



OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

“La parola” a Noi online




OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

“La parola”
a Noi
online


Coordinamento 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

Cosimo Della Pietà - Viviana Di Pierro
Ilenia Leonetti - Deborah Iusco
Chiara Guarino - Roberta Berti
Anna Laura Tateo - Annamaria D'Urso
Cosimo Sferra - A.S.D. New Educane TA
Sara Tinelli - Pierpaolo Volpe
Monica Cardelicchio - Luca Bosco

Impaginazione e grafica

a cura di Francesco Paolo Caforio (RSI)

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



Questo periodico
è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Sommario

Editoriale	Pag. 3
Il nursing transculturale	“ 6
Protocollo d'intesa OPI TA/Alzaia	“ 13
I Care formazione	“ 14
Norme sulla privacy	“ 21
L'efficacia della Pet Therapy	“ 22
La storia del figlio della principessa	“ 26
Lotta al precariato	“ 33
Pervietà del CVC nei pazienti oncologici	“ 35
L'avvocato risponde	“ 40
L'ordine comunica / Programma scientifico	“ 42
Proposte e osservazioni	“ 44
Convenzioni	“ 56

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

Via Salinella, n. 15 - 74121 - Taranto

Telefono 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.opitaranto.it - info@opitaranto.it

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO

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

AVVISO

La redazione si 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.

Fase calda, quella attuale, per la sanità pubblica, in sicuro affanno, calda per la palese insoddisfazione dei cittadini, fruitori dei servizi, frustrati nelle aspettative e nei diritti. Evidente l'esigenza di una governance delle politiche della salute per la valorizzazione ed il rilancio. Necessaria una revisione della metodologia analitica per risposte ai bisogni della Sanità. Urgente eliminare la serie di discrasie e



Benedetta Mattiacci
Presidente OPI Taranto

disomogeneità nell'applicazione dei principi fissati dal DM 70/2015 alle quali le regioni tutte devono attenersi. Rammentiamo che il DM 70/2015 riguarda il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", contempla il taglio dei posti letto, ovvero la chiusura di reparti ed ospedali, contestualmente al potenziamento del territorio. La nostra Regione ha ottemperato all'obbligo di tagli e chiusure, non già al contemporaneo potenziamento del territorio.

In teoria, quindi, dovrebbe esistere un esubero di infermieri. Di fatto, dati recentissimi emersi nel corso dell'incontro Stato-Regioni parlano di un esubero di ben 1000 infermieri. Eppure le ASL denunciano tutte una carenza infermieristica. **Esuberato o carenza?**

"I conti non tornano", per cui non sarebbe il caso di verificare se i 1000 svolgono mansioni diverse da quelle per le quali sono stati assunti?

Una politica seria di tutela dei diritti non dovrebbe procedere ai debiti approfondimenti?

Finalità, la tutela dei diritti dei cittadini, degli infermieri disoccupati o precari e degli infermieri nelle strutture sempre e sistematicamente in affanno. Occorre recuperare la consapevolezza dello stato di fatto, per superare la diatriba tra esuberanti e carenze e quelle necessità oggetto di proposte inviate alla Regione Puglia dagli Ordini di Taranto, Lecce, Foggia:

- **abbattimento delle liste d'attesa, probabilmente legato a deficit di organizzazione** (gli OPI Taranto-Foggia-Lecce hanno formulato alcune proposte, che riportiamo in questo numero),
- **riqualificazione degli ospedali** (recentemente chiusi i PPI di Motola e Ginosà),
- **potenziamento delle cure primarie e dei servizi territoriali.**

e
d
i
t
o
r
i
a
l
e

In sintesi, a pioggia

- **garantire i LEA,**
- **interrompere il processo della mobilità passiva,**
- **creare un sistema ottimale di prestazioni sanitarie,**
- **realizzare standard di qualità in linea con le regioni avanzate.**

In questo mare magnum di obiettivi perseguiti e non realizzati o realizzati solo parzialmente, come vive la nostra professione?

L'infermiere ha fame di saperi, di affermare identità ed appartenenza, è disposto a sacrifici per coniugare lavoro e formazione, per un outcome ottimale, mentre sono in itinere cambiamenti a cominciare dal quadro epidemiologico, continuando con approcci preventivi e terapeutici non solo farmacologici, con interventi combinati psico-socio-ambientali, cambiamenti che richiedono il bisogno di quell'“alta formazione” dal Consiglio del nostro Ordine messa a punto con un lavoro, estremamente impegnativo, per portare esperti, figure di rilevanza nazionale ed internazionale, senza dimenticare gli esperti che abbiamo in loco, valore aggiunto.

Va ribadito, noi infermieri rivendichiamo il diritto a contesti lavorativi che esaltino il nostro valore, consapevoli che quello che siamo oggi dipende dal nostro percorso, dalla nostra storia, ma quello che saremo domani dipende da quello che stiamo e che sapremo costruire, da quello che trasmetteremo ai giovani colleghi, dovere etico oltre che professionale.

Si deve continuare con un percorso in crescendo, pur in contesti sanitari talora difficili, gravati da restrizioni economiche, con carichi di lavoro che non permettono una efficace ed efficiente organizzazione “*per tutelare i cittadini e allineare le rinnovate responsabilità degli infermieri, ridisegnando anche i modelli organizzativi*” (mozione finale del 1° Congresso FNOPI).

Auspicabile, altresì, procedere all'allargamento del perimetro di competenze, con percorsi qualificati di gestione ed implementazione di buone pratiche, di tecniche in linea con i nuovi scenari socio-sanitari.

Caparbiamente, andiamo avanti nella costruzione e nel rafforzamento di rapporti istituzionali con chi già conosce potenzialità e bisogni FNOPI.

Un quadro non semplice, dunque, di bisogni e aspirazioni, da conciliare.

*“Prendersi cura della persona
è la scelta dell'Infermiere...
prendersi cura dell'Infermiere
è tra i ruoli dell'Ordine”*

18 - 19 MAGGIO

29 - 30 GIUGNO

07 - 08 SETTEMBRE

05 - 06 OTTOBRE

1° CORSO DI ALTA FORMAZIONE TEORICO-PRATICO PER OPERATORI SANITARI CON INTERESSE PER CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Sala convegni Collegio OPI Taranto

PRIMO MODULO

SAPER ACCOGLIERE I MALATI E LE FAMIGLIE PER L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE

Venerdì, 18 maggio 2018 - dalle 9.00 alle 18.00
Sabato, 19 maggio 2018 - dalle 9.00 alle 13.00

TOPICS

- Grandi insufficienze d'organo "end stage"
- Simultaneous care in oncologia
- Assistenza domiciliare ai pazienti ematologici
- Posizionamento e gestione dei cateteri venosi
- La comunicazione medico-paziente
- Saper lavorare in equipe

FACULTY

FILIPPO AUCELLA (FG), ADRIANA BENEVENTO (TA), MASSIMILIANO BOCCUNI (TA), MARIANO BRUNI (TA), ANGELO CAPUTO (TA), ANTONIO CARNAZZA (TA), PATRIZIA CASAROTTI (TA), PIERO CERVELLERA (TA), CRISTINA CINTI (BO), CATIA FRANCESCHINI (BO), LORETO GESUALDO (BA), CLAUDIA LATERZA (BA), BENEDETTA MATTIACCI (TA), PATRIZIO MAZZA (TA), FABRIZIO MOGGIA (BO), EGIDIO MOJA (MI), SALVATORE MONTORSI (TA), LUCA MORONI (MI), VINCENZO PALMIERI (BA), SAVERIO PALUMBO (TA), ITALO PENCO (RM), ANNA SACCOMANNI (TA), MARIA FRANCESCA SORANNA (TA), SILVIA STRAGLIOTTO (PD)

SECONDO MODULO

PALLIATIVE CARE: PRENDERSI CURA DEL MALATO

Venerdì, 29 giugno 2018 - dalle 9.00 alle 18.00
Sabato, 30 giugno 2018 - dalle 09.00 alle 13.00

TOPICS

- Seminario intensivo sulla malattia dolore
- Principi di riabilitazione e fisioterapia nel paziente con progressiva perdita di autonomia e nel paziente allettato
- Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
- Gestione degli aspetti psico-relazionali e spirituali

FACULTY

MARIANO BRUNI (TA), VITA BRUNO (TA), PAOLA CONTE (TA), VINCENZO FALCO (BT), CLAUDIA LATERZA (BA), GAETANO MERCINELLI (TA), MICHELE MONTRONE (BA), ANTONIO PETROCELLI (TA), GIOVANNI PISAPIA (TA), ANTONIO RINALDI (TA), PADRE ANTONIO SALINARO (TA), LUCA SAVINO (BA), FABIANA TURCO (TA), VALENTINA VIGNOLA (PC), CRISTINA ZAPPALÀ (CT)

TERZO MODULO

PALLIATIVE CARE: PRENDERSI CURA DEL MALATO

Venerdì, 7 settembre 2018 - dalle 9.00 alle 18.00
Sabato, 8 settembre 2018 - dalle 9.00 alle 13.00

TOPICS

- Seminario intensivo sulla malattia dolore
- Parte Pratica sulla gestione dei cateteri vescicali, delle ureterocutaneostomie e delle stomie intestinali
- Indicazioni e Linee Guida in cure palliative

FACULTY

DONATO BARNABA (TA), ROBERTO BRUNDISINI (TA), MARIANO BRUNI (TA), CARMELA CAMARDA (TA), GIOVANNI DELL'ERBA (TA), IVANA FANIGLIULO (TA), MARGHERITA GIOIELLO (TA), CLAUDIA LATERZA (BA), MARIA LOPARCO (TA), GIACOMO LOSETO (BA), MARIA ANTONIETTA PERNIOLA (TA), ANTONIETTA PIGNATELLI (BR), MARIA SCARAFILE (TA), DONATELLA ZOLLINO (TA)

QUARTO MODULO

END OF LIFE PALLIATIVE CARE: LE CURE DI FINE VITA

Venerdì, 5 ottobre 2018 - dalle 9.00 alle 18.00
Sabato, 6 ottobre 2018 - dalle 9.00 alle 13.00

TOPICS

- Significato della morte e del morire
- Comunicare nel fine vita
- Aspetti etici e deontologici
- La sedazione palliativa
- Il dolore del bambino
- Le cure palliative pediatriche

FACULTY

FABIO BORROMETI (NA), MARIA CARMELA BRUNI (TA), MARIANO BRUNI (TA), ROBERTO CAPASSO (NA), GIANLUCA CATUOGNO (NA), LOREDANA CELENTANO (NA), ANNALISA DEMARINIS (BA), TOMMASO FUSARO (BA), MICHELE GALGANI (BA), CLAUDIA LATERZA (BA), PIO LATTARULO (TA), LUCIANO ORSI (MI), CLAUDIO PAPA (TA), ANNA SACCOMANNI (TA), ANNAMARIA TRUPO (TA)

INFORMAZIONI GENERALI ECM (Evento n.22436)

Il Provider ha assegnato n. 50 crediti formativi.

L'evento è rivolto a Medici (Area Interdisciplinare) ed Infermieri.

Sarà data priorità di iscrizione agli operatori sanitari con interesse per cure palliative e terapia del dolore.

Obiettivo Formativo Tecnico-Professionale Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione (21)

Responsabili scientifici
Dr Mariano Bruni (Ta) - Dr Claudia Laterza (Ba)

con la partecipazione di



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOSTOMATI
DELLA PROVINCIA DI TARANTO

OPI
Ordine Professionale Infermieristico Taranto

Provider e segreteria organizzativa



MEETING PLANNER
Provider ECM Nazionale Accreditato n. 2516

Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5 - 70125 BARI
TEL. 080.9905360 - FAX 080.9905359 - 080.2140203
E-mail: info@meeting-planner.it - www.meeting-planner.it



CONFERENZA DI TARANTO

Abstract - Il presente elaborato non vuole essere un'analisi socio culturale e motivazionale finalizzata a una finalità è quella di ricercare le fonti teoriche che possono aiutarci a dare una chiave di azione al fenomeno da diverse dimensioni storiche che sta interessando i propri territori. La necessità di accogliere persone provenienti da ogni parte e le sue specifiche ripercussioni sulla salute e sull'assistenza. L'incontro tra operatori sanitari italiani e utenti stranieri comporta dati emerge la necessità di far fronte a eventuali nuovi bisogni di salute ma, soprattutto, differenti modi di concepire la cura. La ricerca bibliografica e internet, attraverso cui è stato possibile consultare articoli riguardanti concetti storici, letterari, e filosofici di Leininger. Dalla ricerca è emerso che i bisogni di salute sono molteplici e differenziati a seconda dell'etnia di provenienza e di erogare la migliore assistenza possibile. L'analisi della letteratura, in particolar modo dalle teorie elaborate da Leininger, è il miglior modo per rispondere ai suoi bisogni assistenziali con efficacia, efficienza, adeguatezza e rispetto.

Dott. C.



Una chiave di lettura Infermieristica

IL NURSING TR

spiegare le cause che sottendono al fenomeno migratorio attualmente di interesse per il nostro paese. La sua un punto di vista infermieristico. Negli ultimi decenni l'Italia ha dovuto far fronte ad un fenomeno migratorio di i parte del mondo e di diverso background culturale porta ad una continua modifica del tessuto sociale, con spe- porta un cambiamento reciproco nei comportamenti e negli atteggiamenti. Attraverso la letteratura e l'analisi dei ppire e affrontare la salute e la malattia. Per poter sviluppare questo elaborato abbiamo utilizzato molteplici fonti scientifici e statistici. A questo metodo di ricerca è stata integrata la lettura di alcuni testi riguardanti Madeleine rovenienza e delle credenze individuali. Appare necessario un intervento particolare e differenziato per tentare a Madeleine Leininger, ha messo in evidenza che l'attuazione di un approccio olistico nei confronti dell'assistito à.

Cosimo Della Pietà - Professore a contratto in Scienze Infermieristiche, Università di Bari, polo Jonico

Viviana Di Piero - Studentessa CdL Infermieristica Università di Bari, polo Jonico

Ilenia Leonetti - Studentessa CdL Infermieristica Università di Bari, polo Jonico

Deborah Iusco - Studentessa CdL Infermieristica Università di Bari, polo Jonico



stica del fenomeno migratorio

ANSCULTURALE

*“Prendersi cura degli esseri umani
è un fenomeno universale,
ma le modalità, i processi e i modelli
variano da una cultura all'altra”*

INTRODUZIONE

Nel nostro paese gli stranieri ammontano a circa 4,9 milioni. Ogni straniero in Italia porta con sé una cultura, delle tradizioni e, a volte, un'altra religione che gli impone uno stile di vita diverso da quello italiano.

La presenza di persone straniere implica una ripercussione in molti settori, compreso quello sanitario, dove i professionisti erogano cura ed assistenza a persone con cultura, religione, valori, stili di vita, lingua diversi, creando un confronto con cittadini con bisogni assistenziali nuovi. L'aumento della popolazione straniera, quindi, “impone” nell'ambito della medicina e delle professioni sanitarie di sviluppare metodi e piani personalizzati e standardizzati che possano sviluppare i bisogni di questi pazienti, interfacciandosi con le loro culture e religioni. Per rispondere a tali bisogni, la teorica Madeleine Leininger ha sviluppato anni addietro delle metodiche attraverso le quali i professionisti sanitari possono prendere coscienza delle diversità proprie di ogni persona, al fine di interpretare accuratamente il comportamento del cliente sano o malato che sia. Le teorie del Nursing Transculturale sviluppate dalla Leininger hanno arricchito il sapere della professione infermieristica rispetto a quali siano i bisogni e le difficoltà che caratterizzano la relazione tra utente e infermiere straniero e quali siano gli approcci e gli strumenti più recenti che hanno permesso di facilitare e di superare tale limite. Perché si realizzi una risposta coerente è importante conoscere il fenomeno migratorio: la sua origine, la sua evoluzione, le sue cause, le sue caratteristiche, la sua specificità.

Con questo elaborato abbiamo cercato di spiegare come il fenomeno migratorio sia influente nella nostra nazione soprattutto in riferimento al contesto sanitario e come possa essere fornita la migliore assistenza infermieristica possibile.

MATERIALI E METODI

Il disegno di ricerca utilizzato per la realizzazione di tale elaborato è uno studio di tipo bibliografico e statistico. La revisione è stata condotta attraverso una ricerca su Google Scholar e Google Search. In particolare sono state digitate le parole “nursing transculturale in Italia”, “modello sole nascente Leininger”,

“approccio transculturale”, “fenomeno migratorio in Italia”. Per poter analizzare i flussi migratori abbiamo utilizzato dati ISTAT.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Immigrazione e salute

L'immigrazione è un tema che negli ultimi anni ha assunto preminenza sempre maggiore nella nostra società. Viene definita come “il trasferimento permanente o lo spostamento temporaneo di persone in un paese diverso da quello d'origine” e ha generalmente motore propulsivo in eventi o condizioni drammatiche, le quali spingono gli individui ad abbandonare la propria nazione in cerca di condizioni di vita migliori. L'immigrazione in Italia è un fenomeno relativamente recente dalla data dell'unità del 1861, che ha cominciato a raggiungere dimensioni significative all'incirca dagli anni settanta, per poi diventare un fenomeno caratterizzante della demografia d'Italia nei primi anni del terzo millennio.

Secondo le definizioni fornite dall'ISTAT, la popolazione immigrata non va confusa con la popolazione straniera: la popolazione immigrata è composta da tutti i residenti che sono nati all'estero con cittadinanza straniera, anche se hanno successivamente acquisito la cittadinanza italiana; mentre la popolazione straniera è composta da tutti i residenti che hanno cittadinanza straniera, anche se sono nati in Italia.

Secondo Eurostat, al 1° gennaio 2015 l'Italia era il quinto Paese dell'U.E. per popolazione immigrata, ovvero nata all'estero, con 5,8 milioni di immigrati, dopo Germania (10,2 milioni), Regno Unito (8,4 milioni), Francia (7,9 milioni) e Spagna (5,9 milioni). Era invece il terzo Paese dell'Unione Europea per popolazione straniera, con 5 milioni di cittadini stranieri, dopo Germania (7,5 milioni) e Regno Unito (5,4 milioni) e davanti a Spagna (4,5 milioni) e Francia (4,4 milioni). Dunque il fenomeno dell'immigrazione è diventato un fatto molto attuale.

L'Italia infatti è meta di moltissimi immigrati che per situazioni drammatiche lasciano le loro case e cercano rifugio rischiando la loro vita durante viaggi definiti “viaggi della speranza”.

I dati parlano chiaro: l'Italia e la Grecia sono i paesi che

Anno	Grecia	Italia	Malta	Spagna	Total Med
2014	41.038	170.100	568	4.348	216.054
2015	856.723	153.842	105	4.408	1.015.078
2016	173.447	181.436	0	6.826	361.709
Totale	1.071.208	505.378	673	15.582	1.592.841

ogni anno accolgono più migranti dagli altri paesi.

Lo stato di salute della popolazione migrante in Italia

Molti sono i fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti, prima dell'arrivo nel Paese ospite, e comprendono l'esposizione a eventuali fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali, ecc) e l'accesso a servizi sanitari preventivi e curativi nel Paese di origine e/o di immigrazione intermedia. Si aggiungono le conseguenze delle difficoltà fisiche e psicologiche affrontate durante il percorso migratorio. Dopo l'arrivo nel Paese ospite, diventano invece significative le condizioni di vita (economiche, ambientali, ecc) e l'accesso ai servizi socio-sanitari. La maggior parte di coloro che giungono in Italia è fondamentalmente in buona salute. Si osserva, infatti, il cosiddetto "effetto migrante sano", una forma di autoselezione all'origine in base a cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. Una volta nel nostro Paese, però, gli immigrati vedono progressivamente il loro stato di salute impoverirsi, poiché esposti a molti fattori di rischio legati a condizioni di vita generalmente precarie. Inoltre bisogna considerare che nel tempo la rilevanza dell'"effetto migrante sano" tenderà a diminuire, con la stabilizzazione del fenomeno migratorio e l'integrazione sociale dei migranti nelle realtà locali.

Accesso ai servizi sanitari

La tutela della salute in Italia è sancita dall'articolo 32 della Costituzione che, identificando la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" non la vincola alla cittadinanza italiana o allo status (regolare o irregolare) di residenza. Da questo principio deriva la legislazione attualmente in vigore che sancisce il diritto di qualunque cittadino straniero in Italia di usufruire dei servizi sanitari pubblici a prescindere dalla sua situazione amministrativo-giudiziaria (Titolo V della legge 40 del 1998 attuata con norme nazionali, regionali e locali).

Il diritto alla salute in pratica

Nei fatti, però, la situazione non è così lineare. Nonostante nel dibattito pubblico sia molto presente l'idea del migrante come "portatore di malattie", infatti, poca è l'attenzione sui necessari interventi di tutela e prevenzione della salute fisica e psichica di queste persone, che nella maggior parte dei casi arrivano in buona salute nel nostro paese e si ammalano, invece, soprattutto per le condizioni di vita e di accoglienza. "Il problema del mancato accesso alle cure dei migranti nel nostro paese è noto da anni, da quando tra il 2009/2010 il ministero della Salute commissionò un'indagine per capire quale era la situazione – spiega Salvatore Geraci, responsabile dell'area sanitaria della Caritas e coordinatore dei gruppi immigrazione e salute

della Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm)-. Ne venne fuori la fotografia di un'Italia molto disomogenea nell'erogazione dei servizi agli stranieri, dove paradossalmente erano alcune regioni del Nord a essere molto indietro, più per ragioni ideologiche che per reali difficoltà. Per questo venne creato un gruppo di lavoro, che aveva il compito di uniformare le norme a livello nazionale, da cui scaturì poi l'accordo Stato regioni del 2012 che doveva servire proprio a questo scopo. Il problema, però, è che a oggi questo accordo, pur essendo cogente, è rimasto spesso inapplicato o applicato in parte. Lasciando tutte le contraddizioni del sistema: di fatto c'è un pendolo tra norma locale e nazionale che crea diversi buchi".

Ferite invisibili da curare

Agli ostacoli di natura normativa e organizzativa si aggiungono, poi, quelli linguistico-culturali, che rendono poco fruibili molti servizi. La legislazione prevede, infatti, che l'accesso alle cure sia tutelato attraverso il ricorso a interpreti e mediatori. Figure importanti soprattutto in relazione ad alcune patologie specifiche come quelle di salute mentale. Ma pochi sono finora gli operatori formati presenti, anche perché il tema dei disturbi di natura psicologica, cognitiva e comportamentale dei migranti, è ancora molto sottovalutato.

IMPORTANZA APPROCCIO TRANSCULTURALE

E' in quest'ottica di cambiamento che va delineandosi quello che oggi definiamo "*nursing transculturale*", definito da Madeleine Leininger come un campo o branca del Nursing che prende in considerazione lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto al Nursing e alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute e malattia, alle credenze e ai valori, con lo scopo di fornire alle persone assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori culturali ed il contesto. Compito fondamentale dell'infermiere, dunque, è quello di capire la situazione e saper scegliere il miglior modo di approccio nel rispetto delle credenze e culture del paziente. L'infermiere come compito principale ha quello di prendersi cura della persona ma prendersi cura della persona non può prescindere dai valori che questa detiene come patrimonio culturale, dal suo concetto di salute e di malattia. Prendersi cura significa prima di tutto conoscere la persona, riconoscerla come portatrice di valori, instaurare con lei una relazione terapeutica efficace basata sull'incontro. L'infermiere, ma anche ogni altro operatore sanitario, che si trovi a lavorare in un contesto multiculturale, deve possedere quelle conoscenze, abilità tecniche e relazionali che lo rendano competente nell'offrire un'assistenza transculturale, lo liberino da preconcetti, pregiudizi e stereoti-

pi, lo rendano capace di incontrare l'altro su un terreno di rispetto e riconoscimento di valori reciproci.

In un rapporto tra malato e infermiere, ma anche tra malato ed altro operatore sanitario, il rischio che si corre è che quest'ultimo tenda ad affrontare la malattia intesa come *disease* trascurando l'*illness*. Questo rischio è ancora più marcato in un'assistenza transculturale, dove spesso la mancanza di una formazione adeguata da parte dell'operatore lo porta a dimenticare che sentirsi male non è meno importante di stare male.

Madeleine Leininger ha definito l'infermieristica transculturale come *"...area formale di studio e di esercizio professionale che pone il proprio interesse principale sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza agli esseri umani al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente, utile e valida..."*. La sfida da affrontare è l'incontro tra quelli che la Leininger, nella Teoria della Diversità e Universalità dell'Assistenza Transculturale, definisce "emic" ed "etic" ossia tra la visione interna di una cultura (emic) e il punto di vista del professionista (etic). L'acquisizione di competenze in ambito transculturale, in modo da renderle veramente patrimonio professionale e personale dell'operatore sanitario, può passare solo attraverso una formazione specifica post laurea. La professione infermieristica si è evoluta passando dalle donne curanti che utilizzavano erbe ed essenze alla formazione universitaria, dimostrando di essere una professione in divenire, attenta ai mutati bisogni di salute dei cittadini. Una società sempre più multi-etnica e multiculturale evidenzia mutati bisogni di salute che ogni operatore sanitario, l'infermiere in primis, deve essere in grado di riconoscere e soddisfare, attivando tutta una serie di risorse e competenze in ambito transculturale, che può acquisire solo attraverso una formazione mirata. Da qui l'esigenza, sempre più rilevante, di creare un percorso formativo dedicato, in particolare un master professionale che permetta di creare operatori esperti nella gestione dell'assistenza in un contesto multiculturale.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

"...un campo o branca del Nursing che prende in considerazione lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto al Nursing e alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute e malattia, alle credenze e ai valori, con lo scopo di fornire alle persone assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori culturali ed il contesto"

Madeleine Leininger: la fondatrice del nursing transculturale. Biografia

Madeleine Leininger nasce a Sutton, un paese rurale del Sud del Nebraska. Dopo aver conseguito la laurea in scienze biologiche nel 1950, presta servizio come istruttrice, infermiera professionale e coordinatrice infermieristica in un reparto di medicina e chirurgia e, successivamente, apre in qualità di direttore dei servizi infermieristici, un reparto di psichiatria presso il St Joseph's Hospital di Omaha. Alla metà degli anni '50, infermiera specialista in un'unità operativa psichiatrica, prende consapevolezza delle differenze culturali tra i vari bambini che giungevano al suo servizio. In particolare la Leininger osserva l'evidente mancanza di specifica competenza culturale infermieristica, mancanza sentita non solo nel nursing ma in tutte le professioni sanitarie.

Cerca quindi di formarsi una competenza culturale specifica che la porta a conseguire una laurea in antropologia dando il via così a numerose iniziative, estremamente innovative per i suoi tempi e fondando il Comitato di Nursing e Antropologia e la Società del Nursing Transculturale come promotrice del nursing transculturale nel mondo. Nel 1988 prende vita il programma per la certificazione degli infermieri in campo culturale, attraverso la Transcultural Nursing Society, come momento fondamentale per la legittimazione dell'epistemologia dell'infermieristica.

Nursing transculturale

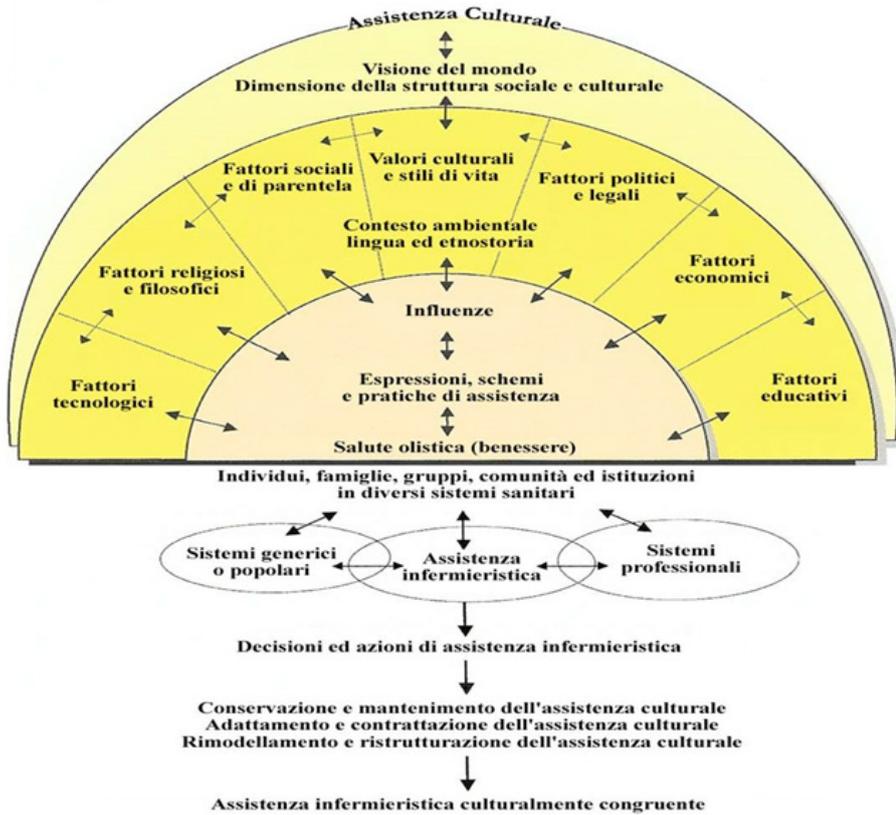
Con la sua teoria Madeleine Leininger si propone l'obiettivo di:

- individuare i principi universali e le differenze degli aspetti relativi al prendersi cura nelle diverse culture, sia dal punto di vista tradizionale che da quello professionale;
- fornire alle infermiere un metodo che le guidi nel prestare un'assistenza congruente alle caratteristiche culturali di ogni cliente;
- strutturare un metodo disciplinare di indagine che permetta di ampliare la portata scientifica della disciplina, come assistenza infermieristica transculturale, in piena autonomia dalla medicina e dal metodo scientifico classico.

Gli aspetti fondamentali della teoria sono:

- **cultura**: l'insieme particolare di valori, credenze, norme e pratiche di vita che vengono apprese, condivise e tramandate;
- **assistenza**: rappresenta i comportamenti di supporto e di cura che facilitano e migliorano le condizioni di una persona. Ha significati diversi a seconda delle culture, che possono essere determinati esaminando la visione del mondo, la struttura sociale e la lingua del gruppo;
- **assistenza culturale**: si riferisce ai valori e alle

Modello del Sole Nascente



credenze che aiutano, supportano e pongono un'altra persona nelle condizioni di mantenere il benessere, migliorare le condizioni personali oppure affrontare la morte o la disabilità. Può essere diversa nei significati, modelli, valori, credenze o simboli, oppure universale. È essenziale conoscere la diversità culturale al fine di erogare le cure appropriate a paziente, famiglie e comunità;

- **visione del mondo:** riguarda la concezione di una persona o di un gruppo basata su un modo di vedere il mondo e l'universo;
- **sistemi di salute o di benessere popolare:** si riferiscono all'assistenza o alle pratiche di cura che hanno un significato particolare nella cultura queste pratiche vengono usate per guarire o per assistere le persone a domicilio oppure nella comunità e sono integrate da sistemi sanitari professionali che operano nell'ambito delle culture;
- **sistemi di azione infermieristica:** Madeleine Leininger individua tre sistemi di azioni infermieristiche: (1) la conservazione dell'assistenza culturale, che si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano il paziente a mantenere o preservare la salute, a guarire dalla malattia oppure ad affrontare la morte; (2) l'adattamento dell'assistenza culturale, che riguarda quelle azioni e decisioni che aiutano il paziente ad adattarsi, a negoziare una condizione di salute positiva o ad affrontare la morte; (3) il rimodellamento dell'assistenza culturale, riguarda quelle azioni e de-

cisioni che aiutano il paziente a ristrutturare o modificare il proprio stile di vita secondo modelli nuovi o diversi che sono significativi, soddisfacenti e di supporto per la vita da un punto di vista culturale.

MODELLO "SOLE NASCENTE"

Madeleine Leininger per illustrare le principali componenti della sua teoria utilizza il "Modello del Sole Nascente".

Questo modello è formato da quattro livelli.

Primo livello

Il primo livello rappresenta la visione del mondo e i sistemi sociali; questo porta la natura, il significato e gli attributi dell'assistenza da tre prospettive: micro-prospettiva (gli individui nell'ambito di una cultura), media-prospettiva (fattori più complessi in una cultura specifica), macro-prospettiva (fenomeni che riguardano le diverse culture).

Secondo livello

Il secondo livello cerca di fornire informazioni relative a individui, famiglie, gruppi e istituzioni nei diversi sistemi sanitari, e relative a significati ed espressioni specifiche in relazione all'assistenza sanitaria.

Terzo livello

Il terzo livello fornisce informazioni riguardo ai sistemi popolari e professionali compresa l'assistenza infermieristica che operano nell'ambito di una cultura, e quindi consente l'individuazione della diversità e dell'universalità culturale.

Quarto livello

Il quarto livello riguarda il piano delle azioni e decisione dell'assistenza infermieristica; secondo la Leininger l'assistenza viene erogata a questo livello, che comprende la conservazione, l'adattamento e il rimodellamento dell'assistenza culturale. A questo livello si sviluppa l'assistenza idonea dal punto di vista culturale.

ETNONURSING

Il metodo di indagine principe nella ricerca qualitativa infermieristica associata a fenomeni culturali è l'etnonursing. È il modo con cui il ricercatore può imparare dagli altri nei vari aspetti del quotidiano, mantenendo un atteggiamento aperto a nuove "scoperte" anche solo simboliche, a nuove idee inerenti il modo di assistere.

Per la Leininger l'etnonursing consiste nello studio siste-

matico e nella classificazione dell'assistenza, delle teorie, dei valori e delle pratiche infermieristiche come vengono percepite cognitivamente da una certa cultura tramite la lingua locale, le esperienze, le idee e i sistemi di valori.

È una ricerca di tipo induttivo, qualitativo, centrato sulla persona. L'area di interesse è data dallo scoprire le differenze tra un'assistenza generica o popolare (popolare, appresa informalmente) e un'assistenza professionale (ottenuta accademicamente) presenti nelle diverse culture. L'infermiere, quindi, è un "ricercatore sul campo" avvalendosi dell'etnonursing che si compone di tre momenti.

1. Identificazione delle fonti per determinare l'etnoassistenza.
2. Classificazione dei costrutti di etnoassistenza e di assistenza infermieristica, considerando specifiche variabili culturali.
3. Analisi e verifica dei diversi costrutti di assistenza-popolari e professionali-e individuazione degli specifici interventi infermieristici.

Leininger con l'intento di fornire strumenti utili all'etnonursing "conia" il termine di "enablers" (agevolatori) con cui identifica tutte le modalità utili a scoprire e spiegare fenomeni che normalmente appaiono complessi, elusivi e ambigui. I principali "agevolatori" sono:

1. L'agevolatore sconosciuto-amico che aiuta il ricercatore a trasformarsi da persona sconosciuta ad amico. Deve acquisire fiducia al fine di favorire l'avvicinamento dell'altro. In questo modo è possibile raccogliere dati accurati, significativi e credibili.
2. L'agevolatore osservazione-partecipazione-riflessione l'approccio francamente antropologico della ricerca dato dal binomio partecipazione-osservazione viene, nell'ambito dell'etnonursing, invertito e arricchito dell'aspetto riflessivo. L'inversione risulta necessaria poiché il ricercatore deve dedicare un certo periodo all'osservazione prima di diventare partecipante attivo; inoltre permette al ricercatore di conoscere il contesto, prima di diventarne partecipe.
3. Il modello del "sole nascente" diviene la mappa e la guida a cui il ricercatore ricorre per conoscere e capire.

CONCLUSIONI

La salute presuppone un processo di adattamento, esprime la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere e di invecchiare, di guarire quando si subisce un danno, di soffrire e di attendere più o meno serenamente la morte.

La scienza infermieristica ha come suo centro di interesse fondamentale la persona nel suo continuum salute malattia nel senso olistico, avendo come campo applicativo la pratica terapeutica interpersonale che mira a garanti-

re l'autonomia nella cura di sé e la possibilità di vivere al massimo lo stato di benessere.

L'incontro tra infermiere e paziente è sempre l'incontro di due universi culturali distinti, indifferentemente dalla cultura di provenienza di entrambi ed è doveroso, per esprimere al meglio la propria professionalità, che l'infermiere capisca i valori, gli usi, le abitudini e la costruzione del sé dell'altro.

Attraverso questo elaborato è emerso come i bisogni di salute siano molteplici e differenziati a seconda dell'etnia di provenienza e delle credenze individuali e attraverso l'analisi degli studi effettuati da Madeleine Leininger, abbiamo potuto comprendere la necessità che il professionista infermiere consideri per prima cosa i valori umani fondamentali del paziente e in seguito, agisca in maniera atta a proteggerne la dignità, la privacy e le scelte. Per avere questa visione olistica e attuare un'assistenza efficace è necessario dunque avere un approccio transculturale, non dimenticando mai che "la salute degli immigrati è la nostra salute".

@ Bibliografia e sitogr@fi@

<http://www.wallstreetitalia.com/trend/immigrazione/>

<https://www.fondazioneturati.it/flussi-migratori-in-italia/>

<http://www.nelmovimento.altervista.org/savar/archivosavar/07-3%20savar/transculturale.htm>

<https://deontologiaboetica.wordpress.com/infermieristica-iii/interculturalita/iinterculturalita-sd/>

<http://www4.istat.it/it/immigrati>

<https://www.lenius.it/quantis-sono-gli-immigrati-in-italia-e-in-europa/>

https://it.wikipedia.org/wiki/Immigrazione_in_Italia

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300017&script=sci_abstract

Leininger M., McFarland M.R., Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice, Mc Graw-Hill Company, USA, 3 ed., 2002.

Leininger M.M. Teoria dell'assistenza culturale e Metodo di ricerca etnoinfermieristico. In: Infermieristica transculturale concetti, teorie, ricerca e pratica. A cura di Ledonne G., Nucchi M. Milano: Casa Editrice Ambrosiana ed. 2004

Protocollo d'Intesa

OPI Taranto/Associazione Alzaia



Nella foto i presenti all'incontro

Il giorno 20 luglio 2018, nella sede dell'Ordine delle Professioni Sanitarie di Taranto, è stato stilato un **protocollo d'intesa OPI/Alzaia** (Centro di Ascolto e di Accoglienza per donne vittime di violenza) finalizzato al contrasto della violenza contro donne e minori. Il protocollo è un momento del percorso avviato dalla Prefettura di Taranto per la costituzione di una rete di enti impegnati nel contrasto di quella che appare sempre più emergenza e coinvolge donne e minori, motivo per cui saranno predisposte iniziative, incontri sui temi della parità di genere e sugli abusi.

L'Ordine scenderà in campo mettendo a disposizione tutti i suoi mezzi, informativi, logistici e tecnologici.

I CARE FORMAZIONE

CORSO DI APPRENDIMENTO



Dott.ssa Chiara Guarino - Infermiera neonatologia/UTIN SS. Annunziata Taranto

Nelle unità di terapia intensiva neonatale (UTIN) una vera collaborazione, condivisa con le famiglie all'interno del processo decisionale, dovrebbe rappresentare al giorno d'oggi lo standard di cura. L'esperienza travolgente e spesso traumatica di essere genitore di un bambino pretermine in condizioni critiche può precludere tale collaborazione. La fragilità e instabilità medica, associata ad una prolungata ospedalizzazione, può anche avere un impatto negativo sul legame genitore-bambino [1]. Gli effetti secondari possono essere manifestati come "depressione, disturbi di genitorialità e ansia" che producono bambini e genitori vulnerabili. I professionisti sanitari in terapia intensiva possono aiutare a contrastare questi effetti collaborando con i genitori e con le famiglie, aiutando a promuovere identità genitoriale e senso di controllo in un ambiente intensivo, travolgente e spaventoso [2][3]. La fiducia è fondamentale in queste situazioni e dipende dall'instaurazione e mantenimento delle relazioni nel processo di cura [4]. Coinvolgere i genitori come partner di un processo assistenziale centrato sulla famiglia può fornire l'opportunità per una vera collaborazione e condivisione nel processo decisionale. Ciò implica la creazione di partenariati familiari costruiti sul rispetto e sulla fiducia reciproca [5][6]. La relazione infermiere/genitore è cruciale; la fiducia aumenta sensibilmente quando gli infermieri assumono i ruoli di tutore e facilitatore [7].

Questo articolo presenta prove a sostegno dell'importanza dei principi di cura centrati sulla famiglia nell'unità di terapia intensiva neonatale e ne descrive la realtà nell'ASL Taranto.

Centralità della famiglia: evoluzione dell'assistenza neonatale

La centralità della famiglia è una filosofia di cura pediatrica che enfatizza i valori e le azioni che riconoscono il significato della famiglia nella vita del bambino. Una cura centrata sui principi della famiglia promuove l'empowerment della stessa, incoraggiandola a partecipare attivamente alle cure [8]. Le vere origini della cura neonatale centrata sulla famiglia risalgono al 1800, quando la maggior parte dei bambini nati a casa erano curati principalmente dalla madre e dalla famiglia [9]. Il concetto di assistenza è cambiato drasticamente con l'inizio del secolo e l'avvento della tecnologia che ha ridotto drasticamente la mortalità neonatale. Le nascite in ospedale sono

diventate la norma e, alla fine degli anni '40, le nascite ospedaliere rappresentavano 99% di tutte le nascite negli Stati Uniti. La pratica standard per le nascite in ospedale durante questo periodo prevedeva la separazione delle madri dai loro mariti prima della nascita e separazione delle madri dai loro bambini dopo la nascita, a causa di timori legati ad infezioni ospedaliere. Un ulteriore paradigma nell'ottocento prevedeva il medico come figura autoritaria, l'infermiere come vigilatore del bambino, e le famiglie come ruoli secondari". L'assistenza centrata sulla famiglia cominciò a riemergere negli anni '70 fino al 1993 con la definizione dei primi principi [10]. Questi principi fecero cenno ad una comunicazione aperta e onesta tra genitori e professionisti e al sostegno per i genitori "accesso ai dati e al processo assistenziale". The Institute of medicine elencò le cure centrate sul paziente e sulla famiglia come uno dei sei obiettivi per il sistema sanitario del XXI secolo [11]. In una dichiarazione politica congiunta del 2003, l'American Academy of Pediatrics e l'Institute for Patient and Family Centered Care ha sfidato i fornitori di servizi sanitari a coinvolgere i genitori come partner responsabili di processi decisionali condivisi [12]. Una pubblicazione recente, tuttavia, descrive l'insoddisfazione di molti genitori delle UTIN dovuta ad un coinvolgimento limitato nella cura dei figli e ad una inefficace comunicazione [13]. Ad aggravare questa insoddisfazione è il numero di neonati che richiedono questo livello di assistenza e la durata del ricovero in ospedale per

molti di questi bambini. Più di mezzo milione di bambini nati ogni anno negli Stati Uniti sono prematuri [14] e la sopravvivenza dipende dalle cure ricevute nell'unità di terapia intensiva neonatale. Il rischio di mortalità e morbilità sono legati per la maggior parte dei casi al peso molto basso alla nascita [15]. I bambini con peso alla nascita molto basso <1.500 g alla nascita tipicamente nati tra le 22 e 28 settimane di gestazione, hanno una durata media della degenza ospedaliera di 3 mesi [16][17]. Questi neonati sono ad alto rischio di sequele evolutive e neurologiche associate alla nascita pretermine. In questi casi è importante che gli operatori sanitari attivino dei protocolli per coinvolgere i loro genitori come partner nel processo decisionale condiviso delle loro cure.

Influenza della cura e partnership: una revisione della letteratura

Il to care (prenderci cura) rappresenta la base delle relazioni tra pazienti/parenti e professionisti sanitari ed è subordinato alla creazione un rapporto di vicinanza e fiducia [18][19][20]. L'importanza del to care in UTIN non può essere sottovalutato. Le interviste ai genitori in due diverse unità neonatali hanno rivelato diversi temi che precludono la loro attività e partecipazione al processo di cura: "I bambini appartengono più al reparto che ai genitori" [21]. Il ruolo della relazione infermiere/genitore nello stabilire fiducia nell'unità di terapia intensiva neonatale è l'obiettivo fonda-



mentale. Uno studio qualitativo sulla soddisfazione dei genitori ha dimostrato che “la relazione infermiere/genitore è il fattore che influenza maggiormente la soddisfazione dei genitori” [22]. Un altro studio ha dimostrato che una relazione infermiere / genitore costruita sulla fiducia è essenziale per aiutare le famiglie ad affrontare le sfide di un ricovero prolungato [23]. Valutare l’esperienza del genitore aiuta ad individualizzare le cure e favorisce la fiducia dello stesso nei confronti del team sanitario [24]. In una recente revisione della letteratura, una procedura in 14 passaggi per lo scambio di informazioni verso il processo decisionale condiviso suggerisce che l’efficace partnership tra professionisti e famiglie si basa sul rispetto reciproco, sulla valutazione delle competenze familiari, informazioni pienamente condivise e decisione congiunta” [25].

La creazione di opportunità per il genitore

La ricerca sull’empowerment (COPE) chiarisce ulteriormente il potere dello scambio di informazioni. Uno studio di controllo randomizzato ha rilevato che i partecipanti hanno avuto meno stress durante l’ospedalizzazione e meno ansia materna e sintomi di depressione dopo la dimissione [26]. I turni centrati sulla famiglia sono “round di lavoro interdisciplinari al capezzale in cui il paziente e la famiglia condividono il controllo del piano di gestione nonché nella valutazione del processo stesso” [27]. Questo significa che i genitori sono fisicamente o virtualmente presenti al capezzale quando possibile e quando desiderato dagli stessi. Coinvolgere i genitori nel processo di assistenza può promuovere un’opportunità di scambio di informazioni e collaborare nel processo decisionale, promuovendo la fiducia [28]. In uno studio prospettico sull’assistenza centrata sulla famiglia, i genitori hanno riferito di sentirsi più coinvolti nelle cure con una migliore comprensione delle condizioni del loro bambino [29]. Nello stesso studio, lo staff ha riferito di sentirsi più preparato ad aiutare le famiglie, ha avuto una migliore comprensione dei bisogni dei pazienti e un senso aumentato di collaborazione. In una vasta revisione della letteratura sull’uso di questi principi in ambito di terapia intensiva, sanitari e pazienti percepivano che i turni centrati sul paziente e sulla famiglia miglioravano la comunicazione e collaborazione [30]. Durante le interviste semi-strutturate, i genitori hanno ripetutamente riferito l’importanza di chiedere e rispondere a domande, imparando in prima persona cosa stava succedendo sul piano quotidiano di cura e sugli obiettivi presenti e futuri [31].

In un altro studio, l’81% dei genitori ha indicato un aumento generale della soddisfazione quando hanno partecipato a turni incentrati sulla famiglia [32].

Barriere e sfide nella realizzazione

Mentre i benefici dei round pediatrici centrati sulla famiglia sono evidenti nella letteratura, esistono anche barriere. Una barriera percepita è quella relativa alla riservatezza [33]. Difatti, i letti nelle UTIN sono spesso relativamente vicini tra loro. Alcuni genitori hanno manifestato sofferenza circa il potenziale di ascoltare le informazioni degli altri e hanno anche espresso preoccupazioni per gli altri che hanno ascoltato loro durante le visite. Le preoccupazioni sulla riservatezza non sono uniche per le UTIN. Difatti, esse variavano tra i genitori, ma erano più intense sul giorno di accettazione in reparto [34]. Un’altra barriera percepita in letteratura si riferisce all’efficienza. Il sondaggio PRIS ha riferito che il 34 per cento degli ospedali ritiene la durata assistenziale dei round centrati sulla famiglia più lunga rispetto al tradizionale [35]. Tuttavia, lo studio ha sottolineato che, sebbene i turni incentrati sulla famiglia richiedevano più tempo, alla fine erano più efficienti. E’ indispensabile affrontare gli ostacoli prima di iniziare il processo assistenziale. Le soluzioni di brainstorming facilitano il processo attraverso la preparazione dei genitori. Alcune misure per proteggere la riservatezza del bambino e della famiglia, durante i turni centrati sulla famiglia, suggeriti in letteratura includono lo spostamento in un’altra posizione o la richiesta alle altre famiglie di allontanarsi usando discrezione [36]. Anche la preparazione relativa al processo assistenziale è importante. La maggioranza dei genitori, che sceglie di non partecipare ai turni incentrati sulla famiglia, lo ha fatto basandosi sulla paura legata all’eventuale aumento della loro confusione e ansia [37]. Un metodo per preparare i genitori include l’uso di un opuscolo informativo [38]. La preparazione familiare comprende anche l’educazione sanitaria ai professionisti che usano la terminologia laica, evitano il gergo e l’onore la prospettiva e le esigenze culturali della famiglia [39]. Gli operatori sanitari dovrebbero anche impiegare ascolto attivo e ripetizione, utilizzando un tempo sufficiente per rispondere alle domande dei genitori e intrattenere ulteriori discussioni [40].

Il progetto sperimentale nell’ASL/TA: l’UTIN “aperta”

Un braccialetto digitale consentirà ai genitori dei

bambini nati pre-termine, e ricoverati nel reparto Utin dell'Ospedale Ss. Annunziata di Taranto, di entrare nel reparto ogni volta che vorranno. Non saranno, quindi, più costretti a dover citofonare ed attendere che qualcuno apra loro la porta per aver accesso.

Il nuovo modello, presentato dal direttore del reparto di Neonatologia e Unità di Terapia Intensiva Neonatale (Utin) del Ss. Annunziata, dott. Oronzo Forleo, insieme con i dirigenti dell'Asl di Taranto, prevede l'uso di un semplice sistema automatico di apertura della porta d'ingresso dell'UTIN attraverso il bracciale digitale che sarà fornito esclusivamente ai genitori adeguatamente istruiti dal personale afferente alla struttura su tutte le modalità di abbigliamento sicuro e di protezione per eventuali infezioni. Ovvero, camici, copri scarpe e copri capelli, nonché eventuali mascherine od altro che dovranno indossare prima di entrare nel reparto. I genitori saranno adeguatamente istruiti sul miglior comportamento da adottare al cospetto dei neonati nel rispetto della peculiarità dei loro bisogni.

Per questa attività di tutoraggio il personale dell'Utin sarà affiancato da figure esterne delle associazioni onlus "Delfini e Neonati", "Simba" e "Mister Sorriso" preparate all'uopo.

Tutto questo per garantire ai bambini prematuri quel calore, quelle attenzioni ed il contatto con i genitori, e laddove possibile soprattutto il latte e l'allattamento materno. Piccole ma necessarie esigenze di cui i neonati in genere hanno bisogno per crescere sereni e sani. Ancor di più i bambini venuti al mondo prima del termine perché non hanno goduto di tutte le settimane di una 'normale' gravidanza. Devono trascorrere i primi giorni della propria vita, se non mesi, in un lettino di terapia intensiva neonatale. Pur se assistiti 24 ore dal personale sanitario, si trovano soli, senza i propri genitori vicini, senza le attenzioni che solo una madre ed un padre possono loro garantire.

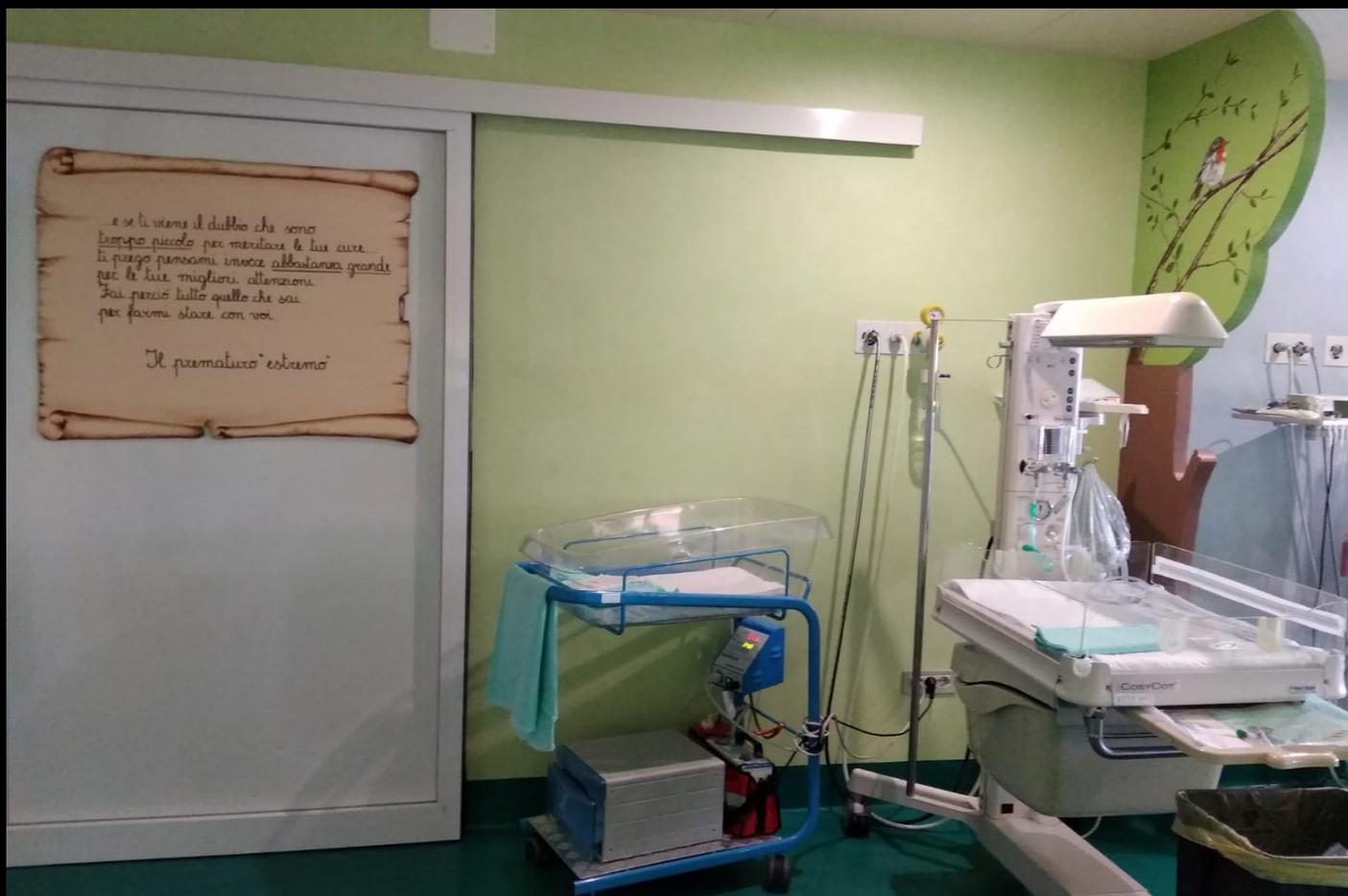
Nelle maggior parte delle terapie intensive neonatali, e così ancora nell'Uoc del Ss. Annunziata, i genitori sono ammessi in reparto solo per poche ore al giorno e tra l'altro ad orari prefissati. Se da un lato questo protegge i bambini considerati più a rischio da eventuali fattori esterni, che potrebbero incidere sulla loro salute, dall'altro impedisce che gli stessi "pazienti" possano beneficiare del contatto fisico di mamma e papà. Durante la Prima Conferenza Nazionale per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno, è stato sottoscritto dal tavolo tecnico il documento "promozione dell'uso del latte materno nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale e accesso ai genitori in reparto".

La presenza dei genitori in Utin contribuisce a creare

quel clima di alleanza tra operatori e cittadini, e, soprattutto per i prematuri e neonati critici, a ristabilire quel rapporto unico e dualico madre/neonato, neonato/famiglia fondamentale anche per favorire il latte materno. La presenza dei genitori diventa, perciò, fattore di eliminazione dello stress del neonato stesso come ampiamente dimostrato da numerosissimi studi clinici, che hanno oltremodo dimostrato il favore verso una migliore protezione per lo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale. Il distacco, invece, dalla mamma e da questo insostituibile rapporto produce conseguenze gravi sul processo di attaccamento del neonato e di conseguenza su tutte le performances emozionali e cognitive.

Conclusioni

Nonostante i progressi tecnologici del 21 ° secolo, non potrà mai esserci un sostituto del grembo materno. I professionisti sanitari nell'unità di terapia intensiva neonatale possono tuttavia aiutare i genitori, tentando in primis di capire il significato dell'essere un genitore di un bambino gravemente malato. Per fare questo, devono immaginarsi come una madre che, improvvisamente, trova il calore e la sicurezza del loro bambino dentro l'utero sostituito con presidi, suoni e macchinari complessi. Devono immaginarsi come un padre che, da protettore della sua famiglia, si trova improvvisamente ridotto a un spettatore impotente. Il viaggio per aiutare i genitori nelle UTIN deve fondarsi nella resilienza dello spirito umano per superare le avversità. Successivamente, noi come professionisti sanitari dobbiamo tentare di vivere l'esperienza del genitore. Dobbiamo ascoltare ed essere attenti ai bisogni dei genitori. Dobbiamo identificare le misure per informare, guidare e responsabilizzare i genitori a prendersi cura del neonato. I turni centrati sulla famiglia possono fornire ai genitori informazioni e strumenti per coinvolgerli con successo nel piano assistenziale, ma l'impegno non si verificherà a meno che non esistano relazioni di fiducia. *"Simile per l'eredità di Nightingale all'assistenza infermieristica, l'obiettivo della terapia intensiva neonatale è quello di mantenere o mettere i pazienti nelle migliori condizioni perché la natura agisca su di loro"* [41]. Alcune UTIN hanno una filosofia di cura dove anche il genitore è considerato come paziente. Creare una cultura del prendersi cura nella terapia intensiva che supporta il "paziente" genitore attraverso il processo assistenziale centrato sulla famiglia offre le migliori possibilità per il successo terapeutico.



Bibliografia e sitogr@fi@

- [1] Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., ... Gross, S. J. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), e1414–e1427. doi:10.1542/peds.2005-2580
- [2] Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20–28. doi:10.1053/j.semperi. 2010.10.004
- [3] Wigert, H., Hellström, A.L., & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care—a field study. *BMC Pediatrics*, 8, 3. doi:10.1186/1471-2431-8-3
- [4] Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the wellbeing of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. doi:10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x
- [5] Berwick, D. M. (2009). What “patient-centered” should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs*, 28(4), w555–w565. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w555
- [6] McGrath, J. M. (2005). Partnerships with families: A foundation to support them in difficult times. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(2), 94–96.
- [7] Reis, M. D., Rempel, G. R., Scott, S. D., Brady-Fryer, B. A., & Van Aerde, J. (2010). Developing nurse/pa-

rent relationships in the NICU through negotiated partnership. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(6), 675–683. doi:10.1111/ j.1552-6909.2010.01189.x

[8] Latta, L. C., Dick, R., Parry, C., & Tamura, G. S. (2008). Parental responses to involvement in rounds on a pediatric inpatient unit at a teaching hospital: A qualitative study. *Academic Medicine*, 83(3), 292–297. doi:10.1097/ACM.0b013e3181637e21

[9] Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20–28. doi:10.1053/j.semperi. 2010.10.004

[10] Harrison, H. (1993). The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics*, 92(5), 643–650.

[11] Committee on the Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: The National Academies Press.

[12] Committee on Hospital Care. (2003). *Family-centered care and the pediatrician's role*. *Pediatrics*, 112(3), 691–697.

[13] Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20–28. doi:10.1053/j.semperi. 2010.10.004

[14] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *Preterm birth*. Atlanta, GA: Author. Retrieved from www.cdc.gov/reproductivehealth/MaternalInfan-

- [15] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). Neonatal intensive care unit admission of infants with very low birth weight—19 states, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 59(44), 1444–1447. Atlanta, GA: Author. Retrieved from www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5944a4.htm?s_cid=mm5944a4_w
- [16] Callaghan, W. M. (2010, May 12). Prematurity and infant mortality: What happens when babies are born too early? Washington, DC: U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved from www.hhs.gov/asl/testify/2010/05/t20100512a.html
- [17] Stoll, B. J., Hansen, N. I., Bell, E. F., Shankaran, S., Laptook, A. R., Walsh, M. C., ... Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (2010). Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics*, 126(3), 443–456. doi:10.1542/peds.2009-2959
- [18] Swanson, K. M. (1990). Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 60–73.
- [19] Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40, 161–166. doi:10.1097/00006199-199105000-00008
- [20] Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the wellbeing of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352–357. doi:10.1111/j.1547-5069.1993.tb00271.x
- [21] Wigert, H., Hellström, A.L., & Berg, M. (2008). Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care—a field study. *BMC Pediatrics*, 8, 3. doi:10.1186/1471-2431-8-3
- [22] Reis, M. D., Rempel, G. R., Scott, S. D., Brady-Fryer, B. A., & Van Aerde, J. (2010). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(6), 675–683. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x
- [23] McAllister, M., & Dionne, K. (2006). Partnering with parents: Establishing effective long-term relationships with parents in the NICU. *Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing*, 25(5), 329–337.
- [24] Gavey, J. (2007). Parental perceptions of neonatal care. *Journal of Neonatal Nursing*, 13(5), 199–206. doi:10.16/j.jnn.2007.06.001
- [25] McGrath, J. M. (2005). Partnerships with families: A foundation to support them in difficult times. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(2), 94–96.
- [26] Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., ... Gross, S. J. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), e1414–e1427. doi:10.1542/peds.2005-2580
- [27] Sisterhen, L., Blaszkak, R. T., Woods, M. B., & Smith, C. E. (2007). Defining family-centered rounds. *Teaching & Learning in Medicine*, 19(3), 319–322.
- [28] Committee on Hospital Care. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3), 691–697.
- [29] Cameron, M. A., Schleien, C. L., & Morris, M. C. (2009). Parental presence on pediatric intensive care unit rounds. *Journal of Pediatrics*, 155(4), 522–528. doi:10.1016/j.jpeds.2009.03.035
- [30] Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., ... Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605–622. doi:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB
- [31] Latta, L. C., Dick, R., Parry, C., & Tamura, G. S. (2008). Parental responses to involvement in rounds on a pediatric inpatient unit at a teaching hospital: A qualitative study. *Academic Medicine*, 83(3), 292–297. doi:10.1097/ACM.0b013e3181637e21
- [32] Cameron, M. A., Schleien, C. L., & Morris, M. C. (2009). Parental presence on pediatric intensive care unit rounds. *Journal of Pediatrics*, 155(4), 522–528. doi:10.1016/j.jpeds.2009.03.035
- [33] Bramwell, R., & Weindling, M. (2005). Families' views on ward rounds in neonatal units. *Archives of Disease in Childhood—Fetal and Neonatal Edition*, 90(5), F429–F431. doi:10.1136/adc.2004.061168
- [34] Aronson, P. L., Yau, J., Helfaer, M. A., & Morrison, W. (2009). Impact of family presence during pediatric intensive care unit rounds on the family and medical team. *Pediatrics*, 124(4), 1119–1125. doi:10.1542/peds.2009-0369
- [35] Mittal, V. S., Sigrest, T., Ottolini, M. C., Rauch, D., Lin, H., Kit, B., ... Flores, G. (2010). Family-centered rounds on pediatric wards: A PRIS network survey of US and Canadian hospitalists. *Pediatrics*, 126(1), 37–43. doi:10.1542/peds.2009-2364
- [36] McPherson, G., Jefferson, R., Kisson, N., Kwong, L., & Rasmussen, K. (2011). Toward the inclusion of parents on pediatric critical care unit rounds. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(6), e255–e261. doi:10.1097/PCC.0b013e3181fe4266
- [37] Cameron, M. A., Schleien, C. L., & Morris, M. C. (2009). Parental presence on pediatric intensive care unit rounds. *Journal of Pediatrics*, 155(4), 522–528. doi:10.1016/j.jpeds.2009.03.035
- [38] Kleiber, C., Davenport, T., & Freyemberger, B. (2006). Open bedside rounds for families with children in pediatric intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 15(5), 492–496.
- [39] Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: Origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20–28. doi:10.1053/j.semperi.2010.10.004
- [40] Yee, W., & Ross, S. (2006). Communicating with parents of highrisk infants in neonatal intensive care. *Paediatrics & Child Health*, 11(5), 291–294
- [41] Swanson, K. M. (1990). Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. *Advances in Nursing Science*, 13(1), 60–73

Norme sulla Privacy

Scheda di sintesi a mero scopo divulgativo. Per un quadro completo della materia, si rimanda alla legislazione in tema di protezione dei dati personali e ai provvedimenti dell'Autorità.



**GARANTE
PER LA PROTEZIONE
DEI DATI PERSONALI**



Regolamento (UE) 2016/679

Una sintesi per aziende ed enti



**Rispettare i diritti
delle persone**



Ogni trattamento deve fondarsi sul rispetto dei principi fissati nel Regolamento (artt. 5 e 6) e garantire agli interessati tutti i diritti previsti (artt. 13-22).

**Individuare il rischio
e svolgere una
valutazione d'impatto**



Ai titolari spetta il compito di decidere autonomamente le modalità, le garanzie e i limiti del trattamento dei dati personali, anche attraverso un apposito processo di valutazione che tenga conto dei rischi noti o evidenziabili e delle misure tecniche e organizzative (anche di sicurezza) necessarie per mitigare tali rischi, eventualmente consultando il Garante alla luce di questa valutazione.

**Redigere un registro
dei trattamenti**



Si tratta di uno strumento fondamentale per disporre di un quadro aggiornato dei trattamenti in essere. I contenuti minimi sono indicati all'art. 30 del Regolamento. Deve avere forma scritta, anche elettronica, e va esibito su richiesta al Garante.

**Garantire la
sicurezza dei dati**



Il titolare e il responsabile del trattamento sono obbligati ad adottare misure tecniche e organizzative idonee a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio del trattamento (con l'obiettivo di evitare distruzione accidentale o illecita, perdita, modifica, rivelazione, accesso non autorizzato).

**Nominare un
Responsabile della
protezione dei dati**



La designazione (in vari casi obbligatoria) di un RPD riflette l'approccio responsabilizzante del Regolamento. Fra i suoi compiti rientrano la sensibilizzazione e formazione del personale, la sorveglianza sullo svolgimento della valutazione di impatto, la funzione di punto di contatto per gli interessati e per il Garante per ogni questione attinente l'applicazione del Regolamento.

Scopri di più su: www.garanteprivacy.it/home/doveri

L'efficacia della Pet Therapy come coadiuvante delle terapie tradizionali

*Ricerca su un campione
di pazienti affetti
da disturbi psicomotori*

Dott.ssa Roberta Berti

In collaborazione con
Dott.ssa Anna Laura Tateo
Dott.ssa Annamaria D'Urso
Dott. Cosimo Sferra
A.S.D. New Educane di Taranto



La Pet Therapy è una terapia non farmacologica finalizzata al miglioramento della qualità di vita e del benessere di varie categorie di persone come gli anziani, i disabili, i bambini, i malati lungodegenti e i malati terminali.

Questa pratica sta riscontrando un successo crescente nell'ambito sanitario visti i molteplici benefici fisici e mentali che apporta agli individui affetti da diverse patologie.

Nei vari studi analizzati è stato evidenziato che nei bambini la presenza di un animale riduce i livelli di cortisolo come indice di stress e aumenta i livelli di ossitocina, di dopamina, di prolattina, di β -feniletilammina e delle β -endorfine.

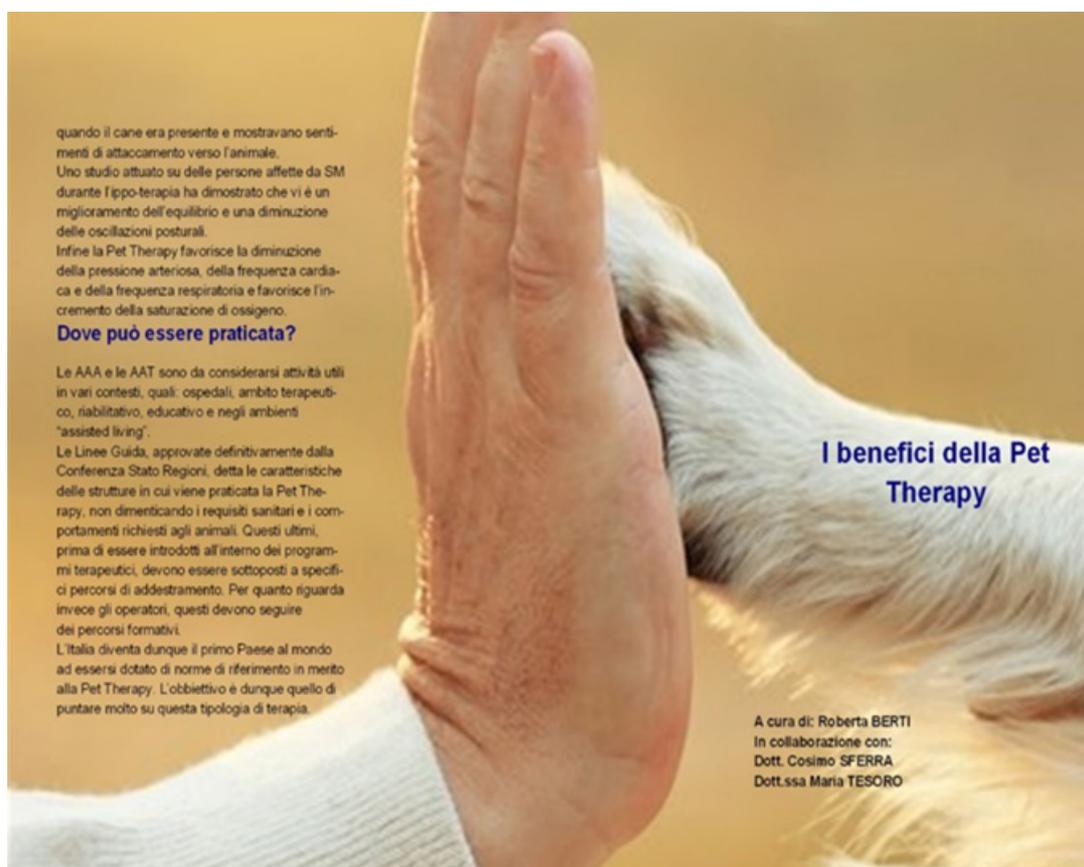
Questi ultimi sono associati ad un aumento del benessere di tali persone [1].

Nel caso di soggetti anziani è stato rilevato che la presenza di un animale riduce l'isolamento sociale e conseguentemente solitudine e noia [2].

L'American Heart Association ha pubblicato uno studio, nel maggio 2013, dimostrando che il possesso di un animale domestico è correlato a una diminuzione della Pressione Sistolica e Diastolica e della Frequenza Cardiaca; inoltre sono stati riportati livelli di Saturazione di Ossigeno più alti. Tutto ciò è dovuto ad un miglioramento dell'umore con conseguente perfezionamento della funzionalità endoteliale. Altri studi di tipo epidemiologico hanno evidenziato che la presenza di un animale aumenta la probabilità di sopravvivenza in seguito ad un infarto [3].

Per quel che riguarda lo studio da me condotto, lo stesso ha consentito di valutare l'efficacia della terapia dolce con gli animali, a livello fisico, attraverso la misurazione dei parametri vitali. Esso è stato condotto in due sedi, ovvero l'U.T.R. n.6 di Grottaglie e il D.A.R.T. - Centro Diurno dell'A.S.L. di Taranto, in collaborazione con la A.S.D. New Educane di Taranto.

	Nessun decremento o innalzamento	Lieve decremento o innalzamento	Notevole decremento o innalzamento
Pressione Arteriosa Sistolica	Nessuna modificazione	≤ 10 mmHg di decremento	≥ 11 mmHg di decremento
Pressione Arteriosa Diastolica	Nessuna modificazione	≤ 10 mmHg di decremento	≥ 11 mmHg di decremento
Frequenza Cardiaca	Nessuna modificazione	≤ 10 bpm di decremento	≥ 11 bpm di decremento
Frequenza Respiratoria	Nessuna modificazione	≤ 2 atti/min di decremento	≥ 3 atti/min di decremento
Saturazione di Ossigeno	Nessuna modificazione	≤ 2% di incremento	≥ 3% di incremento
Temperatura Corporea	Nessuna modificazione	≤ 0.5°C	≥ 0.6°C



quando il cane era presente e mostravano sentimenti di attaccamento verso l'animale. Uno studio attuato su delle persone affette da SM durante l'ippo-terapia ha dimostrato che vi è un miglioramento dell'equilibrio e una diminuzione delle oscillazioni posturali. Infine la Pet Therapy favorisce la diminuzione della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e della frequenza respiratoria e favorisce l'incremento della saturazione di ossigeno.

Dove può essere praticata?

Le AAA e le AAT sono da considerarsi attività utili in vari contesti, quali: ospedali, ambito terapeutico, riabilitativo, educativo e negli ambienti "assisted living".

Le Linee Guida, approvate definitivamente dalla Conferenza Stato Regioni, detta le caratteristiche delle strutture in cui viene praticata la Pet Therapy, non dimenticando i requisiti sanitari e i comportamenti richiesti agli animali. Questi ultimi, prima di essere introdotti all'interno dei programmi terapeutici, devono essere sottoposti a specifici percorsi di addestramento. Per quanto riguarda invece gli operatori, questi devono seguire dei percorsi formativi.

L'Italia diventa dunque il primo Paese al mondo ad essersi dotato di norme di riferimento in merito alla Pet Therapy. L'obiettivo è dunque quello di puntare molto su questa tipologia di terapia.

I benefici della Pet Therapy

A cura di: Roberta BERTI
In collaborazione con:
Dott. Cosimo SFERRA
Dott.ssa Maria TESORO

[1] Natural healers: a review of animal assisted therapy and activities as complementary treatment for chronic conditions. Ferrer L., Reed R. e Villegas N. Giu 2012. PubMed.

Setting the One Health Agenda and the Human-Companion Animal Bond. Gregg K. Takashima and Michael J. Day. 2014 Oct 27. NCBI.

[2] The Benefit of Pets and Animal-Assisted Therapy to the Health of Older Individuals. Cherniack Ariella r., Cherniack Paul E. Nov 2014. Current Gerontology and Geriatrics Research. NCBI.

[3] Setting the One Health Agenda and the Human-Companion Animal Bond. Gregg K. Takashima and Michael J. Day. 2014 Oct 27. NCBI.

“La storia del figlio della Principessa sul Pisello”



Dott. Cosimo della Pietà- *Infermiere ADI*
Dott.ssa Sara Tinelli - *Infermiere ADI*

Abstract - Il presente articolo nasce con lo scopo di raccontare una storia di ricerca qualitativa, con l'utilizzo del nursing narrativo, al fine di considerare l'esperienza della malattia nella sua totalità con vissuti emotivi e punti di vista differenti.

Il racconto è frutto delle informazioni, raccolte durante una serie di incontri, tenuti nell'arco di sei mesi, rielaborate e organizzate sotto forma di intervista.

La ricerca metterà in evidenza il vissuto di un paziente affetto da patologia invalidante, e del figlio coinvolto nella gestione assistenziale della madre, all'interno di un contesto in cui tutta la famiglia è parte attiva.

La prima parte presenterà degli accenni generali della patologia e le basi teoriche da seguire per una buona riuscita della ricerca qualitativa.

La seconda parte, fulcro del lavoro, sarà dedicata alla fase sperimentale ovvero il racconto dell'esperienza di una persona coinvolta nelle dinamiche assistenziali e famigliari, ricca di coinvolgimento emotivo dove il figlio racconterà la sua esperienza umana.

Emergerà quanto una sola storia sia in grado di suscitare diverse esperienze emozionali anche nel lettore. La consapevolezza e la presa di coscienza approfondita del fenomeno, che si sta indagando, diviene essa stessa fonte di apprendimento per tutte le persone coinvolte nel processo di indagine, consegnando al lettore nuove esperienze conoscitive.

Parole chiave - Nursing narrativo, ricerca qualitativa, empowerment, ricerca fenomenologica

Introduzione - La miosite da corpi inclusi (IBM) è una malattia rara. E' una malattia infiammatoria degenerativa, lentamente progressiva, della muscolatura scheletrica, caratterizzata da debolezza, o addirittura atrofia dei quadricipiti o dei flessori delle dita delle mani, con conseguenti cadute e difficoltà nel rialzarsi dalla sedia o dal suolo, nel camminare sulle scale, nell'afferrare, alzare e usare gli oggetti. Non è disponibile un trattamento risolutivo per la IBM. I pazienti di solito non rispondono alle terapie anti-infiammatorie o immuno-modulatorie. I trattamenti sintomatici comprendono gli esercizi fisici, l'ergoterapia e i dispositivi ortottici.

L'obiettivo principale di questa ricerca qualitativa è quello di sviluppare una capacità di lettura del bisogno del paziente attraverso la narrazione di un racconto di natura infermieristica, che va oltre lo stesso paziente trattato. Se questi è il principale soggetto delle cure, anche i familiari devono essere al centro dell'attenzione, come potenziali malati in caso di patologie congenite e quali necessarie risorse di sistema da mobilitare, da preservare e potenziare. Le testimonianze raccolte dai soggetti intervistati delineano la dimensione valoriale della professione.

In questa prospettiva, la costruzione di un rapporto terapeutico di fiducia diventa uno strumento centrale nell'assistenza, della prospettiva contemporanea e avanzata dell'assistenza "patient centered".

Metodi e strumenti - Le narrazioni di malattia (Narrative based medicine e Nursing Narrativo) da tempo rappresentano la dimensione qualitativa e valoriale che integra quella della EBM e EBN. La centralità del racconto nella rappresentazione del proprio stato di salute, del proprio percorso di vita, o meglio di malattia, ha iniziato a farsi strada a partire dai primi studi condotti da Rita Charon (2001) della Columbia University fino all'antropologia medica di Byron Good (1999). La prospettiva narrativa diventa strumento dell'infermieristica, introducendo nell'universo disciplinare e pratico con ancora maggiore forza la dimensione illness della salute, oltre quella classica relativa al guasto bio-mecanico propria del disease o quella socio-istituzionale della sickness. In tal modo riesce a definirsi come strumento non solo di ricerca ed elaborazione teorica, ma anche e soprattutto come strumento per la valutazione e la ridefinizione stessa dell'infermieristica. Il nursing narrativo utilizza la narrazione per il racconto dell'esperienza di malattia del paziente e/o del familiare. Si colloca in una dimensione privilegiata all'interno della relazione tra infermiere e paziente. In particolare, può essere utilizzata per migliorare la qualità della comunicazione, della vita e per migliorare la cura. Un altro strumento di nursing narrativo è l'autobiografia, cioè una narrazione scritta dal soggetto stesso, nel nostro caso relativa alla condizione di malattia, ma è molto utilizzata anche nella formazione.

I diversi tipi di ricerca qualitativa possono essere definiti in base al tipo di domande che il ricercatore si pone nel momento in cui avvia la sua indagine. Il ricercatore è coinvolto nella situazione oggetto di studio, deve saper osservare e partecipare alla vita dei soggetti studiati per sviluppare una visione dal di dentro che è il presupposto della comprensione. Il ricercatore si inserisce in maniera indiretta nell'ambiente naturale allo scopo di descrivere le azioni e di comprenderne le motivazioni instaurando un rapporto di interazione personale con i suoi membri per un periodo di tempo relativamente lungo. L'ideale sarebbe prendere appunti mentre i fatti stessi si svolgono. Le note devono riguardare la descrizione dei fatti e l'interpretazione del ricercatore (riflessioni teoriche e reazioni emotive). Le descrizioni, le

interpretazioni dell'osservatore e le interpretazioni dei soggetti studiati, vanno tenute ben distinte.

L'intervista qualitativa può essere definita come una conversazione provocata dall'intervistatore, rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione avente finalità di tipo conoscitivo. Interrogare gli esseri umani, per ricavarne conoscenza sulla società, può essere fatto sia tramite un approccio qualitativo (interviste qualitative) sia tramite un approccio quantitativo (questionari standardizzati). L'intervistatore deve essere pronto a gestire situazioni di diffidenza o sospetto:

- deve saper ascoltare,
- deve porre attenzione alla gestualità dell'intervistato,
- deve avere una specifica sensibilità verso i problemi dell'intervistato.

L'esito dell'intervista è dato dal legame empatico tra gli interlocutori, l'intervista è "costruita" dall'intervistatore e dall'intervistato e l'analisi dei dati è centrata sui soggetti, nel senso che l'individuo è osservato nella sua interezza. I risultati sono presentati in una prospettiva di tipo narrativo. Le sintesi e le generalizzazioni spesso assumono la forma di classificazioni e tipologie.

Per comprendere meglio questo approccio conoscitivo, è utile riferirci alla ricerca qualitativa di tipo fenomenologico. Lo scopo di un approccio fenomenologico ad una ricerca qualitativa è di descrivere accuratamente le esperienze vissute delle persone e non per creare teorie o modelli del fenomeno in esame.

Visto che la fonte primaria dei dati è "il mondo della vita dell'individuo in esame", le interviste in profondità sono il modo più valido e autentico per raccogliere i dati.

Inoltre, i temi emergenti sono spesso validati insieme ai partecipanti, perché il significato, che loro attribuiscono a quelle esperienze vissute, è centrale negli studi fenomenologici. La fenomenologia è usata per rispondere al quesito di ricerca: che cos'è l'esperienza vissuta dalla persona, che ha integrato nella sua vita una malattia?

L'approccio fenomenologico è fondamentale per scoprire i significati che i partecipanti assegnano al complesso e dinamico processo di integrare la malattia nella loro vita.

Parlare di ricerca qualitativa fenomenologica significa ridefinire un campo di indagine e interrogarsi sulla funzione svolta dalla fenomenologia. Ma cos'è la fenomenologia?

La fenomenologia è "lo studio di ciò che appare", letteralmente, è la capacità di mettere tra parentesi ogni oggetto e ridurlo ad un fenomeno, ecco perché essa rappresenta una continua ricerca, una continua elaborazione del pensiero, un'indagine interminabile.

Il suo iniziatore Edmund Husserl, afferma che la cultura, legata a forme di indagine positivistiche e naturalistiche, si sia imbattuta in errori teoretici che hanno portato verso un atteggiamento di oggettivizzazione del mondo, della natura, dello stesso uomo.

Le sensazioni, i colori, i suoni, le percezioni tattili hanno definito in modo superficiale l'uomo, la natura, il mondo. La ricerca fenomenologica è ricerca d'essenza, dell'eidos.

Nel 1929 nelle Meditazioni cartesiane, Husserl afferma che la fenomenologia ha l'obiettivo di costituirsi come scienza di essenze, la fenomenologia invita ad avvicinarsi all'autenticità dei fenomeni. Occorre prendere i fenomeni così come sono, così come essi si danno, così come si manifestano, comprendere il senso degli eventi nell'ambito esclusivo dell'esperienza vissuta (dell'Erlebnis), il loro luogo originario. Il fenomeno si offre come dato immediato.

Se i fenomeni devono giungere solo ed esclusivamente nei limiti e nei modi in cui si danno allora è necessario sfrondate gli stessi dalle concrezioni teoriche e dalle ovvietà che dominano la scena, ci riferiamo alle leggi metafisiche e razionalistiche che danno un senso di eccesso al fenomeno.

Intervista al figlio della Principessa sul pisello - Innanzitutto è giusto chiarire il perché del nome di questo paragrafo. In una precedente indagine qualitativa, (pubblicata sulla rivista dell'OPI Taranto, "La parola a noi" N.1 Marzo 2018, dal titolo, La storia della principessa sul pisello), con l'utilizzo del Nursing Narrativo come strumento di analisi, la mamma del soggetto intervistato in questa sede è stata oggetto del nostro interesse investigativo. In quella ricerca qualitativa, il marito della malata, il suo caregiver, definiva la stanza, dove era stata collocata la moglie con tutte le attrezzature sanitarie necessarie ad assisterla, "la stanza della principessa sul pisello". Questo per sottolineare il fatto che sua moglie era veramente assistita e trattata come una principessa. Ed il vezzeggiativo era segno della stima ed affetto che circonda la malata, un modo per sdrammatizzare e vivere con "normalità" la situazione che vive l'intera famiglia.

Le sue attenzioni verso la famiglia, e quelle a lei rivolte dalle persone che le vivono intorno, sono sempre al centro del processo di vita e del processo assistenziale.

In questa sede si è voluta spostare la nostra lente di ingrandimento dall'indagine malato/caregiver, ad un'altra persona

che apparentemente sembra collocata a latere di questo binomio assistenziale, il figlio della coppia, Giovanni, nome di fantasia, per comprendere meglio come l'evento malattia non sia solo uno stimolo che interessa il malato o il suo caregiver.

L'evento malattia deve essere considerato come elemento di coinvolgimento globale di tutto il mondo affettivo e relazionale che la persona in situazioni patologiche vive.

Intervista a Giovanni

“**Q**uando mamma ha iniziato ad avere i primi sintomi, quando sono successe le prime cose, quando non riusciva a salire in macchina o quando, scendendo dalla macchina, non riusciva a reggersi in piedi, io non mi sono mai allarmato più di tanto perché non mi rendevo conto della malattia e di ciò che sarebbe successo.

La prendevo come una cosa del momento e come una debolezza, un qualcosa che giornalmente le stava succedendo, un giorno sì ed uno no, nulla di chissà quanto preoccupante.

Con il passare del tempo e con l'avanzare della malattia ho iniziato a rendermi conto, ma sempre in maniera un po' lontana e non perché io volessi stare lontano ma perché c'erano distrazioni come il lavoro, che non mi facevano soffermare del tutto sulla situazione.

Non volevo essere estraneo ai fatti, perché comunque riguardavano mia madre e anche mio padre, ma non ero del tutto sicuro, convinto e totalmente dentro la situazione; infatti, inizialmente, è stato come non aver subito alcun tipo di colpo o reazione negativa.

Sì, i medici dicevano mille cose, mamma faceva moltissimi esami, cure, ma io vivevo da solo ed ero staccato dal loro vivere giornaliero qui, a casa, venivo a trovarli ma stavo un'ora e andavo via o venivo per pranzo o solo per cena.

Quando, poi, ho capito che la situazione iniziava a farsi pesante, ho deciso di stare più tempo a casa, non di tornare a vivere con loro ma di interessarmi di più, stare più al loro fianco.

Quando mamma è stata trasferita a Roma, mi alternavo tra lavoro e Roma, ma anche lì non riuscivo bene a capire ed a rendermi conto della gravità dei fatti, soprattutto delle conseguenze.

Dopo diversi giorni mamma è tornata a casa ed io ho deciso di tornare a vivere con loro.

Non lavoravo più ed è stato lì che, avendo ogni giorno la situazione davanti agli occhi, ho capito davvero a cosa stavamo andando incontro, cosa stava succedendo e cos'altro sarebbe potuto succedere. Non era facile per me alzarmi la mattina e trovare sempre qualcuno a casa, a tutte le ore, OSS ed infermieri, non potevo più girare in mutande, sentivo toccata la nostra privacy, nonostante sapessi che erano tutti lì per il bene di mia madre.

Da lì nelle prime settimane, nel primo mese, un senso di angoscia, rimorsi, ansia tanta.

Infatti ho avuto seri problemi di attacchi di panico, mi sono fatto seguire e non mi vergogno a dirlo.

Questo non era legato alla perdita del lavoro ma perché non ero pronto a vivere la situazione a casa nel pieno, vedere tutto ciò che stava succedendo.

Mamma era tornata da Roma diversa da come era partita, senza voce e da quel momento in poi, per sempre, a letto e anche se il "grosso" era passato, perché il peggio si era verificato in quell'ospedale con l'insufficienza respiratoria (ha rischiato di morire).

Non avendo io veramente vissuto al momento giusto lo spavento, ho iniziato ad accusare i sintomi che ti ho detto prima. Stavo male, non volevo affrontare nulla, sempre giù di morale, nervoso, ansioso.

Come dicevo, mi sono fatto seguire e in quegli incontri mi è stato detto che la mia situazione era dettata dal fatto che l'esordio dei sintomi della malattia di mia madre, e alle complicanze e i vari spostamenti nei tanti ospedali, non mi avevano portato nulla ed in quel momento, quindi, era normale che io dovessi esplodere.

Infatti, le mie paure sono arrivate in quel momento, quando tutto sembrava essere più calmo e dovevamo abituarci alla nostra nuova vita. Sono una persona dai facili allarmismi, sia per questioni mie che degli altri, quindi andavo da mia madre "Mamma non mi sento bene" e lei mi diceva "Non hai niente, non ti preoccupare, è solo un po' d'ansia, tu sei così."

Ti dirò, ho superato quel momento soprattutto grazie a lei, anche se è assurdo dire che lei ha aiutato me.

Piano, i mesi son passati e tra varie distrazioni, un nuovo lavoro, gli amici, con le mie ansie è andata sempre meglio, mi facevo coraggio e forza, affrontavo le paure di petto dicendo "Basta! Così non si può vivere, a casa la situazione è questa, io devo riprendermi perché non sono più me stesso."

Davo sempre più una mano a papà, da lì ho capito sempre meglio il funzionamento di tutte le situazioni di mamma,

aspirare i muchi dalla tracheostomia, cosa che all'inizio mi faceva paura, il fatto di andare ad agire dentro di lei con quel tubicino, era per me strano.”

“Quindi anche tu, come tuo padre, ti occupi di lei?”

“Sì sì, senza problemi. Le do da mangiare, diciamo, o meglio le preparo il cibo collegando le sacche tramite la PEG. Certo, me lo hanno insegnato, perché da solo sarebbe stato impossibile; con coraggio ci ho tenuto davvero, “Voglio capire come funziona perché lo voglio e devo farlo anche io, perché se qui a casa non c'è nessuno e sono solo come devo fare? Non posso entrare nel panico.” Adesso per me è tutto più semplice.”

“Il vostro rapporto madre/figlio è cambiato?”

No, cambiato no, è sempre stato ed è veramente lo stesso. Io sono uno che le paranoie non le vuole sentire anche quando sbaglio ed è assurdo, quindi una mamma giustamente te le fa e lei continua a farle. Viene a sapere che la mia camera è in disordine o che stanno in giro cose fuori posto che lei non può sistemare e si arrabbia anche per questo, non potendo starci più dietro dice: “Perché avete fatto fare tutto a papà?” - ed a me “Mettili a posto, fai questo, fai quello!”.

Certo sono un ribelle, nel senso “sì, sì, dopo lo faccio!”, poi, però, ci penso seriamente e mi dico: “Cavolo! Lo devo fare davvero, e subito!”.

Quindi ti dico di no, che non è cambiato nulla tra noi, anzi mi confido e mi apro molto più con lei adesso, prima ero più chiuso e non le raccontavo quasi niente. Tenevo per me tutto, mentre adesso, anche per il fatto che i miei amici vengono a trovarla spesso, le situazioni tra me e loro fuori di casa le viene a sapere o insieme glielie raccontiamo; ti dirò questo da un lato è molto bello perché ci sono miei amici che vengono a casa, si siedono con lei e parlano tanto. Per il resto niente, adesso ho capito che è così e basta, punto. Mi fa sicuramente paura pensare: se più in là dovesse peggiorare il tutto? però grazie a questa situazione diciamo che parto prevenuto ed è come se so di poter affrontare meglio e con prontezza qualsiasi altra cosa. Ciò che abbiamo già vissuto è stato abbastanza grave a Roma con la crisi respiratoria e le varie complicazioni; quindi penso proprio di sì, credo adesso di saper affrontare meglio tutto. Sono sempre stato del parere che mamma non si dovesse e potesse mai ammalare, che non le sarebbe mai potuto succedere niente, mi faceva paura pensarci ed è purtroppo successo. Ogni volta che mi chiedono come sta rispondo sempre che la situazione è stabile e che sta bene, questo per farti capire la mia positività, non ho mai detto che sta male e mai mi sono lamentato, neanche quando è stata male davvero, a Roma, mai. Non mi piace e non mi è piaciuto essere negativo neanche quando probabilmente un po' avrei dovuto.”

“Tua madre è una forza della natura!”

“Appunto, già. Ne sono consapevole e l'ho scoperto con la sua malattia. Io, mettendomi nei suoi panni, non credo ce la farei, non sarei riuscito ad andare avanti, al solo pensiero di non potermi muovere, essere a letto, boh!

Lei invece no. Certo, avrà sicuramente momenti NO, momenti in cui non dice nulla per non addossare agli altri, a noi, le sue tristezze, credo che sappia ben nascondere i suoi diversi stati d'animo.

Non credo che non abbia mai pensato almeno una volta di non voler più stare a letto, di non voler “combattere”.

All'inizio ho scoperto che piangeva ma sempre con grande compostezza, sicuramente con mio padre si è aperta e si apre di più rispetto a noi, comunque ho scoperto, ti ripeto, che è fortissima! Forte! Forte! Rendersi conto a 50 anni di età di avere questo tipo di malattia, ti cambia tutto.

I miei genitori, che prima uscivano sempre in comitiva, gite fuori paese... adesso, non possono più fare niente, ti spezza tutto a mio parere ma lei, bene o male, anzi cosa dico, molto bene, l'ha presa alla grande!”

“Il mio pensiero però va anche a tuo padre Franco, “costretto” a non fare più nulla per amore di sua moglie.”

“Infatti sì. Però anche lui adesso, con il passare del tempo, ha capito che può fidarsi di noi, di me e di mio fratello e che, pur stando soli, a mamma non può succedere niente. Essendo stabile la situazione della malattia, papà piano piano ha ripreso ad andare a trovare il suo amico in Abruzzo, va a cena con gli amici, cosa che non faceva da una vita, all'inizio rifiutava ogni tipo di invito. Adesso tutto si è stabilizzato per tutti e dirò sempre che, fino a quando sarà così, per me va benissimo.

Se mi dicessero: “Da ora a 100 anni così!” io dico: “Ok, alla grande!”, ma perché ormai la nostra routine è questa.

La mia è una mamma presente, ci sgrida, si arrabbia, ci dà i soldi, “Mi serve questo mamma!” - “Vai a prenderli, conosci il posto” - è presente in tutto e per tutto come sempre, da sempre, nonostante sia in un letto, immobile senza

voce, attaccata ad un respiratore e facendosi capire dal labiale, dalle sue espressioni e dai suoi occhi. Ti fa passare il pensiero, che vabbè per noi non c'è più da tempo perché è la normalità, quel pensiero di lei lì, perché lei ha ciò che ha, non può alzarsi da quel letto ma questa idea direi atroce te la fa passare. È come se mamma stesse giù in tavernetta con me o sopra in cucina a preparare e noi che le giriamo intorno, è come se non abbia mai smesso di sgridarci e chiamarci come faceva una volta, è mondiale. Da una parte tutto questo è troppo bello, sapendo cosa ha passato e vederla adesso, impossibile non dire: "Cavolo! Tanto di cappello!". Ci parli e ti viene di pensare "Ma è sicuro che hai tutto ciò che dicono?"; vale anche per il suo aspetto fisico, in carne rispetto a prima, bella piena dico io, curata. Va benissimo così davvero. Rispetto a mio fratello sono stato più fragile e pensavo onestamente che avvenisse il contrario; Claudio è stato molto più composto e non so se maschera ed ha mascherato, ma non penso perché ha sempre ragionato prima di dover fare e pensare qualcosa. Quando a Roma mamma ebbe la crisi, mio padre era lì con lei, era il 1° Gennaio, un capodanno che non avrei voluto festeggiare tra amici e cenone di fine d'anno, ma ci sono andato lo stesso. Il giorno dopo mentre dormivo arriva il messaggio di una mia cugina: "Mamma sta male". Quando leggi un messaggio del genere, quando già la situazione è delicata per me voleva dire che mia madre stava malissimo. C'era la neve e a piedi, in pigiama, sono andato a casa di mia zia, in lacrime, capivo ben poco, ebbi anche la febbre e tanto caos dentro di me; questo per farti capire che invece a Claudio nulla di tutto questo, il silenzio. Ma chissà cosa avesse dentro."

"Nella tua vita è cambiato il modo di comportarti?"

"Adesso posso dirti che da quel giorno ho capito quasi tutto della mia vita, ho capito come è giusto che debba affrontare certe situazioni senza esagerare, mi rendo conto di aver affrontato quell'episodio un po' da bambino, incapace di affrontare un problema inaspettato, nonostante comunque fossi davvero più piccolo ed immaturo. Raccontandoti queste cose, mi rendo conto di essere cambiato, vedo in maniera diverse tante situazioni, da quella di mia madre, a tante altre, e so di saperle affrontare in maniera diversa.

Adesso mi sento più tranquillo. Prendo la mia vita molto alla "leggera", anche sul posto di lavoro, se qualcosa va per il verso sbagliato sono convinto di poter sempre trovare una soluzione. Sono sempre stato così, quel periodo più intenso della mia vita mi ha cambiato buttandomi giù e facendomi perdere ogni mia sicurezza, "Non ce la farò mai più a fare niente nella mia vita." dicevo, come se nella mia mente ci fosse solo quella convinzione, del nulla, ma adesso posso dire di essere tornato me stesso, anche più positivo di prima.

Affronto le cose con simpatia, allegria, la persona che sono e voglio essere, senza paure; tutto questo lo devo a ciò che è successo alla mia famiglia, a mia madre e lo dico perché ne sono convinto. Certo, se non ci fosse stata la scoperta di questa malattia per lei, non sarei qui a parlarvene e non avrei mai avuto quel periodo di sbandamento, ma, visto che c'è stato, ti dico che mi ha reso più uomo, più adulto.

Per il resto, tutto alla grande!" con un immenso sorriso, ha concluso così".

[Il precedente racconto è stato scritto e realizzato al termine di uno studio sperimentale della durata di 6 mesi. L'elaborato finale è frutto delle informazioni ricavate nei vari incontri]

Risultati - Lo scopo del mio racconto è quello di far conoscere ciò che forse nessuno ha mai il coraggio di dire ed affrontare davvero. Io mi sento più ricco grazie alla famiglia che ha collaborato con me ed ha reso possibile la realizzazione di questo studio.

Una moglie, un marito ed un figlio che hanno insieme un grande potere: far capire qual è lo scopo di ogni essere umano in questa vita. Senza il dolore e senza alcuna sofferenza nessuno è in grado di afferrare e scoprire la felicità che alla maggior parte di noi sembra sempre nascosta ed irraggiungibile.

Io credo che la loro forza stia proprio nel fatto di trasformare il dolore in insegnamento per gli altri, io nei loro occhi ho visto una naturalezza rara ed insolita.

La mamma è una forza della natura, una donna che non si è mai arresa e che sono convinto mai farà. Il marito vede in sua moglie l'unica ragione di vivere ed è il suo nome ad aprire la porta di ogni discorso.

Il tempo che ho trascorso nella loro famiglia mi ha mostrato come, nonostante tutto, la mamma sia sempre presente e disponibile.

È una moglie, una madre, una sorella, una figlia, una zia ed un'amica eccellente perché ricopre ognuno di questi ruoli mettendoci cura, cuore ed attenzioni.

Conclusioni - Questo studio sperimentale nasce da una doppia constatazione: l'importanza del rapporto malato/caregiver e membri del nucleo familiare, della povertà di testimonianze a favore di questo. È emerso quanto queste due figure siano strettamente connesse tra loro, l'una non esisterebbe senza l'altra.

Ad oggi, gli studi pubblicati mettono in evidenza il forte impatto e le difficoltà che questi si ritrovano ad affrontare dall'esordio della malattia, soprattutto per quanto riguarda la sfera pratico-assistenziale.

Tutto questo, accompagnato da valori quali rispetto, fiducia, amore, altruismo e gratitudine semplifica le difficoltà assistenziali da parte del caregiver offrendo ulteriore beneficio al malato.

Dal mio lavoro emerge un altro dettaglio significativo: con l'arrivo in casa di una malattia, tutta la famiglia è chiamata a reagire.

L'esperienza e la realtà della malattia, come tutte le realtà che l'uomo incontra nella sua vita, sono una sfida. L'essere umano ha coscienza di sé e ha la libertà di scegliere, prende posizioni di fronte a tutto quello che gli accade arricchendosi e fortificandosi. Magari può capitare che quella situazione sia pesante, sia di sofferenza, ma non ci sono delle situazioni in cui l'uomo non riesca a saltarci fuori con la sua umanità, a sviluppare quella ricchezza di amore, di solidarietà e di vicinanza all'altro.

Certo, il malato è al centro, oggetto di buone cure e, ancor prima, lui stesso soggetto della sua vita e della sua cura; ma, proprio perché questo si realizzi, è necessario che chi gli sta vicino come uomo, marito, figlio o come professionista dell'assistenza, sappia per esperienza diretta e continuativa che cosa significhi essere persona, comportarsi ed essere trattato come tale.

Non si può aiutare veramente qualcuno se contemporaneamente non ci si prende cura di sé stessi e se non si è costantemente aiutati ad aiutare. Per questo elementare ma tutt'altro che scontato motivo, penso che coloro che assistono debbano verificare che gli stessi curanti si prendano cura gli uni degli altri per non bruciarsi.

A questo riguardo gioca un ruolo determinante la figura dello psicologo, utile a maturare sicurezze e positività, come è successo e ha raccontato nella sua storia Giovanni. Leggendo la sua intervista, è facile mettersi nei panni di un figlio che scopre la malattia della madre, essendo totalmente impreparato ad affrontarla, specie se questo si è definito ansioso ed immaturo. La sua testimonianza regala un grande esempio a chi come lui vive tale situazione e non ne vede via di uscita, ma anche a chi non conosce da vicino questa realtà e sa solo vederci del negativo. Giovanni ringrazia la malattia della mamma, le difficoltà che lui e tutta la sua famiglia hanno dovuto affrontare, si definisce adesso un uomo ed è convinto che senza tutto ciò, forse mai lo sarebbe diventato.

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di esplorare l'esperienza vissuta, in particolare da un punto di vista emotivo e fenomenologico, in un paziente affetto da patologia invalidante, dal suo caregiver e dai suoi figli. Il loro raccontare e il mio saper ascoltare è stato produttivo in entrambi i casi.

Nei primi è stato motivo di sfogo e liberazione e un valido strumento per aiutare a ricercare parole per dire e riconoscere il proprio vissuto, per costruire nuove connessioni possibili tra malattia e vita quotidiana, trame di senso per riuscire a rivedersi, ricomprendersi e riprogettarsi in una rinnovata versione della propria storia e della propria identità. Si tratta di ricostruire il proprio sapere e la storia personale per giungere a nuove consapevolezza, a rinnovare interpretazioni e comprensioni dell'esperienza che si sta vivendo.

Per me ricercatore è stato invece motivo di crescita professionale e arricchimento interiore, un'opportunità per rendere più completo l'accertamento dei problemi assistenziali della persona, attingendo ampiamente ai vissuti, alle emozioni, alle aspettative ed ai desideri di tutta la famiglia.

La possibilità, offerta al paziente e alla sua famiglia, di narrare la sua storia aiuta nell'espressione dei propri stati emotivi e produce positivi vissuti di ascolto e condivisione rafforzando il rapporto infermiere-utente.

La parte iniziale è prettamente teorica mentre la parte finale vede come protagonisti il malato, il caregiver, il racconto di un figlio e per ultime le mie parole. L'influenza che questo lavoro ha avuto su di me è stata di grande rilevanza perché la figura dell'infermiere, ai miei occhi, ha acquisito un valore aggiunto.

Essere un infermiere vuol dire saper fare una terapia, una medicazione ed un letto ma anche e soprattutto saper essere.

BIBLIOGRAFIA

- Dott.ssa Dolzani F., "Le miopatie infiammatorie" - Trento, 2012
Marcadelli S. e Artioli G., "Nursing narrativo" - Maggioli, 2010
Antognozzi C., "Le narrazioni di Malattia" (rivista l'infermiere n.2) - Ipasvi, 2012
Ceconi L., "La ricerca qualitativa in educazione" - Franco Angeli, 2002
Trincherò R., "Manuale di ricerca educativa" - Franco Angeli, 2002
Pergolesi L. dirigente professioni sanitarie ASL TA, "Le relazioni di aiuto" - Taranto, 2013
Vicini M.A., "Nursing Oggi" n. 1 pp. 66-69, Lauri e Vesalio - Milano, 1998
Good B.J., "Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente" - Einaudi, 1999

LOTTA AL PRECARIATO

Dott. Pierpaolo Volpe, Master in infermieristica forense

***Il Parlamento europeo approva una Risoluzione in Plenaria sulla lotta alla precarietà e all'abuso dei contratti a tempo determinato a seguito delle Petizioni presentate.
Al Parlamento europeo anche il caso dei precari licenziati della ASL Taranto.***

In data 31 Maggio 2018 per la prima volta il Parlamento Europeo, in seduta Plenaria, approva una Risoluzione sulla lotta alla precarietà e all'abuso dei contratti a tempo determinato nel settore pubblico e privato. Tale giornata può, senza dubbio alcuno, essere definita epocale per i precari della Pubblica amministrazione in quanto **tale storico risultato giunge a conclusione di un percorso avviato nel lontano 2013 per mezzo delle denunce da me sporte alla Commissione Europea e per mezzo delle ben dieci petizioni presentate al Parlamento Europeo da numerosi precari tarantini.**

La proposta di Risoluzione, poi approvata nella seduta plenaria, è frutto dunque delle tenaci sollecitazioni provenienti dai precari pubblici della ASL di Taranto al Parlamento europeo, a seguito delle quali **in prima battuta, il 22 marzo 2017 la delegazione italiana costituita da 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 è stata convocata in audizione pubblica in Commissione per le Petizioni del Parlamento UE nel simbolico edificio Altiero Spinelli.**

Al termine di detta audizione, **la presidente della Commissione Petizioni, la svedese Cecilia Wikstrom, usava parole molto forti nei confronti dello Stato italiano, affermando come la situazione italiana dei precari pubblici non fosse degna di un paese dell'Unione europea.**

In tale occasione veniva proposto e **calendarizzato un Public Hearing** sul tema della tutela dei diritti dei lavoratori in un'occupazione temporanea o precaria che si sarebbe, poi svolto il 22 novembre 2017 a Bruxelles presso la sede del Parlamento Europeo.

La delegazione italiana, dunque, in occasione del Public Hearing sottoponeva nuovamente alle istituzioni europee le inadempienze del Governo Italiano rispetto agli obblighi derivanti dalla normativa comunitaria in materia di contratti a termine

Al termine del Public Hearing, la Commissione Petizioni, preso definitivamente atto dell'utilizzo abusivo dei contratti a termine nel settore pubblico (fattispecie comune a diversi paesi europei), ha ritenuto di sottoporre all'attenzione dell'intera assise parlamentare tale problematica.

La Risoluzione approvata a Strasburgo lo scorso 31 maggio con 312 SI, 75 NO, e 155 astensioni, rappresenta come detto il completamento di tale faticoso percorso portato avanti con tenacia da me e dai precari tarantini.

Tale importante risultato, inoltre, è indubbiamente da ascrivere al grande lavoro dei Parlamentari euro-

pei **Laura Agea** e **Eleonora Evi** e del Policy advisor del gruppo EfdCarlo Diana, i quali hanno ottenuto, non senza le resistenze di altri gruppi parlamentari, la calendarizzazione di una Proposta di Risoluzione da parte del Parlamento europeo.

Il Parlamento europeo nel il testo approvato, tra le altre cose, “ritiene che per lavoro precario si debba intendere un lavoro che deriva, tra l’altro, da un uso abusivo di contratti di lavoro temporanei in violazione delle norme internazionali in materia di condizioni di lavoro, dei diritti dei lavoratori e del diritto dell’UE; sottolinea che il lavoro precario implica un maggiore esposizione alla vulnerabilità socioeconomica, risorse insufficienti per una vita dignitosa e una protezione sociale inadeguata”.

Al punto 22 della Risoluzione il Parlamento **affronta e stigmatizza indirettamente il caso dei precari della ASL Taranto licenziati per aver osato ricorrere al Giudice del Lavoro contro l’azienda sanitaria**: “condanna il fatto che i lavoratori riconosciuti dalle competenti autorità giudiziarie come vittime di un utilizzo abusivo di contratti a tempo determinato, in violazione della direttiva 1999/70/CE, sono stati licenziati; è fermamente convinto che, laddove abbiano avuto luogo gli abusi relativi a una successione di contratti a tempo determinato, sia possibile applicare una misura che offra garanzie efficaci ed equivalenti per la tutela dei lavoratori, al fine di sanzionare debitamente gli abusi ed eliminare le conseguenze della violazione del diritto dell’UE, nonché per salvaguardare la posizione occupazionale dei lavoratori interessati.

L’Europarlamento riconosce, poi, nella conversione del contratto da tempo determinato a tempo indeterminato, la misura sanzionatoria anti-abuso più forte (e adeguata) da adottare in tutte le legislazioni nazionali: “sottolinea che la conversione di un contratto a tempo determinato in un contratto a tempo indeterminato deve essere considerata come una misura volta a impedire e a sanzionare effettivamente l’abuso dei contratti a tempo determinato nel settore pubblico e privato, e deve essere inclusa in modo chiaro e coerente da tutti gli Stati membri nei rispettivi quadri giuridici pertinenti in materia di diritto del lavoro”.

Il Parlamento UE, infine, con il testo della Risoluzione attacca duramente anche la Commissione europea per i ritardi accumulati nella definizione della procedure di infrazione sul precariato pubblico italiano (in tal modo viene dato seguito alla denuncia dei precari tarantini al Mediatore europeo contro la Commissione europea per la carente gestione della predetta procedura di infrazione).

La Risoluzione è stata già trasmessa, a cura del Presidente del Parlamento al Consiglio europeo, alla Commissione europea e ai governi degli Stati membri.

Il testo approvato condizionerà, quindi, tutte le politiche UE e degli Stati membri in tema di precarietà, lotta e prevenzione degli abusi.

Un risultato enorme che viene dalla Puglia, e nello specifico da Taranto passando per Bruxelles e Strasburgo.

Dalla Risoluzione del Parlamento europeo al Decreto dignità

Non può certamente sfuggire la coincidenza temporale tra l’approvazione della Risoluzione al Parlamento europeo e l’approvazione da parte del Governo del Decreto dignità di riforma dei contratti a termine e smantellamento del Jobs act.

Di contratti a termine, precariato pubblico e decreto dignità se n’è parlato a Palermo nel Convegno dal titolo **“Il precariato pubblico nella Regione Siciliana (e non solo) tra legislazione regionale e Decreto Madia: quale soluzione?”** organizzato dall’Associazione giuslavoristi italiani, dall’Ordine degli avvocati di Palermo, dall’Associazione Siciliana Amministratori Enti Locali, Anief, e ProdiMed, e dove ho potuto relazionare sulle procedure di infrazione e le petizioni al Parlamento europeo.

Pervietà del CVC nei pazienti oncologici: lavaggio con soluzione eparinata versus soluzione fisiologica

Dott.ssa Monica Cardellicchio

Infermiera Distretto Unico ASL TA, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Il Cateteri Venosi Centrali (CVC) trovano applicazione clinica in diversi campi della medicina e in particolare in oncologia. L'infusione continua di alcuni farmaci è diventato, infatti, il trattamento standard in una vasta gamma di tumori. Ma i CVC non sono esenti da rischi: l'occlusione trombotica è spesso una complicanza. La letteratura raccomanda il lavaggio del catetere per prevenire la trombosi e mantenere la pervietà, ma attualmente non c'è abbastanza chiarezza su quale sia la pratica migliore tra il lavaggio effettuato con soluzione eparinata piuttosto che con soluzione fisiologica. Molti considerano l'uso routinario di eparina innocuo; tuttavia complicanze gravi quali interazioni farmacologiche e trombocitopenia, indotte da eparina, sono stati riportati in associazione al lavaggio con eparina.

Obiettivo - Lo scopo di questo studio è di confrontare l'incidenza di occlusioni trombotiche nei CVC impiantati in pazienti oncologici, in cui è stato effettuato il lavaggio con soluzione eparinata rispetto ai CVC lavati con soluzione fisiologica.

Metodo - Per rispondere al quesito è stata effettuata una revisione della letteratura consultando i database Pub-Med, Cochrane Library e Cinahl. Data l'esiguità dei risultati ottenuti non sono stati impostati limiti nella ricerca.

Risultati - Sono stati presi in considerazione tre studi. Dalla letteratura esaminata, i risultati sono discordanti. Attualmente non ci sono prove sufficienti per dimostrare se la soluzione di eparina è più efficace della soluzione fisiologica nel mantenere la pervietà dei CVC.

Conclusioni - È opportuno esaminare e

approfondire l'argomento con ulteriori studi su campioni più ampi e adeguati, trattandosi di una procedura comune e importante nella pratica infermieristica.

Key words - I termini utilizzati per condurre la ricerca nei data-base sono: Central Venous Catheter, port, cancer, tumor, tumour, neoplasm, malignant, heparin, saline, sodium chloride, flush, lach, patency e patent.

Background

I cateteri venosi centrali (CVC) sono dispositivi largamente utilizzati in clinica, permettono l'infusione intermittente o continua di farmaci con pH acido o alcalino, farmaci antitumorali (irritanti, vescicanti), terapie nutrizionali iperosmolarmente potenzialmente dannose per vene di piccolo calibro, il prelievo di campioni di sangue e, in alcuni casi, la rilevazione della PVC, il trattamento emodialitico ed emafereitico.

In particolare, in oncologia vengono utilizzati per la somministrazione di chemioterapici, perché sono maggiormente accettati dai pazienti per la loro collocazione nel sottocute e perché sono soggetti a un minor numero di infezioni. Ma i cateteri venosi centrali non sono esenti da rischi. L'occlusione trombotica è una delle principali complicanze dei CVC.

Obiettivi

Un argomento di forte interesse è la gestione del CVC, in particolare nel mantenimento della pervietà. In letteratura non c'è abbastanza chiarezza circa l'utilizzo di soluzione eparinata o di soluzione fisiologica per effettuare il lavaggio dei cateteri

per prevenire la formazione di trombi e mantenere la pervietà. Lo scopo di questo studio è di esaminare quale tecnica sia maggiormente efficace nel mantenimento della pervietà tra il lavaggio con soluzione eparinata o quello con fisiologica.

Materiali e metodi

Strategia di ricerca - Per rispondere al quesito di ricerca è stata effettuata una revisione della letteratura, consultando i database Pubmed, Cochrane Library e Cinahl; essi sono database completi per rispondere al quesito posto. L'impostazione del quesito di ricerca è stato pianificato accuratamente tramite metodologia PICO:

POPOLAZIONE	INTERVENTO
Pazienti oncologici portatori di CVC	Lavaggio con eparina
COMPARAZIONE	OUTCOMES
Lavaggio con fisiologica	Valutazione di un lavaggio rispetto all'altro

anche le parole chiave sono state scelte scrupolosamente tenendo conto della metodologia PICO, e i Mesh Terms sono stati combinati tra loro con l'operatore booleano OR prima, ed AND dopo:

POPOLAZIONE	INTERVENTO
(Central venous catheter*) Port Cancer* Tumor* Tumour* neoplasm* carcino* malignan*	Heparin
COMPARAZIONE	OUTCOMES
Saline Sodium chloride	Flush* Lock* Patency Pantent

Limiti imposti alla ricerca - Nella ricerca non sono stati impostati limiti metodologici vista la specificità della domanda e l'esiguità dei risultati ottenuti.

Criteri di inclusione ed esclusione degli studi - Nel corso della ricerca sono stati reperiti e analizzati solo studi in lingua inglese. Data l'esiguità del numero degli articoli trovati, sono stati inclusi nella revisione due studi effettuati su popolazioni oncologiche pediatriche, inoltre si è avuta difficoltà a reperire il full text di un articolo.

Risultati revisione bibliografica - Il risultato della ricerca è stato di 13 articoli col database Pubmed, 8 con Cochrane e 1 con Cinahl. E' stato letto ed esaminato l'abstract di tutti gli articoli e si è proceduto con la lettura del full text di soli articoli trovati coerenti con il quesito di ricerca. Non è stato possibile reperire il full text di uno degli articoli. Gli articoli presi in considerazione saranno citati con riferimento alla tabella che segue.

Analisi

Il **primo studio**, prospettico randomizzato, è stato effettuato in un centro specializzato per le malattie ematologiche pediatriche e oncologiche tra il 1 gennaio 2003 e il 31 gennaio 2005. I criteri di inclusione dei pazienti erano i seguenti: pazienti pediatriche di età compresa tra 0 e 17 anni, affetti da patologie ematologiche maligne o non maligne, e malattie oncologiche, portatori di un CVC di tipo Broviac-Hickman ai fini della chemioterapia o trapianto di cellule staminali emopoietiche. Il protocollo dello studio è stato approvato dal comitato etico locale. Al momento dell'arruolamento, gli obiettivi dello studio sono stati spiegati ai genitori dei pazienti ed è stato ottenuto da loro il consenso. Gli obiettivi dello studio erano quelli di accertare se le due diverse modalità di lavaggio del CVC fossero correlate significativamente ai diversi tassi di complicanze e di sopravvivenza del CVC. Le due diverse tecniche di lavaggio sono state effettuate con 3 ml di soluzione epari-

AUTORI/ANNO	TITOLO DELL'ARTICOLO	RIVISTA
Cesaro S, Tridello G, Cavaliere M, Magagna L, Gavin P, Cusinato R, Zadra N, Franco Zanon G, Zanesco L, Carli M (2009)	Prospective, randomized trial of two different modalities of flushing central venous catheters in pediatric patients with cancer	Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology
Smith S, Dawson S, Hennessey R, Andrew M (1991)	Maintenance of the patency of indwelling central venous catheters: is heparin necessary?	The American journal of pediatric hematology/oncology
Mayo DJ, Horne MK, Summers BL, Pearson DC, Helsabeck CB (1996)	The effects of heparin flush on patency of the Groshong catheter: a pilot study	Oncology nursing forum

TITOLO DELL'ARTICOLO	AUTORI/ANNO	METODOLOGIA DI RICERCA	CAMPIONE	TRATTAMENTO/FOLLOW UP	RISULTATI
Prospective, randomized trial of two different modalities of flushing central venous catheters in pediatric patients with cancer	Cesaro S, Tridello G, Cavaliere M, Magagna L, Gavin P, Cusinato R, Zadra N, Franco Zanon G, Zanesco L, Carli M (2009)	RCT	203 pazienti pediatrici oncologici con CVC (Broviac-Hickman). Periodo osservazione: 25 mesi	<i>Gruppo Standard:</i> lavaggio con 3 ml di soluzione eparinata (200 UI eparina/ml) 2 volte a settimana. <i>Gruppo Sperimentale:</i> lavaggio con soluzione fisiologica 1 volta a settimana	Più alta incidenza di complicanze nel gruppo sperimentale, quali occlusioni (83 vs 41) e batteriemia (24 vs 9)
Maintenance of the patency of indwelling central venous catheters: is heparin necessary?	Smith S, Dawson S, Hennessey R, Andrew M (1991)	RCT	14 pazienti oncologici pediatrici con CVC (Broviac). Periodo osservazione: 7 mesi	<i>Gruppo Standard:</i> lavaggio con 5 ml di soluzione eparinata (10 UI eparina/ml) 2 volte al giorno. <i>Gruppo Sperimentale:</i> lavaggio con 9 ml di soluzione fisiologica 1 volta a settimana	Nessuna differenza significativa fra i due diversi metodi di lavaggio
The effects of heparin flush on patency of the Groshong catheter: a pilot study	Mayo DJ, Horne MK, Summers BL, Pearson DC, Helsabeck CB (1996)	RCT	51 pazienti oncologici con CVC (Groshong)	<i>Gruppo Standard:</i> lavaggio con 5 ml di soluzione fisiologica 1 volta a settimana. <i>Gruppo Sperimentale:</i> lavaggio con 2,5 ml di soluzione eparinata (100 UI eparina/ml) 1 volta a settimana	In tutti i 28 cateteri lavati con fisiologica è stata riscontrata la presenza di coaguli. Nessuna complicanza nei cateteri lavati con eparina

nata (200 UI/ml), due volte a settimana, utilizzando un tappo standard per CVC (gruppo standard) e con lavaggio di soluzione fisiologica una volta a settimana, utilizzando un tappo antireflusso a pressione positiva (gruppo sperimentale). In entrambi i gruppi, la frequenza dei lavaggi potrebbe essere aumentata in base alle esigenze dei pazienti. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a pulizia settimanale del punto d'uscita con soluzione di iodio-povidone, e medicato con garza sterile. Sono sempre state utilizzate tecniche antisettiche e scrupolosa igiene delle mani nella gestione del CVC. Dopo l'inserimento del CVC, i genitori

dei pazienti hanno ricevuto un diario in cui è stato appuntato e aggiornato ogni lavaggio di routine, i farmaci somministrati e le complicanze (descritte e firmate dal medico o infermiere che ha eseguito la diagnosi e il trattamento). Il **secondo studio** ha avuto un periodo di osservazione di 7 mesi. La popolazione era costituita da 14 pazienti oncologici pediatrici di età compresa tra i 4 mesi e un anno. Tutti i pazienti avevano posizionato un Catetere Broviac prima di entrare nello studio. Dieci pazienti erano affetti da leucemia linfoblastica acuta, due pazienti avevano un linfoma non-Hodgkins e due avevano tumori solidi. Lo



studio era di tipo randomizzato cross-over; è stato approvato dal comitato etico dell'ospedale e, informati i genitori di ogni paziente, è stato ottenuto il consenso scritto da ognuno. L'obiettivo principale dello studio era definire quale tecnica fosse la migliore per mantenere la pervietà del CVC. Nel gruppo standard è stato effettuato il lavaggio del catetere due volte al giorno con 5 ml di soluzione eparinata (10 UI di eparina/ml di soluzione fisiologica); nel gruppo sperimentale il lavaggio è stato effettuato una volta a settimana con 9 ml di soluzione fisiologica. I pazienti sono stati randomizzati inizialmente per uno dei due metodi di lavaggio per un periodo di 3 mesi e mezzo, al termine dei quali sono passati al metodo opposto di cura del catetere per ulteriori 3 mesi e mezzo. La formazione di trombi nel catetere è stata monitorata attraverso pervietà funzionale ed ecograficamente. Il controllo ecografico è stato effettuato nei pazienti prima di entrare nello studio e alla conclusione dello studio. Si sono registrate altre complicanze; la presenza di infezione è stata dimostrata da coltura positiva di campioni di sangue. Il **terzo studio** è stato condotto in una unità di degenza e ambulatoriale di oncologia in una città medio-atlantica degli Stati Uniti. Lo studio, di tipo prospettico randomizzato, è stato effettuato su un gruppo di controllo di 28 pazienti

con Catetere Groshong lavato settimanalmente con 5 ml di soluzione fisiologica; mentre il gruppo sperimentale era costituito da 23 pazienti con Catetere Groshong lavato settimanalmente con 2,5 ml di soluzione fisiologica eparinata (100 U/ml).

Risultati

Nel **primo studio** sono state registrate 221 complicanze. L'occlusione del CVC è stata di gran lunga la complicanza più frequente e la sua incidenza è stata significativamente maggiore nel gruppo sperimentale (n=83) rispetto al gruppo standard (n=41). E' stata utilizzata l'urochinasi in 116 su 124 episodi di malfunzionamento e si è tradotta in ripristino della pervietà del CVC in 107 episodi. Quattro CVC sono stati prematuramente eliminati a causa della concomitante occlusione e dislocazione, mentre i restanti cinque CVC, tutti a doppio lume, sono stati lasciati in situ perché l'occlusione è stata limitata solo a un lume. Altre complicanze sono state di tipo meccanico, infezioni del punto di uscita, trombosi CVC-correlate e batteriemia e fungemia. Nel complesso ci sono stati 33 episodi di batteriemia/fungemia, con un numero superiore nel gruppo sperimentale (n=24) rispetto al gruppo standard (n=9). La rimozione è stata indispensabile in 6 dei 33

episodi di batteriemia/fungemia dopo fallimento della terapia antimicrobica. Nel **secondo studio**, invece, non c'è stata alcuna differenza statistica fra i due gruppi di pazienti trattati. Sono stati registrati due episodi di formazione di trombi alla fine dello studio (uno in ciascuno dei due gruppi di studio). L'incidenza di infezioni, invece, è stata maggiore nel gruppo sperimentale. Ciò ha portato a uno studio successivo, in cui i risultati indicano che non vi è alcuna differenza significativa nell'incidenza di occlusioni o altre complicazioni tra le due diverse forme di trattamento. Nel **terzo studio**, l'incidenza di occlusioni è avvenuta meno frequentemente nel gruppo con lavaggio con soluzione eparinata che nel gruppo con lavaggio con soluzione fisiologica. Tutti i 28 cateteri lavati con soluzione fisiologica hanno sviluppato un coagulo aderente in uno o entrambi i lumi, mentre non sono stati trovati coaguli aderenti nei cateteri lavati con eparina.

Conclusioni

Attualmente non ci sono prove sufficienti per dimostrare se la soluzione di eparina è più efficace della soluzione fisiologica nel mantenere la pervietà dei Cateteri Venosi Centrali. Dalla letteratura esaminata, i risultati sono discordanti: alcuni studi hanno mostrato come un maggiore numero di complicanze occlusive si sia verificato nel gruppo sperimentale di pazienti portatori di CVC in cui è stato effettuato il lavaggio settimanale con soluzione fisiologica: il lavaggio con eparina riduce quindi la probabilità di formazione di coaguli endoluminali e malfunzionamento del catetere.

Altri studi suggeriscono che il lavaggio con soluzione fisiologica è sufficiente a mantenere la pervietà e che, quindi, non è necessario utilizzare eparina per la gestione dei CVC, metodo scomodo e costoso per la famiglia. Inoltre, l'eparina può essere una potenziale, anche se rara, causa di interazioni farmacologiche, reazioni allergiche e trombocitopenia indotta da eparina.

E' opportuno esaminare e approfondire l'argomento con ulteriori studi su campioni più ampi e adeguati, trattandosi di una procedura comune e importante nella pratica infermieristica.

@ Bibliografia e sitogr@fi@

Abraham JL, Mullen JL. - A prospective study of prolonged central venous access in leukemia. - JAMA 1982;248:2868-73.

Cesaro S. et al - Prospective, randomized trial of two different modalities of flushing central venous catheters in pediatric patients with cancer - J Clin Oncol. 2009 Apr 20;27(12):2059-65. Epub 2009 Mar 9.

De Neef M, Heijboer H, van Woensel JB, de Haan RJ - The efficacy of heparinization in prolonging patency of arterial and central venous catheters in children: a randomized double-blind trial - Pediatr Hematol Oncol. 2002 Dec;19(8):553-60.

Mayo DJ, Horne MK 3rd, Summers BL, Pearson DC, Helsabeck CB - The effects of heparin flush on patency of the Groshong catheter: a pilot study - Oncol Nurs Forum. 1996 Oct;23(9):1401-5.

Rabe C, Gramann T, Sons X, Berna M, Gonzalez-Carmona MA, Klehr HU, Sauerbruch T, Caselmann WH - Keeping central venous lines open: a prospective comparison of heparin, vitamin C and sodium chloride sealing solutions in medical patients. - Intensive Care Med. 2002 Aug;28(8):1172-6. Epub 2002 Jul 5.

Smith S., Dawson S., Hennessey R., Andrew M., 1991 - Maintenance of the patency of indwelling central venous catheters: is heparin necessary? - Am J Pediatr Hematol Oncol. 1991 Summer;13(2):141-3.

Intravenous Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. - Journal of Intravenous Nursing 2000;23:1-72.



OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

Cambio divisa

*Dalla giurisprudenza
al nuovo
contratto collettivo nazionale
di lavoro della Sanità pubblica*



Avv. Luca Bosco

In questi anni si è molto discusso in ordine al così detto “cambio divisa”, ovvero della possibilità che il tempo impiegato per indossare e dismettere la divisa da lavoro, nonché quello impiegato per la trasmissione delle consegne, venga considerato orario di lavoro e come tale retribuito da parte delle Aziende Sanitarie.

Negli scorsi anni diversi lavoratori hanno adito il Tribunale del Lavoro al fine di ottenere il riconoscimento in sede giudiziaria della retribuzione maturata a seguito del tempo impiegato per indossare e dismettere la divisa da lavoro.

Ha preso avvio così, su tutto il territorio nazionale, un vasto contenzioso che

ha visto soccombere le varie aziende sanitarie. Difatti, come ampiamente rilevato dai Giudici interessati dalla fattispecie per il personale sanitario (infermieri, OSS, e quant’altro), la vestizione/svestizione costituisce una attività eterodiretta dal datore di lavoro che rappresenta una condizione essenziale ed imprescindibile dell’attività sanitaria stessa senza la quale non è possibile garantire l’igiene durante la prestazione assistenziale né la sicurezza da eventuali contaminazioni di liquidi biologici anche potenzialmente infetti.

Naturalmente, per le medesime ragioni igienico sanitarie, il lavoratore è obbligato ad effettuare il “cambio divisa”

sul luogo di lavoro.

Dunque, la prestazione l'inizio della prestazione lavorativa va fatto coincidere con l'accesso nella Struttura sanitaria (e non al reparto), infatti "il lavoratore entrando in Azienda si sottopone già al potere direttivo dell'imprenditore" rendendo effettiva da quel momento la prestazione lavorativa.

L'art. 2 comma 1 della DIRETTIVA 93/104/CE DEL CONSIGLIO del 23 novembre 1993 (recepita dall'art. 1 comma 2 del D.lgs. n. 66/2003) concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, all'art. 2 comma 1, definisce "orario di lavoro" qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni, conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali".

Dunque, secondo il tenore letterale della norma, affinché si configuri "orario di lavoro" devono sussistere tre criteri necessari:

- Il prestatore deve essere sul luogo di lavoro;
- Il prestatore deve trovarsi nell'esercizio delle sue attività e delle sue funzioni;
- Il prestatore deve essere a disposizione del datore di lavoro.

Ebbene, non v'è alcun dubbio che, nella fattispecie in esame, sussistono tutte e tre le condizioni sopra enunciate e che, conseguentemente, il tempo

dedicato da un operatore sanitario per indossare e dismettere la divisa (vestizione e svestizione) e per il passaggio di consegne all'entrata (e all'uscita) del proprio turno, costituisce orario di lavoro.

La oramai granitica giurisprudenza dei Tribunali di primo grado, delle Corti d'Appello e, soprattutto, della Suprema Corte di Cassazione, ha riconosciuto che il tempo impiegato dai lavoratori, oltre il normale orario di lavoro, per indossare e dismettere la divisa, costituisce tempo di lavoro è, pertanto, dà diritto alla remunerazione.

Tanto ha consentito alle parti sociali di pretendere l'inserimento nel nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro del così detto istituto del "cambio divisa".

L'art. 27 del nuovo CCNL del personale della Sanità pubblica sottoscritto il 21 maggio 2018, rubricato orario di lavoro, al punto 12), consente il riconoscimento "fino ad un massimo di 15 minuti complessivi tra vestizione, svestizione e passaggi di consegne, purché risultanti dalle timbrature effettuate, fatti salvi gli accordi di miglior favore in essere". Si precisa che è, comunque, ancora ad oggi fatta salva la possibilità per i lavoratori di ricorrere al Giudice del lavoro per il riconoscimento, delle differenze retributive maturate negli ultimi 5 anni, in ordine al tempo impiegato per il cambio divisa.

CRAP

Apertura della Regione Puglia alla richiesta del Coordinamento Ordini di Ta-Le-Fg per la presenza di Infermieri, figura obbligatoria, all'interno delle Strutture di Riabilitazione Psichiatrica pugliesi.

I Presidenti degli Ordini di Taranto, Lecce e Foggia mesi a dietro hanno incontrato il Consigliere Regionale Borraccino al quale hanno rappresentato alcuni problemi che vive la Sanità oltre a interrogazioni in merito ad alcuni bisogni come quello evidente nelle CRAP laddove sono ospitati "pazienti con gravi compromissioni o con compromissioni di gravità moderata ma persistenti e invalidanti" ai quali di fatto è negata la presenza dell'unica figura sanitaria che la legge individua come Responsabile dell'assistenza generale infermieristica, cioè il professionista infermiere.

Il Consigliere Borraccino ha presentato un'interpellanza, alla quale, di fatto, la Regione ha risposto rilevando la giustezza di quanto segnalato (che viene prevista come obbligatoria la presenza di tale specifica figura professionale nell'arco delle 24 ore).

PROGETTO TRIAGE

In drittura d'arrivo il progetto di miglioramento triage nei PS e nei PPI della ASL TA, che ha visto la partnership di: Ordine Professioni Infermieristiche della provincia di Taranto, che ha proposto il progetto; ASL TA che, condividendo la proposta, ha deliberato la partecipazione di medici ed infermieri di PS; FNOPI che ha finanziato il progetto. Medici ed infermieri hanno costituito un gruppo di lavoro auto-selezionatosi, che hanno condiviso l'obiettivo di predisporre protocolli e procedure per il dolore toracico, atto ad assicurare al Triage un elevato livello di appropriatezza nel miglioramento di procedure di accoglienza e smistamento dei pazienti.

Formatore il dott. Andrea Delle Piane, Infermiere del GFT.

Il lavoro sarà presentato nei giorni 28-29 settembre a tutto il personale infermieristico e medico dei PS e PPI.

I Corsi sono stati accreditati da OPI ed ASL TA.

MASTER GESTIONE LESIONI DELLA CUTE E DELLE FERITE COMPLESSE

Partirà nel mese di Gennaio 2019, in risposta alle istanze degli iscritti OPI Taranto, il Master che fornirà competenze avanzate nell'ambito della gestione delle ferite complesse.

Si attende la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

CORSO BASE DI TRIAGE: PERCORSO DOLORE TORACICO PER IL PS E PPI ASL TARANTO

28 e 29 settembre 2018

Riservato a: INFERMIERI e MEDICI DI PS e PPI ASL TARANTO

Numero partecipanti: n. 50 (25 Infermieri, 25 Medici)

Crediti formativi: n. 6

Evento n. 4198 - 28 settembre h. 08/14, accreditato OPI TARANTO

Sede: OPI Taranto, via Salinella, Taranto

Evento n. 4211 - 28 settembre h. 14/20, accreditato ASL TARANTO

Sede: Padiglione Vinci

Evento n. 4212 - 29 settembre h. 08/14, accreditato ASL TARANTO

Sede: Padiglione Vinci

Costo: gratuito per iscritti all'Ordine

MANAGEMENT E PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE NEL WOUND CARE

26 settembre 2018, h.14/20

3 ottobre 2018, h.14/20

Riservato: iscritti OPI TARANTO

Numero partecipanti: 60

Crediti formativi: n. 9.1

Costo: gratuito per iscritti all'Ordine

Iscrizioni on line: a partire dal 18 agosto

**Ordini delle Professioni Infermieristiche di FOGGIA-LECCE-TARANTO
A proposito di CRAP**



Data 17/07/2018

Oggetto **Ruolo dell'Infermiere nelle Strutture di riabilitazione psichiatrica: risposta della Regione Puglia all'interrogazioni al Consiglio regionale n. 1099-X del 11/07/2018. Osservazioni.**

Egregio Assessore alla Sanità Dott. Michele Emiliano, Assessore al Welfare Dott. Salvatore Ruggieri, Presidente e Consiglieri della III Commissione Sanità Regione Puglia, Direttore Dipartimento Promozione della Salute, Dott. Giancarlo Ruscitti

I sottoscritti Presidenti degli OPI delle Province di Foggia, Lecce e Taranto con riferimento al ruolo del Professionista Infermiere nelle Strutture di riabilitazione psichiatrica e alla risposta resa dall'Assessorato al Welfare in data 11/07/2018 all'interrogazione al Consiglio regionale n. 1099 dell'11/05/2018, ritengono opportuno effettuare le seguenti considerazioni.

Dalla nota AOO_183/PROT/09/07/2018/0010488 dell'Assessore al Welfare Salvatore Ruggieri, in risposta all'interrogazione al Consiglio Regionale n. 1099, si evincono interessanti aspetti che tendono a sanare una volta per tutte le criticità relative al reg. reg. 7/2002 e 3/2005 e alla commistione di ruoli tra le varie Professioni sanitarie.

Dalla prefatta nota si evince come siano state accolte le richieste di modifica dei regolamenti regionali 7/2002 e 3/2005 avanzate dalla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni infermieristiche e dagli Ordini delle Professioni infermieristiche delle Province di Taranto, Lecce e Foggia con riferimento alla obbligatoria presenza dell'Infermiere nelle Strutture di riabilitazione psichiatrica.

A causa dell'attuale regolamento si realizza nella nostra Regione una commistione di ruoli tra infermieri, educatori professionali, personale della riabilitazione e assistenti sociali, rendendo solo eventuale la presenza della figura dell'Infermiere, facendo sì che venga a ravvisarsi da oltre un decennio un problema di inadeguatezza rispetto alla legislazione vigente (L. 3/2018, DM 739/94, L.42/99 ecc.)

La presenza dell'Infermiere è necessaria e obbligatoria non solo nelle strutture residenziali h 24 (CRAP), ma anche nelle Strutture semiresidenziali quali Comunità alloggio e Centri diurno. A tal proposito si segnala come in altre Regioni, tra cui la Lombardia, nell'ambito del personale di assistenza è garantita in organico la presenza di almeno un Infermiere nell'arco delle 24 ore (Strutture ad alta, media e bassa intensità, da noi chiamate CRAP) e di un Infermiere nelle strutture h 12 (fascia 8-20) per almeno 7 ore dal lunedì al venerdì, e per almeno 5 ore il sabato e la domenica, in ottemperanza alle linee guida del Ministero della Salute emanate attraverso la *Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli*

Ordini delle Professioni Infermieristiche di FOGGIA-LECCE-TARANTO A proposito di CRAP



essenziali di assistenza della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Tali linee guida, già nel 2009 avevano previsto negli standard qualificanti del servizio la necessaria presenza del personale infermieristico per le diverse tipologie di strutture residenziali (a seconda dell'intensità delle prestazioni caratterizzanti la struttura h 12 o h 24) e semiresidenziali (nelle quali deve essere garantita la presenza di almeno un infermiere).

Nella formulazione del nuovo regolamento, bisogna tener conto anche della legge 43/2006 in materia di "Incarichi di Coordinamento" e nello specifico dell'art. 6.

Appare pacifico che nelle CRAP dove dovrà essere garantita la presenza h 24 dell'Infermiere il Collaboratore Professionale Sanitario Esperto (CPSE) non potrà che essere rappresentato dall'Infermiere in possesso del "master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270" e di una "esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza".

Mai potrebbe un CPS educatore professionale, un Tecnico della riabilitazione psichiatrica o un assistente sociale "coordinare" un infermiere nell'espletamento dei compiti di cui al DM 739/1994.

Il DM 739/94 art. 1) comma 2) statuendo che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e **riabilitativa** è di natura tecnica, **relazionale, educativa**" e che "le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, **l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria**", conferisce al Professionista Infermiere la titolarità all'espletamento della propria attività nelle Strutture psichiatriche rendendolo infungibile (comma 3) punti d) e punto e) art. 1 DM 739/94).

La differenziazione tra infermieri, educatori professionali, educatori professionali e assistenti sociali, è ancor più netta se vista alla luce della L. 3/2018 (c.d. Legge Lorenzin), dove all'art. 4 si differenziano le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, dall'Ordine delle professioni infermieristiche.

La modifica urgente del reg. reg. 7/2002 e 3/2005, si rende necessaria anche al fine di scongiurare che, una attenta ispezione dei NAS o di altre autorità preposte nelle Strutture di riabilitazione psichiatrica della Puglia, possano far incorrere le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione in reati quale l'esercizio abusivo della professione (art. 348 c.p. come modificato dalla Legge 3/2018) per somministrazione impropria della terapia farmacologica. Basterebbe solamente l'attenta osservazione per pochi minuti degli utenti inviati nelle CRAP o la lettura della diagnosi di ingresso per comprendere come sia impensabile che un paziente affetto da "gravi compromissioni, o con compromissioni di gravità

Ordini delle Professioni Infermieristiche di FOGGIA-LECCE-TARANTO
A proposito di CRAP



moderata ma persistenti e invalidanti del funzionamento personale e sociale” ancora non riabilitato, possa autosomministrarsi la terapia farmacologica (vedasi Consiglio di Stato, Sezione V, sentenza n. 1384 del 09.03.2010).

Alla luce della predisposizione del nuovo regolamento regionale, gli scriventi Ordini delle Professioni infermieristiche effettuano le seguenti considerazioni e richieste:

- Obbligatoria presenza dell’Infermiere nelle Strutture h 24 estensive e intensive (CRAP) in compresenza con l’O.S.S. anche durante il lavoro notturno.
- Obbligatoria presenza dell’Infermiere nelle strutture h 12 (Comunità alloggio), fascia oraria 8-20, per almeno 7 ore dal lunedì al venerdì, e per almeno 5 ore il sabato e la domenica.
- Obbligatoria presenza dell’Infermiere nelle Strutture h 8 (Centri diurno) per almeno 6 ore al giorno.

Per quanto attiene alle CRAP, il nuovo regolamento dovrebbe prevedere in organico la presenza di 7 CPS Infermieri, 2 CPS tra Educatori professionali e Tecnici della riabilitazione psichiatrica, 5 OSS e 4 Ausiliari.

Alla luce di quanto suddetto, si chiede una modifica urgente del reg. reg. 7/2002 e 3/2005 che da troppi anni genera confusione e si pone in contrasto con le disposizioni nazionali.

In attesa di un Vostro cortese riscontro, cogliamo l’occasione per inviare distinti saluti.

F.to Il Presidente OPI Foggia Dr. Michele DEL GAUDIO

F.to Il Presidente OPI Lecce Dr. Marcello ANTONAZZO

F.to La Presidente OPI Taranto Dr.ssa Benedetta MATTIACCI



Al Presidente della Regione Puglia

Assessore alla Sanità
Dott. Michele Emiliano
Pec: presidente.regione@pec.rupar.puglia.it
Pec: area.salute.regione@pec.rupar.puglia.it

All'Assessore al Welfare della Regione Puglia

Dott. Giuseppe Romano
Mail: assessore.welfare@regione.puglia.it

Al Presidente della III Commissione Sanità della Regione Puglia

Dott. Giuseppe Romano
Mail: terza.comm@consiglio.puglia.it
Pec: commissioneconsiliare-3-6@pec.consiglio.puglia.it

Protocollo n. 1259/2018

Data 22/05/2018

Rif

Oggetto **dotazioni organiche RSA . Osservazioni.**

Egregio Assessore alla Sanità Dott. Michele Emiliano, , Assessore al Welfare Dott. Salvatore Ruggieri, Presidente III Commissione Sanità Regione Puglia Dott. Giuseppe Romano

I sottoscritti Presidenti degli OPI delle provincie di Foggia, Lecce e Taranto con riferimento alla L.R. 53/2017, all'attuale R.R. n. 8/02 e al redigendo Regolamento sulle RSA, ritengono opportuno effettuare le seguenti considerazioni.

L'art. 6 del RR n. 8/02 prevede che *“Le R.S.A. devono disporre del seguente personale: (a) Coordinatore sanitario: medico specialista, preferibilmente geriatra o fisiatra, che assicuri la presenza giornaliera per almeno quattro ore, con responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti; (b) personale medico: per ogni modulo devono essere garantite non meno di quattro ore, settimanali di assistenza specialistica; (c) infermieri professionali: una unità ogni trenta posti residenza con presenza continuativa nell'arco delle 24 h; (d) terapisti della riabilitazione in numero variabile, in relazione al livello assistenziale della R.S.A. o del nucleo; (e) operatori di assistenza: una*

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758

unità ogni 20 posti residenza con presenza continuativa nell'arco delle 24 h per moduli a media intensità assistenziale; una unità ogni 30 posti residenza con presenza continuativa nell'arco delle 24 h per moduli a bassa intensità assistenziale; (f) figure professionali a convenzione con riferimento a particolari esigenze assistenziali”

L'attuale regolamento per le RSSA per anziani, all'art. 66 RR 4/ 07 dispone, invece, la presenza del seguente contingente di personale: “Operatori Socio-Sanitari (OSS): in organico 1 operatore per 36 ore settimanali ogni 4 ospiti; Infermieri: in organico 1 unità per 36 ore settimanali ogni 15 ospiti, durante il servizio notturno è garantita la reperibilità, fatta salva la presenza di una unità nella struttura”.

Non può certamente sfuggire come sia stato un errore, a cui porre rimedio nel redigendo Regolamento regionale, prevedere in una RSA un rapporto che prevede 1 infermiere ogni 30 pazienti e un operatore di assistenza (oggi OSS) ogni 20 pazienti. Tale condizione è oggi non più accettabile e non più perseguibile alla luce della normativa vigente e della giurisprudenza in materia di *malpractice* e responsabilità professionale dell'operatore sanitario e della struttura (LEGGE 8 marzo 2017, n. 24).

Il concetto di vigilanza e responsabilità della prestazione, va letto oggi in un sistema organizzativo più ampio e non deve creare una commistioni di ruoli tra OSA (figura ancora presente nelle RSA), OSS e l'Infermiere.

L'OSA è un operatore preposto all'assistenza diretta alla persona, le sue mansioni sono rivolte prevalentemente all'aiuto domestico ed alle prestazioni igienico sanitarie di semplice attuazione.

L'Operatore Socio Sanitario, invece, è colui che pone in essere azioni dirette al benessere fisico dell'assistito, promuovendo una progressiva autonomia e non va confuso con l'OSA, una figura non dotata (come l'OSS) di alcuna autonomia decisionale se non su attribuzione di compiti semplici (OSA), più complessi (OSS) da parte di chi *ope legis* (DM 739/94 e legge 42/99) è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Sul concetto di delega e attribuzione è opportuno effettuare una disquisizione. Tra professionista sanitario (Infermiere) ed operatore di supporto ci si deve limitare all'attribuzione di *attività /compito* (Stabilito dalla conferenza stato regioni 22/2/2001 o di *job description* regionali) in quanto non vi può essere delega, la quale avviene solo quando si realizza un reale trasferimento di poteri decisionali, che devono essere ugualmente disponibili nel delegante e nel delegato (Infermiere – Infermiere).

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758



Tali precisazioni sono opportune al fine di evidenziare le criticità insite nell'attuale regolamento regionale, che devono essere assolutamente espunte con il nuovo regolamento.

Proposte sul nuovo regolamento regionale in materia di RSA:

1. Si ritiene opportuno prevedere un rapporto Infermiere/ospite di 1/7
2. Si ritiene opportuno prevedere un rapporto OSS/ospite di 1/4

In attesa di un Vostro cortese riscontro, cogliamo l'occasione per inviare distinti saluti.

Presidente OPI Foggia – dr. Michele Del Gaudio

Presidente OPI Lecce – dr. Marcello Antonazzo

Presidente OPI Taranto – dr.ssa Benedetta Mattiacci

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758

Al Presidente della III Commissione Sanità della Regione Puglia

Dott. Giuseppe Romano

Mail: terza.comm@consiglio.puglia.it

Pec: commissioneconsiliare-3-6@pec.consiglio.puglia.it

Protocollo n. 991/2018

Data 26/04/2018

Rif

Oggetto **proposta di legge “Misure per la riduzione delle liste d’attesa in sanità” primi provvedimenti.
Osservazioni.**

Egregio Presidente III Commissione Sanità Regione Puglia Dott. Giuseppe Romano

I sottoscritti Presidenti degli OPI delle provincie di Foggia, Lecce e Taranto con riferimento al disegno di legge n.814/A recante “*Misure per la riduzione delle liste d’attesa in sanità-Primi provvedimenti*”, fanno notare che il problema della gestione delle liste e dei tempi di attesa è diffuso in tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie. A determinare le liste di attesa concorre una molteplicità di fattori complessi, che riguardano: la crescente richiesta di prestazioni sanitarie dovuta all’invecchiamento della popolazione e al progresso tecnologico; la percezione del proprio stato di salute da parte dei cittadini; la disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa. La razionalizzazione delle liste di attesa rappresenta un obiettivo prioritario per un sistema sanitario mirato all’efficienza e all’equità. Tale scopo va raggiunto con la formulazione di idonei programmi e di misure efficaci, effettivamente capaci di garantire il rispetto della tempestività delle prestazioni.

Il D.Lgs 120/2007 promosso dalla Ministra Livia Turco poneva l’obiettivo di un progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell’ambito dell’attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di LPI, al fine di assicurare che il ricorso a quest’ultima fosse conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell’organizzazione dei servizi.

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758

Alla luce di quanto sopra esposto, gli OPI delle provincie di Foggia, Lecce e Taranto, nel rappresentare l'indubbia rilevanza della proposta di legge, che ha "messo mano" ad un problema di fortissimo disagio sociale e che coinvolge l'utenza e gli stessi professionisti sanitari, spesso indicati come il capro espiatorio del mal funzionamento del sistema, ritengono opportuno formulare le seguenti considerazioni e proposte.

La proposta di legge per come formulata pare addebitare ai medici la colpa delle infinite liste d'attesa, ma tale considerazione appare riduttiva se rapportata al complesso sistema salute, che non inizia e finisce con il personale medico, ma interessa una platea eterogenea di figure professionali che lavorano in Team, quali gli infermieri, le figure sanitarie tecniche, gli amministrativi, che sono costretti a rapportarsi con macchinari diagnostici e strumentali talvolta obsoleti o non utilizzabili per carenza di forza lavoro.

Il sistema sanitario nazionale rischia in alcune Regioni, allo stato attuale, uno sgretolamento per decomposizione dei suoi elementi costitutivi:

- Leggi spesso inapplicate
- Amministratori poco competenti
- Interventi inefficaci e inefficienti
- Risposte inappropriate ai bisogni o spesso poco tempestive
- Budget sempre più risicati per la sempre maggiore contrazione dei fondi

A fronte di questo quadro palesemente "deprimente" vi è sempre maggiore richiesta e bisogno di salute dove i problemi si susseguono sino a sfociare in vere e proprie emergenze, che vengono affrontate, anche come nel caso delle liste d'attesa, con interventi tampone che non risolvono alcunché, ma generano i presupposti per la creazione di altre nuove emergenze.

A tal proposito è opportuna una visione d'insieme del problema per poter intervenire alla radice delle criticità con interventi efficaci e mirati.

Il problema delle liste d'attesa non rappresenta una novità, è emerso varie volte da diversi studi che evidenziano come spesso i LEA non siano garantiti e vi sia associata una scarsa disponibilità di Servizi sanitari con gravi criticità a livello di salute.

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE – Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758

Per risolvere o meglio “aggredire” il problema delle liste d’attesa è opportuno prendere come riferimento gli interventi mirati posti in essere in altre Regioni d’Italia.

In Emilia Romagna è stato varato nel 2015 il primo “Piano Nazionale sulle liste d’attesa”, che ha visto raccogliere i primi frutti nel 2016, dove nel 98% dei casi le visite specialistiche e gli esami diagnostico-strumentali vengono effettuati nei tempi previsti, rispettivamente entro 30 o 60 giorni, dal momento della prenotazione, mentre le urgenze continuano a essere assicurate in base alle priorità. L’esempio dell’Emilia Romagna è stato indicato dalla stessa ministra della Salute, Beatrice Lorenzin, come «*un modello da seguire*».

In Emilia Romagna sono stati investiti circa 10 milioni di euro e assunti 149 professionisti. Con più personale sanitario è stata garantita l’apertura degli ambulatori nelle ore serali dei giorni feriali, il sabato e la domenica. Inoltre, per agevolare l’accesso alle prestazioni più richieste, quindi a maggior rischio di lunghe attese, le aziende sanitarie hanno deciso di sottoscrivere convenzioni con strutture private accreditate. Tra gli interventi realizzati vi è la semplificazione delle agende delle prenotazioni per i primi accessi; per le visite successive, le aziende sanitarie hanno realizzato la presa in carico del paziente senza rinvio al medico di medicina generale e successivo nuovo rinvio al Cup per la prenotazione. Per evitare esami inutili, inoltre, è stata rafforzata la collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti. In ogni azienda sanitaria è stata istituito poi un responsabile unico dell’accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali che ha il compito di gestirle e modificarle.

Proposte:

1. Ridefinizione dei volumi di attività e della tipologia di prestazione;
2. Riprogrammazione dell’assistenza specialistica e diagnostico-strumentale dove deve essere garantita l’apertura dei Servizi pubblici 12h al giorno, 7 giorni su 7 e la sottoscrizione di specifici accordi con le strutture accreditate private;
3. Acquisizione di moderne apparecchiature e attivazione di nuovi ambulatori attraverso un efficace lavoro di squadra fra i medici ed infermieri;
4. Garantire appropriatezza prescrittiva e consolidamento dei percorsi dedicati a pazienti con patologie croniche. Per quanto concerne lo sviluppo ed il consolidamento dei percorsi dedicati ai pazienti cronici si propone l’attivazione di un modello organizzativo di presa in carico

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE – Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758

multiprofessionale del paziente cronico complesso, introducendo la figura dell'infermiere care manager/infermiere di famiglia in integrazione con le altre figure professionali coinvolte negli specifici percorsi. La popolazione target del Percorso Cronicità comprende i soggetti ambulabili e non istituzionalizzati, ad elevata vulnerabilità sanitaria e sociale, con elevati livelli di dipendenza, di multimorbidità e di utilizzo dei servizi affetti da malattie respiratorie croniche (BPCO oppure pazienti in ossigenoterapia); malattie cardiovascolari (scompenso cardiaco); diabete mellito ecc.;

5. Assumere nuovo personale infermieristico per copertura dei posti in organico. Senza personale non ci può essere sanità pubblica e di conseguenza aumentano le liste d'attesa, aumentano i disagi per i cittadini, che, arrabbiati non possono fare altro che rivolgersi al privato.

In attesa di un Vostro cortese riscontro, cogliamo l'occasione per inviare distinti saluti.

Presidente OPI Foggia – dr. Michele Del Gaudio

Presidente OPI Lecce – dr. Marcello Antonazzo

Presidente OPI Taranto – dr.ssa Benedetta Mattiaci

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758

Al Presidente della III Commissione Sanità della Regione Puglia

Dott. Giuseppe Romano

Mail: terza.comm@consiglio.puglia.it

Pec: commissioneconsiliare-3-6@pec.consiglio.puglia.it

Protocollo **1120/2018**

Data **09/05/2018**

Rif

Oggetto: **Integrazione a “Liste d’attesa”**

Egregio Presidente III Commissione Sanità Regione Puglia Dott. Giuseppe Romano

I sottoscritti Presidenti degli OPI delle provincie di Foggia, Lecce e Taranto con riferimento al disegno di legge n.814/A recante “*Misure per la riduzione delle liste d’attesa in sanità-Primi provvedimenti*”, e facendo seguito a quanto già dedotto con la nota del 23 aprile U.S. intendono, ad integrazione di quest’ultima, formulare le seguenti ulteriori proposte:

- a) programmazione ad hoc del bisogno in ambito ospedaliero e territoriale sulla scorta delle prestazioni eseguite nell’anno precedente (ridefinizione dei volumi delle attività e della tipologia delle prestazioni).
- b) verifica dell’appropriatezza delle cure sia prescrittive che di erogazione contestualmente alla programmazione e alla verifica di qualità.
- c) verifica di qualità tanto della programmazione quanto del riscontro del già fatto.
- d) aumento dell’offerta sanitaria con aumento della capacità produttiva dei servizi.
- e) acquisto di apparecchiature con assunzione lì dove necessario di personale sanitario.
- f) attivazione di nuovi ambulatori specialistici medici ed infermieristici soprattutto in ambito territoriale, ambulatori almeno h.12 in grado di risposte tempestive, qualificate, efficaci così da decongestionare i Pronto Soccorso.

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758



- g) sviluppo e consolidamento dei percorsi dedicati ai pazienti cronici con l'attivazione di un modello organizzativo ed una presa in carico multi professionale (introduzione della figura dell'infermiere core manager / infermiere di famiglia in integrazione con le altre figure professionali coinvolte negli specifici percorsi).

Si ribadisce il bisogno di assunzioni del personale infermieristico per la copertura di posti in organico.

In attesa di un Vostro cortese riscontro, cogliamo l'occasione per inviare distinti saluti.

Presidente OPI Foggia – dr. Michele Del Gaudio

Presidente OPI Lecce – dr. Marcello Antonazzo

Presidente OPI Taranto – dr.ssa Benedetta Mattiacci

Viale Giotto, 200 – 71122 FOGGIA – Telefono /fax 0881/749774 – Cod. Fisc. 94008500715

74121 Taranto – Via Salinella, 15 – Telefono 099/4592699 – fax 099/4520427 – Cod. Fisc. 90034520735

Via Redipuglia, 3 - 73100 LECCE – Tel. 0832 300508; Fax 0832 300526; www.ipasvi-le.it Cod. Fisc. 93040350758

STUDIO DI NUTRIZIONE UMANA

Dott. Andrea Urso

Biologo Nutrizionista Dietista per l'anno 2018 in convenzione con l'Ordine Professioni Infermieristiche di Taranto 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

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 all'Ordine Professioni Infermieristiche 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, hidrofisioterapia 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'hydrifisio; 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 OPI 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

