto e agli intenti nello scambio delle informazioni; Ricezione delle informazioni attraverso l'ascolto; Identificazione e superamento delle barriere alla comunicazione.
<i>Team working</i>	Supporto degli altri; Risoluzione dei conflitti; Scambio di informazioni; Coordinamento delle attività.
<i>Leadership</i>	Utilizzo dell'autorevolezza; Mantenimento degli standard; Pianificazione e assegnamento delle priorità; Gestione del carico di lavoro e delle risorse.
<i>Gestione dello stress</i>	Identificazione dei sintomi di stress; Riconoscimento degli effetti dello stress; Implementazione delle strategie di coping.
<i>Affrontare la fatica</i>	Identificazione dei sintomi della fatica; Riconoscimento degli effetti della fatica; Implementazione delle strategie di coping.

Mohd e Dola³ hanno rilevato che i dipendenti hanno acquisito più competenze, conoscenze e abilità come risultato della formazione quando a monte esiste un processo di identificazione dei bisogni formativi. Nguen e Buyens⁴, invece identificano una stretta relazione tra l'addestramento e le performance aziendali identificate in due differenti categorie, vale a dire la performance finanziaria che porta ad aumentare la produttività e le

3 Mohd Noor, K, & Dola, K (2012) 'Leveraging Training To Maximizing Employees Performance And Potential Benefits', *Business & Management Review*, 1 (11), pp. 19-26, Business Source Complete, EBSCOhost, (Online) (Accessed: 13 July 2014).

4 Nguyen, T, Truong, Q, & Buyens, D (2010) 'The Relationship Between Training And Firm Performance: A Literature Review', *Research & Practice In Human Resource Management*, 18 (1), pp. 36-45, Business Source Complete, EBSCOhost, (Online) (Accessed: 27 June 2014).

vendite e le performance non finanziarie, come il basso turnover del lavoro, la soddisfazione del lavoro e miglioramento della qualità del lavoro. Sulla base di questi studi prima di proporre un evento formativo all'interno dell'hospice (sede del mio tirocinio formativo) alcuni colloqui con il personale ha confermato quanto presente in letteratura. Difatti, il personale all'interno della struttura lamentava una formazione spesso non congrua con il lavoro svolto con relativa insoddisfazione professionale.

Obiettivi e metodi utilizzati

Lo scopo principale di questa ricerca è quello di identificare le preferenze tra la formazione tecnica e la formazione non tecnica nel personale infermieristico migliorando così l'efficacia della formazione. Inoltre, si cercherà di scoprire tra le due competenze quali consentono agli infermieri



di prevenire errori e raggiungere la soddisfazione dei pazienti. Il metodo utilizzato per la raccolta dati è l'interpretavismo, ovvero un approccio induttivo di ricerca sociale attraverso interviste semi strutturate allo scopo di analizzare l'opinione degli intervistati che facilita l'analisi qualitativa dei dati e all'interno della quale il ricercatore assume un ruolo significativo nell'interpretazione dei dati.

Il campionamento utilizzato in questa particolare ricerca è quello non probabilistico. Saunders, Lewis e Thornhill all'interno di studi con tempo e risorse limitate identificano la necessità di perseguire una ricerca approfondita su un piccolo gruppo con uno scopo ben preciso. All'interno di questo progetto di miglioramento, gli operatori coinvolti sono cinque infermieri dipendenti dell'hospice con l'obiettivo di conoscere la preferenza tra la formazione delle competenze tecniche e la formazione non tecniche. I problemi etici derivanti dal processo di ricerca vengono superati informando i partecipanti che i risultati della ricerca verranno utilizzati solo per scopi accademici. E inoltre, l'intervista di ricerca è basata sul coinvolgimento volontario dei partecipanti con rispetto della loro privacy e con la possibilità di uscire dall'intervista o di omettere qualsiasi risposta in qualsiasi momento.

Revisione della letteratura

La sicurezza del paziente è l'aspetto più importante per garantire un'assistenza di qualità. Le competenze non tecniche sono considerate molto importanti nel processo di gestione del rischio e spesso le squadre interdisciplinari non sono monitorizzate costantemente durante gli eventi critici. Gli infermieri hanno un ruolo significativo nell'efficacia nel lavoro interdisciplinare attraverso il trasferimento di informazioni. Essi, difatti, devono riconoscere ed individuare importanti indicazioni cliniche e ambientali e agire per garantire che il gruppo progredisca nel percorso ottimale per la sicurezza del paziente. La competenza tecnica generalmente assicurata dalla formazione professionale spesso non basta a contrastare

gli eventi critici in una sanità spesso in ritardo rispetto ai rapidi progressi della tecnologia medica e scientifica.

Murakami, G, Imanaka, Y, Kobuse, H, Lee, J, & Goto indicano che i pazienti ricoverati nei dipartimenti chirurgici, tendevano a dare più importanza alle competenze tecniche, mentre nei pazienti pediatrici e oncologici alle abilità interpersonali che spesso non vengono riconosciute e neanche ricompensate. In passato, la qualità dell'assistenza sanitaria è stata misurata con l'utilizzo di indicatori di struttura, processo ed esiti delle cure mediche. Il risultato delle cure mediche comprende esiti clinici quali la mortalità e la morbilità, nonché miglioramenti della qualità della vita dei pazienti. La soddisfazione del paziente è inclusa in questa dimensione. Nell'assistenza sanitaria la soddisfazione del paziente è molto importante sia da un punto di vista clientelare che nell'aderenza alla terapia ed essa dipende fortemente dalla soddisfazione del dipendente definita anche soddisfazione professionale. Quest'ultima difatti, è un parametro molto rilevante che influenza la produttività e la qualità del lavoro. Questo fenomeno complesso ha un impatto non solo sulla motivazione, ma anche sulla carriera, salute e rapporto con i colleghi e allo stesso tempo ha un impatto significativo sui costi sanitari. Molti studi differenti hanno dimostrato che ci sono un gran numero di fattori che possono avere un impatto sulla soddisfazione del lavoro quali il sesso, l'età, livello di istruzione, esperienza lavorativa, modalità di organizzazione del lavoro, condizioni di lavoro e molti altri. Questa particolare ricerca si concentra sulla necessità di formazione dei dipendenti poiché in assenza di un'adeguata formazione non ci sarebbe alcuna possibilità per lo sviluppo e il miglioramento delle competenze tra gli infermieri con scarsa soddisfazione professionale, bassi livelli di assistenza e pazienti non soddisfatti. Il settore sanitario, al giorno d'oggi, affronta una serie di nuove sfide, come l'aumento di domanda e delle esigenze che crescono più velocemente di quanto non sia la disponibilità di



risorse nonostante l'aumento degli investimenti nel settore sanitario. Al momento esistono tre significativi problemi: in primo luogo, i cambiamenti dei problemi sociali e sanitari connessi alla transizione demografica, problemi epidemiologici; in secondo luogo, ci sono le crescenti aspettative da parte dei clienti fortemente influenzati dai media e il fenomeno del consumismo che sostituisce il paziente con un cliente esigente; e infine l'espansione tecnologica. I responsabili coinvolti nel settore sanitario devono concentrarsi sui modi e sui mezzi per affrontare queste emergenti problematiche assicurando la disponibilità di un'assistenza sanitaria di alta qualità e innovativa, da un lato, la gestione dei bilanci e, dall'altro, garantendo la parità di accesso e di autodeterminazione nella scelta di trattamento per gli utenti.

Sicurezza non significa avere degli strumenti idonei e saperli utilizzare al meglio. Sicurezza significa anche essere consapevoli delle proprie limitazioni umane, delle proprie caratteristiche e delle proprie potenzialità, sia singolarmente che in gruppo. Queste variabili sono rappresentate dalle Non Technical Skills delle quali abbiamo parlato precedentemente. Anche queste devono essere approfondite per essere conosciute nella loro specificità, per essere sfruttate a proprio vantaggio. Sebbene le NTS appaiono di facile comprensione e applicazione, nella realtà dei fatti, invece, spesso sono conosciute solo in parte o addirittura in modo errato. Cosa significa Consapevolezza della Situazione (Situation Awareness - SA)? Qual è il giusto significato di leadership e come si coniuga con quello di followerhip? E cosa accade quando leadership e autorità non coincidono nella stessa persona? Questi sono solo alcuni dei concetti NTS che dovrebbero essere approfonditi dai professionisti che hanno a che fare con il rischio e da cui dipende la vita di tanti altri esseri umani. Negli ultimi decenni, il nostro Sistema Sanitario Nazionale ha visto lo sviluppo di significativi cambiamenti con la creazione di un contesto assistenziale sempre più umanizzato in cui la centralità dell'utente ne costituisce

il cardine. In Italia, come nel resto dell'Europa, viene data una particolare attenzione al paziente/cliente/utente, considerato nella sua globalità di persona e al ruolo delle pratiche mediche assistenziali nei suoi confronti. Gli obiettivi del cambiamento sono quindi orientati all'ottimizzazione delle prestazioni e, al tempo stesso, al contenimento dei costi dei servizi erogati. Una nuova prospettiva in cui l'immagine e la soddisfazione del cliente diventano fondamentali, per le quali vengono introdotte una serie di nuove strategie ritenute parte integrante della prassi sanitaria. Il personale sanitario, oltre al continuo interfacciarsi con i pazienti bisognosi di cure, si trova a fronteggiare una nuova tipologia e un nuovo onere lavorativo, derivante dalle frequenti ristrutturazioni aziendali e dalle continue "razionalizzazioni" di budget e di personale. Peraltro, il sistema innovativo a cui si ispira l'aziendalizzazione necessita di supporti tecnologici e strumentali sempre più sofisticati e costosi che vengono sostituiti troppo velocemente rispetto alla capacità delle persone di acquisire nuove abilità nei tempi imposti e di comprenderne l'effettiva utilità e vantaggio. Le professioni d'aiuto (Helping Professions), di cui fanno parte alcune categorie professionali quali medici, infermieri, psicologi, personale della riabilitazione, assistenti sociali, insegnanti e altri, sono le più esposte al rischio di stress lavorativo o sindrome di Burnout. Studi sostengono che all'aumentare dell'impegno della persona aumenterebbe il rendimento. Esiste però un punto in cui ad ogni ulteriore aumento dell'impegno c'è un peggioramento e una diminuzione del grado di efficienza.

Ad esempio, quando una persona ha un sovraccarico eccessivo di lavoro, nonostante il suo impegno e la sua volontà di riuscire a portarlo a termine nella maniera dovuta, può commettere errori e pregiudicare la performance. Questo, specialmente se prolungato nel tempo, può portare frustrazione, perdita dell'autostima e dell'autoefficacia, anche nel caso si tratti di un lavoratore che nel tempo ha accumulato l'esperienza e la



sicurezza nel suo ruolo.

L'ambiente sanitario è un contesto ad alta concentrazione di fonti di stress. Oltre che dai fattori personali, dunque, chi vi lavora può sentirsi investito anche dal contesto organizzativo, che non sempre risponde e agevola le esigenze di crescita professionale e lavorativa, per questo si può arrivare a situazioni estreme, al punto di nutrire la volontà e il desiderio di abbandonare il proprio contesto lavorativo .

Dare un senso al proprio ruolo ed esserne fieri può portare grossi vantaggi sia a livello personale che professionale. Il “sapere”, cioè le conoscenze professionali e le abilità, il “saper fare”, non precludono il “saper essere”, ovvero il saper assumere degli atteggiamenti flessibili in merito al contesto in quel particolare momento. Sono indispensabili competenze trasversali e relazionali, intelligenza emotiva attraverso cui si canalizzano le emozioni (che possono prendere il sopravvento in determinati momenti) in energia positiva equilibrata, capacità di organizzare e riorganizzare con parsimonia. Secondo Boccalon et al. la dimensione relazionale è un fattore essenziale per tutti gli operatori sanitari ma rappresenta una particolare esigenza cruciale della professione infermieristica.

Nella loro ricerca è emerso che questi nutrono la necessità di parlare con qualcuno del disagio riscontrato nel lavoro in maniera significativamente maggiore rispetto ai medici. Sebbene oggi l'infermiere abbia una formazione universitaria, trova ancora differenze specialmente in occupazione di tipo ospedaliero, continuando ad essere contraddistinte da un carico di lavoro molto vasto e pesante, “alta domanda”, e “basso controllo”. Il modello “domanda/controllo” identifica questo tipo di lavoro ad “alto strain”, che crea negli individui un’alta “tensione” psicologica manifestata con ansia, depressione, esaurimento e vari disturbi psicosomatici. Non meno problematico è il lavoro dell'operatore sanitario libero professionista, il quale può vivere lo stress tra incertezza e guadagno, burocrazie, mancanza di ferie

e tutele, dedizione alla vita lavorativa, a scapito del tempo libero e della famiglia (workaholism), ecc. Nei reparti di lungodegenza, diversi fattori coinvolti nel processo non offrono la possibilità di pianificare un servizio adeguato poiché questo, molto spesso con esito infausto, non lascia alcuna soddisfazione morale ed etica all'operatore che agisce.

Infatti, vengono meno gli aspetti legati al risultato del beneficio o la constatazione di aver agito nel giusto. Questi fattori sono generalmente capaci di provocare un carico di stress a volte insostenibile.

Nei reparti caratterizzati da intense transazioni emotive tra operatore sanitario e paziente (come nel caso dell'hospice), sono necessarie le abilità in grado di identificare le esperienze emotive e associarle a fondamentali configurazioni relazionali tipiche dell'esercizio delle suddette professioni e/o di saper gestire, comunicare e modulare le proprie e altrui emozioni, in maniera funzionale a questo tipo di interazione. Queste competenze rappresentano una parte di lavoro fondamentale per la specificità di questi ruoli, poiché le quotidiane interazioni con i pazienti, i parenti, i colleghi e i superiori molte volte diventano difficili da controllare e richiedono adeguati livelli di coinvolgimento emotivo ed empatia. L'assenza di queste competenze può dar luogo a perplessità e insicurezze nell'esercizio del proprio ruolo: a livello individuale sviluppando sintomatologie psicosomatiche; a livello relazionale attraverso il deterioramento dei rapporti con l'utenza e con i propri colleghi.

È necessaria l'integrazione con interventi, teoricamente fondati, sulle competenze trasversali, orientati alla comunicazione, all'elaborazione e alla condivisione di stati emotivi, al lavoro di gruppo e intergruppo, per ottimizzare con parsimonia la gestione dei servizi da parte degli operatori, per una relazione consapevolmente orientata alla condivisione, con una ricaduta positiva su tutti gli attori coinvolti nella co-costruzione del servizio erogato: i manager, gli operatori e gli utenti.



Obiettivi generali

Gli obiettivi generali sono il risultato del progetto di miglioramento che verrà strutturato secondariamente alla somministrazione dei questionari:

- Sviluppare e definire gli elementi teorici fondamentali e le strutture concettuali che sostengono l'istruzione delle competenze non tecniche in sanità;
- Adattare e applicare appropriati elementi pedagogici per sviluppare un'istruzione di competenze non tecniche in ambito sanitario;
- Identificare e valutare i principali risultati educativi derivanti dall'utilizzo di tale formazione non tecnica;
- Sviluppare e chiarire i metodi per la sintesi di prove nell'istruzione professionale sanitaria che prendano in considerazione lo sviluppo di modelli teorici che possono essere applicati;
- Identificare elementi metodologici dalla sintesi dei dati clinici che possono essere inseriti nel contesto dell'istruzione professionale sanitaria;
- Esaminare se i risultati di tale sintesi di prova possano guidare il design educativo.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici dello studio sono il risultato della somministrazione del questionario semi-strutturato che è così composto:

- Identificazione del rapporto tra esperienza professionale e acquisizione delle NTS;
- Identificazione della preferenza tra competenze tecniche e non tecniche all'interno della realtà lavorativa;
- Valutazione della soddisfazione del personale sulla formazione fornita dalla struttura;
- Valutazione della presenza di programmi di monitoraggio del rischio;
- Valutazione dell'opportunità di crescita all'interno della struttura;
- Misurazione della soddisfazione del personale infermieristico.

Come già descritto in precedenza, questo progetto di miglioramento prevede uno strumento di

valutazione basato su un'intervista semi-strutturata.

All'interno di quest'ultima verranno prese in considerazione le seguenti informazioni utili ad identificare i bisogni formativi e le opinioni del personale circa il processo di formazione. Essa è suddivisa in 15 domande riassumibili all'interno di queste categorie:

- **Anzianità di servizio e percezione delle competenze:** il numero di anni di servizio è importante per osservare una eventuale dicotomia presente tra personale "anziano" e personale "neoassunto". Difatti, è possibile valutare in questo caso se la percezione della formazione relativa soprattutto alle competenze non tecniche, può derivare dall'esperienza sul campo ed inoltre in maniera secondaria rilevare un'eventuale formazione prevalentemente tecnica nei neoassunti derivanti da percorsi universitari;
- **Formazione fornita dalla struttura in materia di competenze:** importante in questi casi, valutare oltre alla presenza di corsi di formazione residenziali, l'eventuale organizzazione di attività pratiche, simulazioni etc...;
- **Preparazione dell'infermiere in materia di competenze e loro percezione:** in questa categoria, si cercherà di identificare la reale conoscenza in materia di competenze tecniche e non tecniche e la valutazione personale da parte dell'intervistato circa la loro utilità all'interno della prevenzione della gestione del rischio clinico;
- **Opinione personale sull'avanzamento tecnologico in sanità:** in questa categoria, verrà presa in considerazione la percezione del personale infermieristico circa l'utilizzo di nuove tecnologie coinvolte nel processo assistenziale cercando di correlarle alle competenze/abilità relative;
- **Rapporto tra competenze e soddisfazione del paziente:** attraverso questa domanda, si cerca di valutare la coscienza



dell'operatore nell'utilizzo di competenze tecniche o non tecniche coinvolte nel processo che conduce alla soddisfazione del paziente;

- **Valutazione personale delle scelte aziendali in ambito formativo:** in questa categoria, si valuterà il grado di coinvolgimento del personale all'interno delle scelte della direzione aziendale circa la formazione e la soddisfazione professionale secondaria alle stesse;
- **Valutazione dell'indice di complessità assistenziale percepito all'interno della struttura:** si cercherà di valutare i parametri maggiormente coinvolti nel processo assistenziale relativo all'hospice come comunicazione, gestione dei compiti, o conoscenze di competenza nella gestione gli strumenti tecnologici;
- **Valutazione di attività di briefing, audit all'interno dell'hospice:** è importante per comprendere il livello di attenzione della direzione strategica nei confronti degli argomenti presi in esame;
- **Preferenza tra competenze tecniche e non tecniche nell'assistenza del fine vita:** in questa categoria viene posta importanza sulla personale percezione di esigenze formative attraverso la valutazione delle opportunità di crescita all'interno della struttura e relativi miglioramenti delle performance e soddisfazione professionale.

Scheduling

Numerosi fattori influenzano la valutazione dell'esigenza formativa dei dipendenti infermieri della struttura:

- Organizzazione delle interviste in orario extra-lavorativo;
- Tempo limitato relativo all'intervista;
- Atteggiamento prevenuto dei dipendenti per paura di ritorsioni da parte della struttura.

Tali ostacoli tuttavia sono superabili stabilendo un rapporto corretto e con l'aiuto di una buona comunicazione nella condivisione di idee e opi-

nioni tra ricercatore e intervistato con riservatezza seguita e rispettata durante l'intero processo di ricerca.

Lo scheduling presenta i seguenti task programmati secondo lo schema seguente.

Studio preliminare:

1. Identificazione del problema;
2. Raccolta dati;
3. Analisi dei dati;
4. Valutazione criticità.

Progettazione:

1. Revisione della letteratura;
2. Pianificazione del progetto di miglioramento;
3. Analisi dei requisiti del "Questionario semi-strutturato".

Realizzazione:

1. Realizzazione del "Questionario semi-strutturato";
2. Somministrazione del questionario;
3. Formazione del personale sulla base dei risultati ottenuti;
4. Audit clinico.

Attraverso l'ausilio del programma "Gantt Project" siamo riusciti a ricavare diversi grafici utili ad identificare le fasi di scheduling. Il primo grafico (diagramma Gantt per la temporizzazione dell'intero progetto) evidenzia le tre fasi attraverso colori diversi (verde, rosso e giallo) con fasi di sovrapposizione temporale.

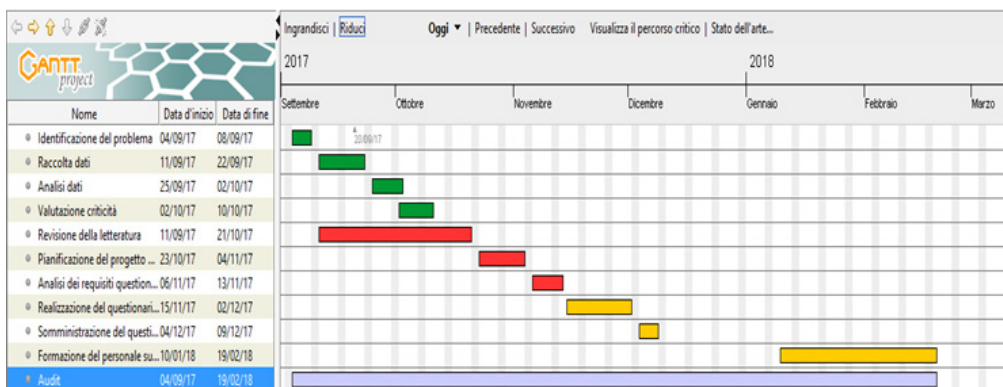
Nel secondo grafico (diagramma Pert per la rete di attività correlate) è possibile evidenziare la continuità dei diversi task e la correlazione tra loro nei diversi momenti dell'intero processo di realizzazione del progetto stesso. Infine, nell'ultimo grafico è possibile identificare le figure coinvolte all'interno del processo e le relative sovrapposizioni delle responsabilità relative ad ogni task.

I risultati attesi e le relative misure di valutazione verranno per comodità classificate nelle tre dimensioni ricavate dal paradigma di Donabedian:

Struttura (o input):

1. Implementazione del nuovo strumento. I risultati attesi sono quelli relativi all'utilizzo nella





Identificazione de...

Inizio: 04/09/17
Fine: 08/09/17
Durata: 5

Raccolta dati

Inizio: 11/09/17
Fine: 22/09/17
Durata: 10

Analisi dati

Inizio: 25/09/17
Fine: 02/10/17
Durata: 6

Valutazione critic...

Inizio: 02/10/17
Fine: 10/10/17
Durata: 7

Audit

Inizio: 04/09/17
Fine: 19/02/18
Durata: 121

Analisi dei requis...

Inizio: 06/11/17
Fine: 13/11/17
Durata: 6

Revisione della le...

Inizio: 11/09/17
Fine: 21/10/17
Durata: 30

Pianificazione de...

Inizio: 23/10/17
Fine: 04/11/17
Durata: 10

Realizzazione de...

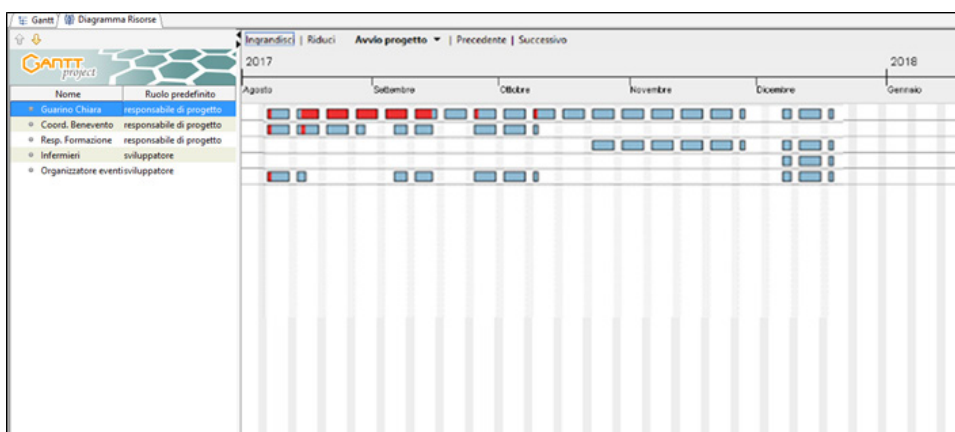
Inizio: 15/11/17
Fine: 02/12/17
Durata: 13

Somministrazione...

Inizio: 04/12/17
Fine: 09/12/17
Durata: 5

Formazione del p...

Inizio: 10/01/18
Fine: 19/02/18
Durata: 29



pratica organizzativa delle competenze non tecniche. Le misure di valutazione utilizzate sono ottenute grazie ad un monitoraggio procedurale continuo attraverso l'utilizzo di strumenti come il de-briefing, audit, utilizzo di check-list etc...

Processo:

1. Coordinamento ed integrazione delle figure. I risultati attesi, sono quelli di una corretta comunicazione tra tutte le figure coinvolte nel processo di assistenza nel fine vita. Le misure di valutazione utilizzate sono quelle ottenute grazie a corsi di formazione residenziali e simulazioni di casi clinici con valutazione finale.
2. Riduzione dell'insoddisfazione professionale. I risultati attesi in questo caso, sono relativi più che alla riduzione dell'insoddisfazione del personale (poco attendibile poiché valutazione molto complessa da rilevare) alla riduzione del tasso di malattia (da alcuni studi sinonimo di benessere organizzativo) e incremento nella partecipazione a corsi di aggiornamento. I criteri di valutazione sono facilmente attuabili grazie alla consultazione dei turni forniti dal coordinatore e dalle iscrizioni ai corsi.
3. Riduzione del rischio clinico. I risultati attesi, sono quelli relativi alla diminuzione degli errori. Le misure di valutazione si ottengono grazie alla valutazione degli eventi accidentali rilevati attraverso apposite schede anonime riportanti l'accaduto.

Esito (output e outcome):

1. Soddisfazione del paziente e dei familiari. I risultati attesi sono relativi alla qualità della vita del paziente e dei familiari coinvolti nel processo assistenziale. Le misure di valutazione derivano da test somministrati ai pazienti e ai loro familiari durante l'arco del ricovero.
2. Modificazione dei processi sulla base di valutazione con audit. I risultati attesi sono relativi alla dinamicità del processo in atto. Di fatti, attraverso la valutazione con schede di audit, è possibile identificare gap, anche a distanza, dall'applicazione delle competenze non techni-

che all'interno del processo assistenziale.

Conclusioni

La principale mission di questo progetto di miglioramento è scoprire le preferenze tra la formazione delle competenze tecniche e la formazione delle competenze non tecniche (NTS) tra gli infermieri dell'hospice San Bartolomeo di Martina Franca. Tra i vari professionisti del settore sanitario, gli infermieri svolgono un ruolo molto importante in quanto rappresentano il primo punto di contatto per i pazienti, con relativa responsabilità legata all'effetto significativo dell'opinione del paziente circa la struttura data l'evoluzione sempre più clientelare dell'assistenza. In maniera rilevante, come abbiamo visto in letteratura, l'utilizzo delle competenze non tecniche permette agli infermieri di prevenire errori in sanità e di ottenere maggiore soddisfazione nei pazienti. Tuttavia, anche se le competenze non tecniche giocano un ruolo importante nella professione infermieristica, esse, singolarmente non riescono a garantire il pieno successo, a meno che non siano accompagnate dalle competenze tecniche. È evidente che il tutto risulta essere influenzato in maniera importante dall'utilizzo della tecnologia all'interno della struttura. La rapida crescita tecnologica ha permesso agli infermieri di ridurre i tempi legati all'assistenza e di fornire dei trattamenti accurati portando una maggiore attenzione delle aziende verso la formazione legata alle competenze tecniche rispetto a quelle non tecniche. Questo modello vuole rappresentare il primo passo verso una riprogettazione del sistema formativo per il miglioramento continuo delle prestazioni, della soddisfazione lavorativa e riduzione del rischio clinico. La formazione efficace è essenziale ed è raggiunta quando alle competenze tecniche vengono affiancate le NTS al fine di garantire un piano assistenziale di qualità soprattutto in un ambiente legato alle cure di fine vita dove, sulla professione infermieristica, gravano emozioni e situazioni particolari legate a diversi fattori che portano a sviluppare fenomeni di compassione



ed empatia con impatto significativo nel fornire il servizio assistenziale. Lo studio potrebbe essere ulteriormente migliorato aumentando il campione dei soggetti intervistati. Lo studio potrebbe anche

comprendere al suo interno altri operatori sanitari come i medici, psicologi, ecc.. che giocano anche loro un ruolo significativo nel fornire un servizio di qualità efficiente e produttivo.

C
I
A
O

A
L
E
S
S
A
N
D
R
A



*Ci manchi,
ci manca il tuo coraggio,
la tua voglia di vivere,
il tuo combattere anno dopo anno per dieci
anni contro quel male che tentava di
risucchiarti e che alla fine l'ha avuta vinta
sulla tua determinazione.
Siamo stati privati di qualcosa di prezioso,
una ragazza di appena 32 anni, che non ha
esitato a parlare di quel Mostro, ad apparire
insieme ad altre "combattenti" come lei sul
calendario per gridare il bisogno
di non arrendersi MAI.
Sarai sempre con noi,
sarai la porta bandiera del coraggio e dei
valori.*

CORSO GRATUITO

Riservato iscritti IPASVI Taranto

Destinato a 200 Infermieri

25 Infermieri pediatrici

25 Assistenti Sanitari

Iscrizioni On Line www.ipasvitaranto.com

(a partire dalle h. 10.00 di martedì 21 novembre 2017)



IPASVI TARANTO

"... un'attenzione specifica al gruppo di lavoro costituisce supporto ma anche diritto per pazienti e operatori con evidenti implicazioni etiche, umane e pratico assistenziali".

Dott.ssa Barbara Mangiacavalli
Presidente FNCI

"... che i curanti abbiano bisogno di cura è tema antico.... la cura e il prendersi cura rischia di logorare le riserve psichiche e morali di una persona".

Prof. Sandro Spinsanti
Fondatore e Direttore dell'Istituto
Giano per le Medical Humanities
Roma

*"... l'assistenza è una retta;
l'assistenza infermieristica è una semiretta o, forse, un segmento...
assistenza è l'infinita pazienza di ricominciare".*

Prof. Edoardo Manzoni
Direttore Istituto Palazzolo
Bergamo

*"... la vista era offuscata dalle lacrime...
come se fosse pioggia... era lui... il
guaritore infortunato".*

Dott. Pio Lattarulo
Dirigente Professioni Sanitarie
ASL Taranto

Collegio IPASVI Taranto
74121 Taranto Via Salinella 15
www.ipasvitaranto.com
+39 099 4592699
info@ipasvitaranto.it



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

La cura dei curanti

martedì **19 dicembre 2017**

ore **14.00-20.30**

Università degli Studi di Bari
Facoltà di Giurisprudenza
Via Duomo (Città Vecchia) Taranto



Evento n. 3687
ECM 2.1

ABSTRACT

SOGGETTO DISPENSATORE DI CURE

Dott.ssa Barbara Mangiacavalli

Solitamente consideriamo il lavoratore del settore di cura della persona come un soggetto dispensatore di cure, che risponde ai bisogni dei suoi assistiti, senza aver bisogno di attenzioni. La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori del settore di cura della persona ha come obiettivo anche quello di diminuire il rischio di conflitti nei reparti di lavoro. In tal senso il gruppo di lavoro nelle professioni di cura rappresenta un riferimento per l'operatività e l'efficienza di ogni suo componente e per questo va sostenuto dal management aziendale.

Riservare un'attenzione specifica al gruppo di lavoro costituisce quindi non solo un supporto utile alla funzionalità operativa, ma anche un diritto (dei pazienti e degli operatori, per poter lavorare serenamente), con evidenti implicazioni etiche umane prima ancora che pratico-professionali.

IL GUARITORE FERITO

Prof. Sandro Spinsanti

Che i curanti abbiano bisogno di cura è tema antico. Affonda le radici nel mito del centauro Chirone, a cui viene fatta risalire l'arte medica. La narrazione mitologica sottolinea il paradosso di un guaritore, ferito a sua volta, che non può guarire se stesso. All'immagine del guaritore ferito si è fatto ricorso in diversi contesti. Il più frequente è quello del particolare peso connesso con la cura, che può indurre la sindrome del burn out. La cura, e soprattutto il prendersi cura, rischia sovente di logorare le riserve psichiche e morali della persona che vi si dedica, così da provocare un pericoloso cortocircuito. Anche l'esercizio della medici-

na in situazioni acute può indurre un'emorragia di risorse interiori, quando è accompagnato da frequenti fallimenti o espone in modo particolarmente crudele al dolore altrui (pensiamo all'oncologia pediatrica...). Tutto ciò fa parte integrante della medicina di sempre e presumibilmente non potremo eliminarlo neppure dalla medicina di domani. Eppure questo particolare gravame non ha mai dissuaso i migliori, tra gli uomini e le donne di ogni epoca, dal dedicarsi alla guarigione dei malati: come medici, infermieri, psicologi, riabilitatori, assistenti sociali.

Oggi, tuttavia, ciò che affligge i curanti si presenta con alcune caratteristiche diverse rispetto al passato. I guaritori devono essere guariti, oltre che dalla ferita permanente intrinseca all'arte sanitaria, dalla ferita contingente inflitta dalla modernità. Ciò comporta l'obbligo di trascendere l'etica ippocratica tradizionale, caratterizzata dal paternalismo, per approdare a un'etica che riconosca i diritti delle persone malate. Compreso il diritto di essere curato in modo che rispetti e valorizzi l'autonomia della persona e favorisca l'autodeterminazione.

LA RICERCA DI UN TEMPO DI SENSO NEL QUOTIDIANO

Prof. Edoardo Manzoni

L'assistenza è una retta; l'assistenza infermieristica è una semiretta o, forse, un segmento: questa immagine geometrica racconta lo svolgersi dello *stare vicino* nella storia dell'uomo in una dimensione temporale. In essa abbiamo un passato, un presente, un futuro.

Guardare con lo sguardo storico i fenomeni scientifici quali l'assistenza infermieristica – che hanno una origine culturale - non è facile. In essi il tempo di Kronos manifesta tutti i suoi limiti e apre la necessità di leggere il tempo come Kairos.



L'assistenza infermieristica non ha un tempo ma è essa stessa un tempo.

“L'essenza dell'Esserci consiste nella sua esistenza”, affermava Heidegger¹.

Assistere è Esserci. Assistenza infermieristica è scienza che permette all'Esserci di aprirsi al futuro ed evolvere. Creare con l'altro e per l'altro *“uno spazio propriamente umano, o meglio umanizzato, una creazione che è parte della creazione propriamente umana”*².

L'assistenza infermieristica non ha un tempo ma è essa stessa un tempo³.

Il passato, il presente e il futuro perdono la loro dimensione del prima, il durante e il dopo per divenire un frat-tempo. I gesti di cura, sono frattempi di eternità.

Essa parte dalla cronologia ma diventa un tempo di eternità che non conosce le ore, ma gli attimi.

Questa nozione rimonta a Platone: *“l'attimo – egli diceva – sembra che indichi ciò che fa da transizione tra due mutamenti inversi. () La natura un po' strana dell'attimo si asside nel mezzo tra la quiete ed il moto pur non essendo esso nel tempo e lo fa essere il punto di arrivo e di partenza di ciò che si muove verso lo star fermo e di ciò che sta fermo verso il muoversi”*⁴. In altri termini, per Platone l'attimo non è né il tempo né l'eternità, né il movimento né la quiete, ma sta in mezzo ad essi e costituisce il loro punto di incontro.

Questo è il tempo di analisi storica dell'assistenza infermieristica: il frat-tempo, l'attimo, il Kairos. La storia dell'assistenza e assistenza infermieristica è una storia di attimi.

Assistenza e assistenza infermieristica divengono così due rotaie dello stesso binario, compenstrate ma distanti. L'assistenza infermieristica è una disciplina scientifica che si realizza, nelle

1 M Heidegger, *Essere e tempo*, (1927) 2011, Mondadori pag125

2 M.Zambrano, *La vita nelle Aule in Per l'amore e per la Libertà*, Marietti, Genova, 2008

3 Cfr. E.Manzoni, *Le radici e le foglie. Una visione storico-epistemologica della disciplina infermieristica*, CEA, 2016

4 Platone, *Parmenide*, 156d

dimensioni spazio-temporali, in una professione ma che mantiene la sua nuce di senso entro le radici dell'assistere.

Ma cosa lega il presente al passato ? cosa lega Kronos a Kairos? Quali legami oggi tra una disciplina infermieristica così articolata e sofisticata e l'assistere dell'uomo? Quale radice identitaria su cui poggiare conoscenza ed ideale di servizio? Quale relazione tra passato, presente, futuro ? Una particella “ri”.

Assistere è l'infinita pazienza di ricominciare. Ogni giorno, ripartire da capo. E la dove ti eri seduto, rialzarti. Salpare a ogni alba verso isole intatte. Ma non per giorni che siano fotocopia di altri giorni, non giorni del passato ma giorni del presente e del futuro. E utilizzare gli ostacoli per aprire le finestre dell'intelligenza, contro ogni abitudine.

Le parole più caratteristiche dell'assistere infermieristico cominciano tutte con il prefisso “ri”, due sole lettere per dire “da capo”, “ancora”, “di nuovo”, “un'altra volta”. Sono le parole ricominciare, riabilitare, risollevarsi, rinascita, rifocillare, rinnovare, rimanere,

E' quella piccola sillaba “ri” che dice che nulla è già fatto e visto, che c'è un sogno nuovo, pur nella quotidianità del tempo.

L'assistenza infermieristica è storia di preventivi e mai di consultivi: questo “ri” è una nuova avventura anche nelle medesime procedure, nei consolidati protocolli, nelle migliori linee guida.

Nella più assoluta e evidente scienza gli infermieri hanno avuto ed hanno la passione di unirsi, il desiderio di contaminazione con la persona che prendono in carico, creando legami. L'infinito senso di trascendenza della disciplina infermieristica muove dalle relazioni buone.

Una relazione di scienza e coscienza, senza nessuna divisione ammessa, laddove, nel XXI° secolo, questa piccola congiunzione “e” rimane la chiave esplicativa del rapporto epistemico. Nessuna contrapposizione tra scienza e ideale di servizio ma, semmai, grande coinvolgimento reciproco per comprendere come lo sviluppo del



percorso scientifico possa avere relazione col vivere dell'uomo.

Andare in casa della gente per avviare processi, per iniziare percorsi, per un primo passo verso l'alterità, anche fosse solo un passo. Lo spazio conta più del tempo. Se compi un passo verso l'infinito, non importa quanto tempo ci metterai.

Già Aristotele diceva "la vita è movimento"⁵.

L'infinita pazienza di ricominciare indica anche un secondo punto di vista che è topos dell'assistenza infermieristica. Accettare la fragilità propria e la fragilità dell'altro. Oggi rischiamo di vivere un nuovo riduzionismo che definisce la fragilità come deficit. E' pericolo forte. La fragilità è, unitamente alla dignità, sacra caratteristica della dimensione ontologica dell'Uomo e condizione fondante di interdipendenza che giustifica lo stesso concetto di assistenza.

Da Nietzsche fino a Agostino, la fragilità è la migliore caratteristica che ci definisce e situa nell'universo.

L'assistenza e l'assistenza infermieristica trovano la loro radice storica in questo continuo nuovo inizio di generazione.

Proviamo a definire alcuni atteggiamenti che meglio specificano questo ricominciare e che sono versamente tipici delle cure territoriali. Essi sono: vedere, fermarsi, toccare.

Vedere; vedere le ferite dell'altro e da esse lasciarsi ferire. Per vedere bisogna aprire gli occhi, i nostri occhi ricchi di passato sul presente. E' interessante come la parola ebraica 'ayin (occhio), significhi anche sorgente. Se apro gli occhi si aprono sorgenti, in me e negli altri. Uno sguardo giudicante paralizza e separa, mentre uno sguardo assistenziale, dissepellisce sorgenti negli altri, definisce voglia di aiuto, talenti, futuro.

Non si può assistere chiudendo gli occhi dell'abitudine, adducendo a pretesto l'esperienza e la routine o la capacità tecnica e tecnologica; ogni volta che ci chiniamo navighiamo nell'altro e scopriamo semi che nel gonfiarsi della terra esplodono nel gesto assistenziale.

5 Aristotele, Metafisica, 16, a-b

C'è un solo modo per conoscere le persone di cui ci facciamo carico. Guardare gli altri a millimetro di viso, di occhi, di voce, e non da lontano. Recuperare ed acquisire uno sguardo che sappia vedere le ferite, ben sapendo che nessun uomo coincide con esse.

Sguardi di attimi, di frat-tempi che non richiedono altri tempi se non quelli dell'evidenza scientifica. Fermarsi; fermarsi per aspettare la propria anima. Fermarsi nell'attimo di Kairos, non nel tempo di Kronos. Fermarsi perché il tempo è in noi e non fuori di noi. Dire un semplice "grazie", dare un "buongiorno", è fermarsi ed aspettare la propria anima. Fermarsi addosso alla vita, vita che è fatta di persone, perché la vita – anche professionale – non ha un senso prestabilito, né senso vietato né senso obbligato. E se non ha senso, vuol dire che va in tutti i sensi e che trabocca di senso e tutto inonda. Per un infermiere toccare una persona è una inondazione, la sintesi perfetta della scienza e della coscienza. Le discipline sanitarie vogliono spesso piegare in una direzione o l'altra la vita; e allora la vita fa male. Solo l'assistere sa andare oltre la logica e capire anche il senso di ciò che non ha senso logico.

Toccare; Esso è il più antico gesto assistenziale. E' il luogo di relazione dell'infermiere. Toccare per lasciarmi coinvolgere, per contaminarmi. Per vivere di un "con".

Tutti i verbi assistenziali sottendono un con-tatto, con me e con gli altri.

Il tatto è il modo più intimo, che avvicina, allontana, ferisce e ama. E tutto nel contempo.

Toccare è superare la imperversante sklerokardia, l'impietramento del cuore, l'impossibilità di lasciarsi contaminare dall'altro.

Una bella metafora di Martin Heidegger dice che l'uomo è un'isola. La mia vita è come un'isola, io la percorro tutta, la spiaggia, i promontori, le insenature, e quando ho terminato il periplo dell'isola e torno al punto di partenza, mi accorgo di una cosa: che là dove finisce l'isola comincia l'oceano. Che il confine dell'isola è l'inizio dell'infinito. E' altro. E l'oltre.



Questa è stata la straordinaria storia dell'assistenza e dell'assistenza infermieristica: millenni di scoperta di infiniti oceani di alterità.

Vedi, fermati e tocca. Le persone così non potranno essere declassate a problema, ma diventeranno fessure di infinito.

L'INFORTUNIO DEL GUARITORE

Prof. Pio Lattarulo

Guardare il cielo sdraiati, permette di ottenere una visuale completamente differente. L'angolazione è molto più ampia, si può contemplare lo spazio infinito, si

può scegliere di orientare al meglio lo sguardo senza per questo doversi voltare come se si fosse in piedi. Se si è sdraiati però, vuol dire che forse si è caduti, ci si è in qualche maniera infortunati. Ed allora occorre un guaritore. Ma se fosse il guaritore ad essere infortunato? Potrà forse un altro guaritore tendere la mano ad un suo simile infortunato? Sarà suo dovere etico e morale segnalare la condizione, in assenza di un rifiuto alla mano tesa? Questioni complesse per affrontare le quali si proporranno una serie di riflessioni in ordine al tempo, all'esperienza, alla gestione delle emozioni e dei sentimenti, alle considerazioni sui valori personali e professionali.

Sanità FLASH

Stanziati 60 milioni di euro l'anno per il taglio del superticket

Lo prevede un emendamento alla manovra a firma Luciano Uras (Misto - Campo progressista) approvato in commissione Bilancio al Senato.

La modifica punta a "consentire una maggiore equità e agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte delle persone più vulnerabili, e per il superamento delle misure di prelievo economico meno tollerate dai cittadini-utenti, soprattutto quelli in condizioni di basso reddito, a decorrere dal 10 gennaio 2018, nello stato di previsione del ministero della Salute, è istituito un Fondo per la riduzione della quota fissa sulla ricetta pari a 60 milioni annui, 180 milioni nel triennio".

Regione Puglia

È partito anche nel comune di Crispiano il Programma di screening per la Prevenzione Cardiovascolare e di Salute Respiratoria, attivato dal Dipartimento di Prevenzione della Asl di Taranto. Le lettere saranno consegnate a uomini e donne di età compresa tra i 40 e i 60 anni. Tale programma era partito nel 2015 ed era rivolto solo ai residenti nei quartieri Tamburi, Borgo e Paolo VI di Taranto e ai residenti nel comune di Statte, comunità che vivono maggiormente le emergenze ambientali e sanitarie.

Come si svolgerà lo screening. All'esito di queste visite, qualora ci dovessero essere parametri "non in linea", verranno predisposti degli approfondimenti di tipo cardiologico o di tipo pneumologico, da effettuarsi nelle strutture sanitarie e ospedaliere di Taranto. Qualora le anomalie emerse dalle indagini di screening dovessero riguardare solo il peso, sarà possibile anche effettuare una visita con un nutrizionista o con una psicologa della Asl. Tutte queste attività sono esentate dal pagamento del ticket e quindi totalmente gratuite.



Precari: superato il precariato nella sanità pubblica che conta ad oggi 37.500 precari, di cui 10.000 dirigenti

Qualche settimana fa, a ridosso della sentenza della Corte europea, il ministro Madia ha firmato la circolare applicativa del Dlgs 75 che stoppa nuovi rapporti flessibili e dà il via al piano di stabilizzazione, chiarisce che per il personale medico, tecnico-professionale e infermieristico del Ssn restano comunque in vigore anche le norme della finanziaria 2016 che ha previsto i contratti di assunzione straordinaria prorogati al 31 dicembre 2019.

Il testo firmato impone anche il divieto di riproporre nuovi contratti di tipo precario per il futuro consentendo solo le cosiddette “collaborazioni genuine e ribadendo che le amministrazioni bisognose di ricorrere a tipologie di lavoro flessibile dovranno privilegiare, per il reclutamento speciale, “l'utilizzo di risorse di turn over ordinario nel rispetto del principio dell'adeguato accesso dall'esterno”.

Nello specifico per il personale medico, tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale, dirigenziale e non, la circolare prevede che “in quanto personale direttamente adibito allo svolgimento delle attività che rispondono all'esigenza, prescritta dalla norma, di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, è consentito il ricorso anche alle procedure di cui all'articolo 20 e, per il personale tecnico-professionale e infermieristico, il requisito del periodo di tre anni di lavoro negli ultimi otto anni, previsto dall'articolo 20, commi 1 lettera c) e 2, lettera b), può essere conseguito anche presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale”.

Cassazione Lavoro Ordinanza n 27799/2017

La Cassazione Lavoro con l'Ordinanza n 27799/2017 ha accolto le richieste economiche di un infermiere di “percepire la retribuzione maturata per il tempo utilizzato per la vestizione (e la svestizione) della divisa aziendale e per dare (e ricevere) le consegne all'entrata e (all'uscita) del proprio turno.

La Cassazione gli ha dato ragione perché ci sono “comportamenti integrativi e strumentali all'adempimento dell'obbligazione principale, i quali appaiono funzionali ai fini del corretto espletamento dei doveri deontologici della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale”

Casa Della Salute a Castellana

“Dal 1 dicembre l'ambulatorio medico per le vaccinazioni si trasferisce nella Casa della Salute di via Francesco Valente, dove troveranno posto anche gli uffici della Asl e la guardia medica di Castellana Grotte con la razionalizzazione e l'efficientamento della rete sanitaria territoriale, evitando così la dispersione dell'assistenza sul territorio, quindi strumento utile a garantire ai cittadini certezza ed efficacia delle cure”.

L'INTE Tracheoaspi

Nurse24.it

Il parere della Presidente del Collegio IPASVI di Taranto



La tracheo-aspirazione è una procedura invasiva che non può essere acquisita con un semplice corso di due giorni ed una prova pratica. Così Benedetta Mattiacci, presidente del Collegio Ipasvi di Taranto, intervistata sulla questione del corso di abilitazione alla tracheoaspirazione indirizzato anche agli Oss. “Come Collegio – afferma Mattiacci - non abbiamo una funzione di censura e di ispezione ma, qualora si ravvedesse una formazione non congruente al ruolo saremmo chiamati a segnalare gli organizzatori del corso, naturalmente su segnalazione dei corsisti”.

Tracheoaspirazione è manovra infermieristica

Dopo la nostra denuncia sul corso di abilitazione alla tracheoaspirazione per Oss e caregiver, realizzato nell'ambito di un evento Ecm, e dopo la pubblicazione della replica da parte del direttore scientifico del corso, arriva anche la risposta da parte del Collegio provinciale dell'Ipasvi di Taranto, ente di competenza dell'area in cui nasce il corso. Nessuna risposta ancora invece da parte dell'Ipasvi nazionale a cui Nurse24.it aveva prontamente inviato una segnalazione. A rispondere alle nostre domande è direttamente **Benedetta Mattiacci, presidente Ipasvi Taranto.**

Un evento ecm che abiliterebbe oss e caregiver alla tracheo-aspirazione. Non si tratta di una procedura invasiva ad alta complessità che dovrebbe poter fare solo un medico o un infermiere?

“La tracheo-aspirazione è una procedura invasiva. Consiste nell'aspirazione delle secrezioni endotracheali a mezzo di una canula tracheostomica inserita tramite intervento chirurgico ad alto rischio di infezione e se non eseguita correttamente ed in linea con competenze acquisite opportunamente, può arrivare a mettere a repentaglio la vita del paziente, solitamente immunodepresso. Ben definiti i professionisti della salute vale a dire, medici ed infermieri. Per il personale non sanitario sono necessari una serie di requisiti dettati dall'accordo Stato-Regioni del 2001. I requisiti sono i seguenti:

1. Manovra dietro prescrizione medica, esclusivamente da “Soggetti addestrati e formati” con una formazione ad hoc, certificata, periodicamente verificata ed aggiornata (l'oss ad oggi non ha dovere di formazione in ambito Ecm, pur previsto dal codice deontologico oss).
2. La formazione deve essere erogata da personale del Servizio Sanitario Nazionale operante nella struttura che ha in carico il paziente.



RVISTA

razione e Oss

3. Il nominativo del destinatario della formazione, quando completata, è annotato nel fascicolo del paziente e solo nei confronti di questo il soggetto formato potrà svolgere la tracheo-aspirazione, in autonomia. Questo soggetto formato ad hoc è il caregiver, di solito un parente o una persona dedicata. L'oss è l'operatore che collabora con i professionisti - infermiere, assistente sociale, ecc. nelle e con le proprie funzioni, nonché secondo la formazione ricevuta. L'OSS in autonomia realizza:

- Parametri vitali (peso-altezza, temperatura corporea, non già il rilievo della pressione arteriosa)
- Assistenza diretta e aiuto domestico-alberghiero
- Interventi igienico-sanitario di carattere sociale
- Supporto gestionale al professionista della salute

Naturalmente l'attribuzione di incarico delle funzioni è da parte e sotto la responsabilità dell'infermiere. Quindi l'oss non è abilitato alla tracheo-aspirazione per i motivi già chiariti in precedenza”.

Come è possibile che un corso di due giorni più una prova pratica possa rilasciare un certificato tanto importante?

“La pratica in questione, ripetiamo, è altamente invasiva, esistono protocolli infermieristici ad hoc, non può essere acquisita con un semplice corso di due giorni ed una prova pratica. Il corso può avere al massimo carattere informativo, non già formativo. Obbligo senza attenuanti è per i professionisti della salute la tutela del paziente, della persona e l'esecuzione ottimale delle prestazioni, esecuzione ottimale che si acquisisce in un itinerario formativo e lavorativo non certo di breve durata”.

L'Ipasvi è a conoscenza di questo corso? Sembra che si tratti della seconda edizione. La prima di maggio, a detta della segreteria organizzativa, è stata un successo

“Pur se il corso in questione pare debba svolgersi a Taranto, a questo Collegio non è giunta alcuna comunicazione né dell'attuale né della precedente edizione. Consideriamo, come già detto, che la pratica è di competenza infermieristica ma nessun nostro iscritto ha segnalato l'esistenza e la partecipazione a questo evento”.

Come intende agire l'IPASVI nei confronti di questo provider e del Direttore scientifico del corso?

“L'Ipasvi tutela la professione infermieristica ed è consapevole che a rigor di logica un corso di due giorni rappresenta il nulla senza il supporto di quel bagaglio di conoscenze-competenze-professionalità che gli infermieri già posseggono per ruolo istituzionale. Quanto alle azioni nei confronti di provider e Direttore scientifico del corso, noi IPASVI non abbiamo una funzione di censura e di ispezione ma, qualora si ravvedesse una formazione non congruente al ruolo saremmo chiamati a segnalare gli organizzatori del corso, naturalmente su segnalazione dei corsisti”.





PROFESSIONISTI PER L'ITALIA è un'Alleanza aperta fondata da
 CUP - Comitato Unitario Permanente degli Ordini e Collegi Professionali
 RTP - Rete delle Professioni Tecniche e Scientifiche

10 motivi per cui nasce PROFESSIONISTI PER L'ITALIA

- 1 Le professioni Italiane rappresentano una risorsa strategica per il Paese, in termini di tutela dei diritti dei cittadini, cultura, competenze, garanzie di legalità.
- 2 I professionisti italiani aderenti ad ordini e collegi sono oggi 2,3 milioni.
- 3 I professionisti sono giovani: il 40% degli iscritti ha meno di 45 anni di età.
- 4 I servizi professionali producono l'11% del P.I.L. Italiano.
- 5 I professionisti contribuiscono attivamente all'evoluzione tecnologica del Paese e della Pubblica Amministrazione garantendo alla collettività prestazioni di qualità.
- 6 I professionisti, nel dettato della Costituzione Italiana, improntano il loro operato al rispetto dei principi etici contenuti nei codici deontologici delle singole categorie, che esprimono regole comuni di legalità, rispetto e tutela dell'ambiente e della collettività.
- 7 Attraverso le loro Casse di Previdenza, le professioni rappresentano un esempio virtuoso di costruzione di un sistema pensionistico autonomo ed efficiente, con i conti in equilibrio, in grado di garantire un welfare sostenibile.
- 8 Le professioni costituiscono uno dei canali più qualificati di accesso al mondo del lavoro e un freno alla fuga dei cervelli italiani all'estero.
- 9 La diffusione capillare dei professionisti su tutto il territorio nazionale garantisce la prossimità ai cittadini, ai loro problemi e alle loro aspettative, svolgendo un'essenziale mediazione con la Pubblica Amministrazione ed i grandi gruppi economici.
- 10 Rafforzare le professioni, ascoltarne i suggerimenti tecnici, valorizzarne la funzione sussidiaria vuol dire, nel rispetto dei Valori Costituzionali, dare voce alle istanze dei cittadini del nostro Paese.

Gli impegni comuni che caratterizzeranno l'azione di PROFESSIONISTI PER L'ITALIA

INSIEME PER IL FUTURO DEL NOSTRO PAESE

È il motto con cui l'Alleanza "Professionisti per l'Italia" intende caratterizzare e coordinare l'azione politica e istituzionale al fine di rappresentare unitariamente esigenze, sensibilità e aspettative dei cittadini e del mondo professionale, nel principio della tutela più ampia della collettività.

IL FUTURO AI GIOVANI

È un preciso impegno a tutelare il futuro dei giovani italiani che scelgono di diventare professionisti e ai quali va garantita la possibilità di esercitare la loro attività con coscienza, indipendenza, soddisfazione, prospettive di crescita ed equo compenso.

PIÙ TUTELE PER I CITTADINI

Attraverso un costante impegno alla formazione continua dei loro iscritti, al rispetto delle norme etiche e dei codici deontologici, alle garanzie per i committenti, le professioni italiane rappresentano un costante presidio di tutela dei diritti dei cittadini. Infatti, le prestazioni dei professionisti si distinguono da altri servizi per una decisa caratteristica: garantire sempre la soluzione di un problema sulla base di un sapere che esplica un contenuto creativo o inventivo. La prestazione intellettuale, per sua natura, non può mai essere considerata una semplice prestazione tecnica, ripetitiva e applicativa.

LA SUSSIDIARIETÀ COME SCELTA DI SEMPLIFICAZIONE E INNOVAZIONE

La funzione sussidiaria delle professioni costituisce la sfida su cui costruire un vero percorso di semplificazione ed efficienza dell'attività della Pubblica Amministrazione e uno stimolo concreto al progresso e alla modernizzazione delle istituzioni del Paese.

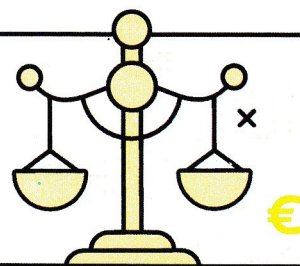
ECONOMIA, LAVORO E SVILUPPO – FATTORI NON INDIPENDENTI

Com'è sancito dall'articolo 1 della Costituzione Italiana, "tutti i cittadini hanno diritto ad un lavoro e a poter vivere in condizioni dignitose". L'apporto dei professionisti alla crescita e allo sviluppo del Paese, anche in termini di proposizione di misure legislative che possano favorire la ripresa dell'economia, l'ammmodernamento delle infrastrutture, il miglioramento della qualità della vita nelle nostre città, gli investimenti in economia reale, è condizione imprescindibile per l'individuazione di soluzioni efficaci e strutturali. La prestazione intellettuale di qualità è di rilevante interesse pubblico in quanto genera plusvalore economico e sociale.

L'EURO COMPENSO COME GARANZIA DI EGUAGLIANZA E DI EQUITÀ

Tutti i cittadini sono uguali di fronte alla legge, soprattutto se si tratta della Costituzione del nostro Paese. I professionisti sono lavoratori come tutti gli altri e come tali devono vedere riconosciuto il diritto a trarre, dal loro lavoro, l'equo compenso per le prestazioni professionali rese. Eguaglianza ed equità, nella definizione dei compensi, sono il giusto riconoscimento di prestazioni professionali di qualità, indispensabili e irrinunciabili per i cittadini nel loro complesso e, in particolare, per i ceti sociali più deboli. L'approvazione dell'equo compenso è un obbligo morale prima di tutto nei confronti dei cittadini, in quanto presupposto fondamentale per garantire una concorrenza che abbia come riferimento primario la qualità della prestazione intellettuale e l'interesse pubblico ad essa connesso. Le attività che, implicando una competenza intellettuale, sono dirette alla produzione di atti, opere e servizi, che risultano in grado di incidere su interessi e valori della collettività, devono essere assoggettati ad un sistema di regole tese ad assicurare la qualità della prestazione, contemperando il principio di competizione con l'esigenza di tutela della collettività.

equocompenso.info



28 NOVEMBRE

Elenco laureandi Infer



ALBANESE Fabiana
ALOIA Maria Grazia
CARBOTTI Giuseppe [MM]
CAVALLO Federica
COLAUTTI Anna
CRISTOFARO Angelo [MM]
GELSO Federica
INTERMITE Francesco
LATILLA Angela
MANCINI Maria
MANISI Lucrezia
MARINO Ilaria
PUGLIESE Serena
ROMANO Simona
RUGGERI Roberta
TANDA Ivan
TORTORELLA Davide
ZUCCALA' Lucilla

AD MAIOR.
(Consiglio Direttivo e Col

LIBRE 2017 Premieristica Polo Jonico

BOTTARICO Iolanda
CALDAROLA Cristina
CAPUTO Stadio Daniela
DIAZ Melian Letizia
FERRANTE Domenica
LAMANNA Veronica
LOPARCO Cosimo
MATTEI Irina
MILANO Pasquale
MORETTI Sara
SCARINGELLA Viviana
SERVOLINO Serena
RIZZO Maria
SEBASTIO Valentina
SPONTELLA Alessia
TESSE Viviana
VITTI Rita



A SEMPER
(Collegio Revisori dei Conti)

STUDIO DI NUTRIZIONE UMANA

Dott. Andrea Urso

Biologo Nutrizionista Dietista per l'anno 2018 in convenzione con la federazione IPASVI riserverà ai propri iscritti la seguente convenzione

Prima consulenza con esame BIA (bioimpedenziometria) e dieta euro 50,00 al posto di 80,00

SERVIZI OFFERTI

Valutazione della composizione corporea (Massa Magra, Grassa e Acqua totale corporea) con Impe-
denziometria

Valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici

Educazione Alimentare

Elaborazione Diete Personalizzate (in condizioni fisio-patologiche accertate dal medico curante) per:
Sovrappeso e Obesità

Dislipidemie

Patologie dermatologiche

Celiachia e Intolleranza al lattosio

Età evolutiva

Programmi nutrizionali per Sportivi nelle varie discipline

Piani alimentari per Vegetariani

STUDIO DI MEDICINA ESTETICA

Dott. Paolo Rosati

Il dott. Paolo Rosati, medico estetico - Università degli studi Parma- riceve previo appuntamento in
Manduria(Ta) e Martina Franca (Ta)

Visite e controlli gratuiti

Su ogni trattamento si effettuerà il 20% di sconto

Per informazioni

328-8327166



FONDAZIONE BEATO NUNZIO SULPRIZIO

La Fondazione Beato Nunzio Sulprizio propone agli Infermieri iscritti al Collegio Ipasvi di Taranto uno sconto del 15% su tutte le prestazioni (esenti da IVA ai sensi del DPR 633/72, art 10).

Questi i servizi offerti.

Palestra di Riabilitazione per patologie neurologiche ed ortopediche con apparecchiature all'avanguardia - Terapia strumentale: elettroterapia, ultrasuoni, magnetoterapia, onde d'urto, human tecar, idroforesi, pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale, idrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso, laserterapia tradizionale, laser terapia con n.d.yag con hiro 3.0 - Fisiokinesiterapia: riabilitazione respiratoria, riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale), hydrokinesiterapia integrata all'hydri-fisio; ginnastica posturale (back school, pilates, patologie della colonna, pammorfismi e dismorismi del rachide), massoterapia, linfodrenaggio, rieducazione funzionale.

Per beneficiare dello sconto l'utente dovrà essere munito di tessera di riconoscimento e/o di appartenenza all'ente destinatario della proposta

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

FIT VILLAGE

Prezzi convenzionati per iscritti Collegio IPASVI Taranto

	PREZZI STANDARD	PREZZI CONVENZIONATI	
INGRESSO SINGOLO	5 €		SALA OPPURE CORSI
MENSILE	40 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	30 € + 10 €	SALA OPPURE UN CORSO A SCELTA
	45 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	35 € + 10 €	SALA & UN CORSO OPPURE DUE CORSI
	50 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	40 € + 10 €	SALA & DUE CORSI
TRIMESTRALE	110 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE) (SALDO ENTRO 15 GG)	90 € + 10 €	SALA & CORSI
ANNUALE	350 € (IN 3 RATE, SALDO ENTRO 3 MESI)	300 €	SALA & CORSI
YOGA	50 € / MESE	40 €	
BALLI CARAIBICI	35 € / MESE (3 GG / SETTIMANA)	25 €	

Corsi: GAG - Posturale - Pilates - Addominali & Stretch - Tribal Power - Body Tone



PIATTAFORMA 2018

Titolo Evento	Tipo Formazione	Inizio	Fine	Partecipanti
<u>CORSO AVANZATO RIVOLTO AGLI INFERMIERI COORDINATORI :VANTAGGI PER I CITTADINI, PER LE AZIENDE SANITARIE, PER LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA</u>	RES	1° trimestre 2018	1° trimestre 2018	60
<u>IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE STRUTTURE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE</u>	RES	1° trimestre 2018	1° trimestre 2018	40
<u>INFERMIERE E OPERATORE SOCIO SANITARIO. QUALE CAMBIAMENTO</u>	RES	1° trimestre 2018	1° trimestre 2018	80
<u>LE VACCINAZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI .DOMANDE E RISPOSTE AI PROFESSIONISTI CHE OPERANO IN SANITÀ</u>	RES	1° trimestre 2018	1° trimestre 2018	80
<u>RETI TERRITORIALI E PERCORSI CLINICO- ASSISTENZIALI NELL'EMERGENZA IMMIGRAZIONE</u>	RES	1° trimestre 2018	1° trimestre 2018	80
<u>COME FORMULARE UN PIANO DI ASSISTENZA: ACCERTAMENTO, DIAGNOSI INFERMIERISTICA, NOC, NIC</u>	RES	2° trimestre 2018	2° trimestre 2018	30
<u>CORSO BASE BLS-PT GESTIONE DELLE PRIME VIE AEREE</u>	RES	2° trimestre 2018	2° trimestre 2018	15
<u>CORSO BASE DI TRIAGE</u>	RES	2° trimestre 2018	2° trimestre 2018	25
<u>MANAGEMENT E PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE NEL WOUND CARE</u>	RES	2° trimestre 2018	2° trimestre 2018	80
<u>PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI IN ETÀ PEDIATRICA ,MANOVRE DI DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE E RIANIMAZIONE</u>	RES	3° trimestre 2018	3° trimestre 2018	40
<u>SIGNOR RENE' :VIAGGIO DI UN PAZIENTE NEFROPATICO</u>	RES	3° trimestre 2018	3° trimestre 2018	80
<u>STRUMENTI METODOLOGICI DELLA RICERCA INFERMIERISTICA QUALITATIVA NBN</u>	RES	3° trimestre 2018	3° trimestre 2018	80
<u>CURARE QUANDO NON SI PUÒ GUARIRE</u>	RES	4° trimestre 2018	4° trimestre 2018	80
<u>ECG E BUONE PRATICHE CLINICO- INFERMIERISTICHE: INTERPRETAZIONE COMPETENZE, RESPONSABILITÀ</u>	RES	4° trimestre 2018	4° trimestre 2018	60

Il nostro IMPEGNO...
... la vostra PARTECIPAZIONE