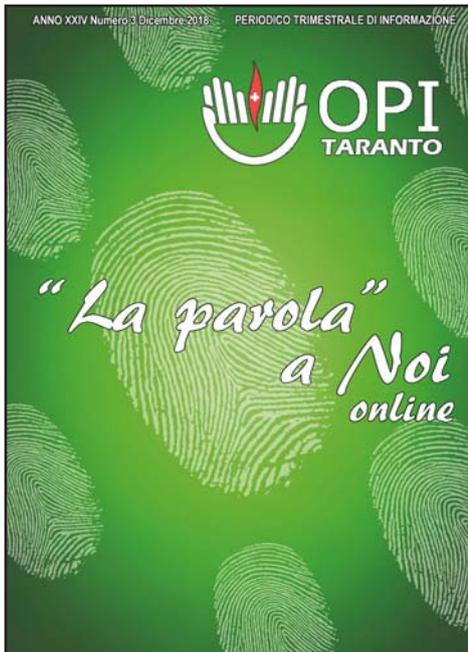




OPI
TARANTO

*“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
F. Parisi
S. Caramia
R. Pollice
S. Insogna
N. Marsigliante
G. Tangorra
C. Lacatena
M. Cardellicchio
E. V. Catania
P. Lattarulo

Grafica a cura di Francesco P. Caforio (RSI)

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



Questo periodico
è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Sommario

Editoriale	Pag. 3
Training infermieristico	" 6
La depressione post-partum	" 15
Le vaccinazioni pediatriche	" 18
L'infermiere con il naso rosso	" 32
Ambulatorio Wound Care	" 36
Percorso di valutazione in Triage	" 44
Congresso Nazionale Cardiologia Vieste-Gattarella	" 52
Florence	" 62
Convenzioni	" 74
	" 80

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

Via Salinella, n. 15 - 74121 - Taranto

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

ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO
lunedì - mercoledì - venerdì 9.00-12.00
martedì 15.00-17.30 - 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.

Cari Colleghi,

eccoci all'appuntamento di fine anno, in cui è d'uopo il bilancio del lavoro svolto per l'obiettivo "crescita", obiettivo che perseguiamo da tempo.

Impegnati su più fronti, vogliamo essere parte attiva della sfera sociale, vogliamo stabilire "una comunione di interessi" per il bene salute, che possa essere quasi "un impianto pilota" per un corretto modello di collaborazione, in grado di esaltare capacità personali, modelli gestionali, conoscenze, ecc., e rendere la sanità accessibile a tutti con un'uguale compliance.

Ecco perché siamo parte di una rete territoriale con scuole, istituzioni, prefettura, ASL, ordini professionali, associazioni, un'alleanza per individuare problemi e arrivare a soluzioni collegiali, soluzioni anche avanzate. D'altronde, la nuova veste giuridica della professione, il passaggio da Collegio ad Ordine con la legge n. 3/2018 (Legge Lorenzin), impone l'acquisizione di ulteriori nuovi metodi, ci impone nuove conoscenze, impone uno studio continuo delle competenze, avanzate e specialistiche, al fine di rafforzare lo status infermieristico e crescere.

"Io, Infermiere, sono infungibile, non posso essere sostituito da altre figure perché il mio status di Infermiere assegna a me funzioni - proprie - infungibili".

"Io, Infermiere, ho un percorso formativo finalizzato all'assistenza infermieristica in toto, secondo i dettati del Profilo Professionale".

Un percorso formativo al quale l'OPI Taranto presta moltissima attenzione, come voi tutti sapete e come denotano i Corsi tenutisi in questo anno.

Corsi di formazione.



Benedetta Mattiacci
Presidente OPI Taranto

e
d
i
t
o
r
i
a
l
e

Giornate di aggiornamento.

Giornate di informazioni.

Ci auguriamo che la maggior parte di voi abbia colto, e continuerà a cogliere, l'opportunità della formazione in loco, come, ad esempio il progetto "Miglioramento di Triage", rivolto a tutti gli infermieri dei P.S, della ASL TA, mirato all'ottimizzazione delle prestazioni al paziente con dolore toracico. Va ribadito che il tema del Triage è di esclusiva competenza infermieristica, è "di proprietà" dell'infermiere esperto, già in grado di valutare l'urgenza e dare il via al protocollo terapeutico.

All'infermiere di Triage oggi si guarda anche per un altro motivo, perché può costituire il front office per l'individuazione del problema della violenza di genere, delle varie tipologie di violenza, di conseguenza instaurare una corretta comunicazione per un rapporto di fiducia. E', quello della violenza, tema che ci trova particolarmente sensibili vero è che non manchiamo di partecipare a periodici incontri istituzionali, a collaborare con associazioni di tutela di genere (con qualcuna, ad esempio, l'"Alzaia", abbiamo firmato un Protocollo d'intesa).

L'impegno del nostro Ordine va anche oltre quanto detto sopra, perché nell'ottica della tutela delle persone abbiamo preso posizione per il problema delle liste d'attesa, per cui, ad esempio, abbiamo sollecitato interventi politici per un sistema sanitario nazionale mirato all'efficienza e all'equità, al fine di ottenere che l'inquadramento diagnostico e le successive terapie non siano ingiustificatamente procrastinati compromettendo la prognosi e la qualità della vita.

Siate certi, cari Colleghi, che in futuro profonderemo un impegno sempre maggiore nella soddisfazione dei vostri bisogni formativi e della vostra crescita, ma, anche, nella promozione d'immagine e nella descrizione dei possibili futuri scenari della professione, oltre che nelle possibilità occupazionali delle nostre realtà, per cui "siamo andati ad illustrare " potenzialità e possibilità della professione nelle scuole superiori come il "Vittorino Da Feltre".

E' importante, è urgente mobilitarsi perché le giovani energie non debbano migrare, come accade ancora oggi, alla ricerca di lavoro, rendendo vani gli sforzi economici delle famiglie ed impoverendo il tessuto sociale.



**Cari Colleghi,
a Voi tutti i nostri
auguri con una frase di
Madre Teresa di Calcutta.**

*“È Natale ogni volta che sorridi a un fratello e gli tendi una mano.
È Natale ogni volta che riconosci con umiltà i tuoi limiti e la tua debolezza.
È Natale ogni volta che permetti al Signore di rinascere per donarlo agli altri”.*

La Presidente,
il Consiglio Direttivo,
il Collegio dei Revisori dei conti
OPI Taranto

TRAINING INFER DIALISI PE

INDAGINE D'INCIDENZA SULLE L'AMBULATORIO DI DIA PRESIDIO OSPEDALIERO



I DATI EPIDEMIOLOGICI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI IN DIALISI PERITONEALE

Secondo i Censimenti ANED (Associazione Nazionale Emodializzati) l'utilizzo della dialisi peritoneale ha riscontrato una crescita importante nel corso degli anni:

- 1978: 0,15
- 1981: 4,99
- 1984: 6,3
- 1990: 8,14
- 2008: 10,54

Tra gli studi più importanti in merito alla DP il lavoro di Jain et al. costituisce un'importante fonte per lo studio epidemiologico, inoltre l'aumentata crescita della popolazione è stata confermata dall'ultimo censimento Fresenius che definisce le prevalenze in percentuali in un campione di 15 Paesi di varie aree del mondo.

Elaborando i dati, la media della dialisi peritoneale risulta essere del 14%, dati che dimostrano, oltre alla

ARMIERISTICO IN RITONEALE

INFEZIONI CONDOTTA PRESSO LISI PERITONEALE DEL VALLE D'ITRA - ASL TA



RELATRICE: Francesca PARISI
Laureanda: Sara CARAMIA

moderata crescita, la grande variabilità d'uso della DP nei 15 Paesi: il range varia dal 61.8% del Messico allo 0% dell'Egitto.

Nel gruppo sono presenti quattro paesi europei (Germania, Francia, Italia, Regno Unito), la cui media per la DP è del 9.39%, il dato relativo all'Italia è del 9.6%.

LA PERITONITE IN ITALIA

Nella letteratura specifica della dialisi peritoneale, il tasso di incidenza di peritonite è molto variabile: ad esempio, un tasso basso è considerato un indicatore di qualità delle cure offerte dal centro, basandosi sull'ipotesi che un buon training sia in grado di formare pazienti che non commettano errori tali da determinare l'insorgenza dell'infezione.

Tra gli studi più recenti per valutare modalità e risultati della dialisi peritoneale in Italia è quello condotto

nel 2014 nel 5° Censimento Nazionale del GSDP attraverso la somministrazione di un questionario on line in tutti i 225 centri pubblici non pediatrici che hanno effettuato la DP nel medesimo anno.

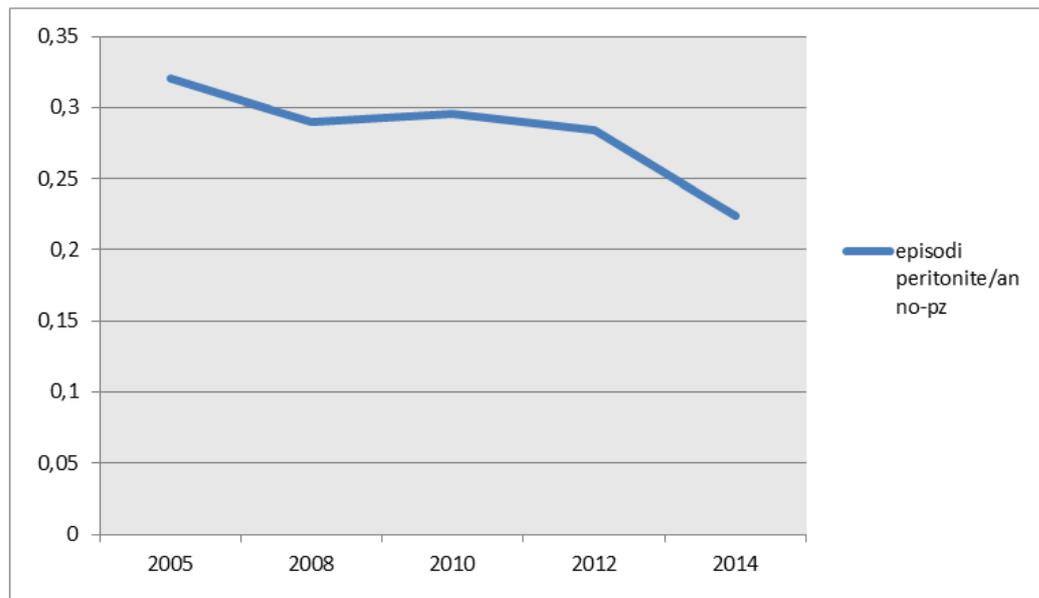
I risultati dei dati, pubblicati dal Giornale Italiano di Nefrologia nel 2017, hanno evidenziato come i pazienti in DP al 31/12/2014 erano 4.480 di cui il 24,3% in DP assistita.

Dall'analisi dei risultati è emerso che l'incidenza di peritoniti nel 2014 (953 episodi) è stata

0,224 ep/anno-pz. rispetto ai 0,284 nel 2012, 0,296 nel 2010, 0,290 nel 2008 e 0,320 nel 2005.

Attraverso il seguente grafico (Figura 1) è possibile notare come le peritoniti siano ulteriormente in calo rispetto ai dati degli anni precedenti e confermare quindi dei buoni risultati della DP in Italia.

Figura 1

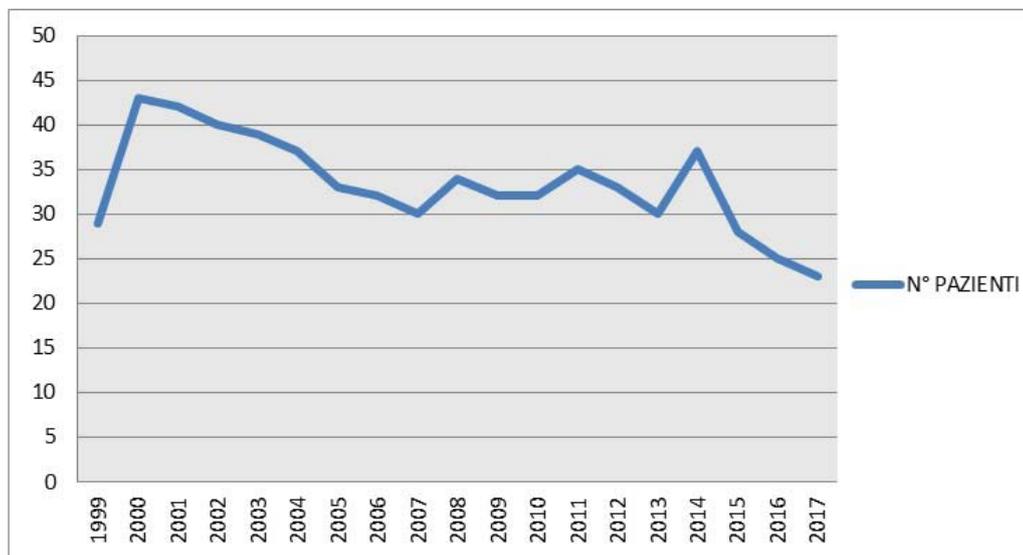


INDAGINE D'INCIDENZA SULLE INFEZIONI CONDOTTA NELL'AMBULATORIO DI DIALISI PERITONEALE DEL P.O. VALLE D'ITRIA - ASL TA

Le peritoniti rappresentano ancora oggi la complicanza più importante riscontrata in dialisi peritoneale nonostante il miglioramento dei sistemi di connessione, dei protocolli relativi all'emergenza cutanea o exit-site. L'esecuzione corretta delle manovre relative alla dialisi, la scrupolosa igiene ambientale e personale, l'uso della mascherina, costituiscono punti fondamentali da apprendere al fine di diminuire le possibili infezioni.

Lo scopo di questo lavoro è quello di valutare come la diminuzione dell'incidenza di peritoniti sia correlata alla continuità educativo-assistenziale che viene garantita dall'infermiere di dialisi peritoneale con periodici training e re-training, esplorando le modalità di presa in carico e monitoraggio di tutti i pazienti in terapia dialitica peritoneale da gennaio

Figura 2



1999 a dicembre 2017 nel Centro di Dialisi Peritoneale del P.O. "Valle d'Itria" di Martina Franca.

Sono stati valutati in totale 151 pazienti con una media di 33,36 pazienti annuali: nel grafico sottostante (Figura 2) sono riportati tutti i pazienti effettivamente gestiti dall'ambulatorio anno per anno, in modo da valutarne la presa in carico.

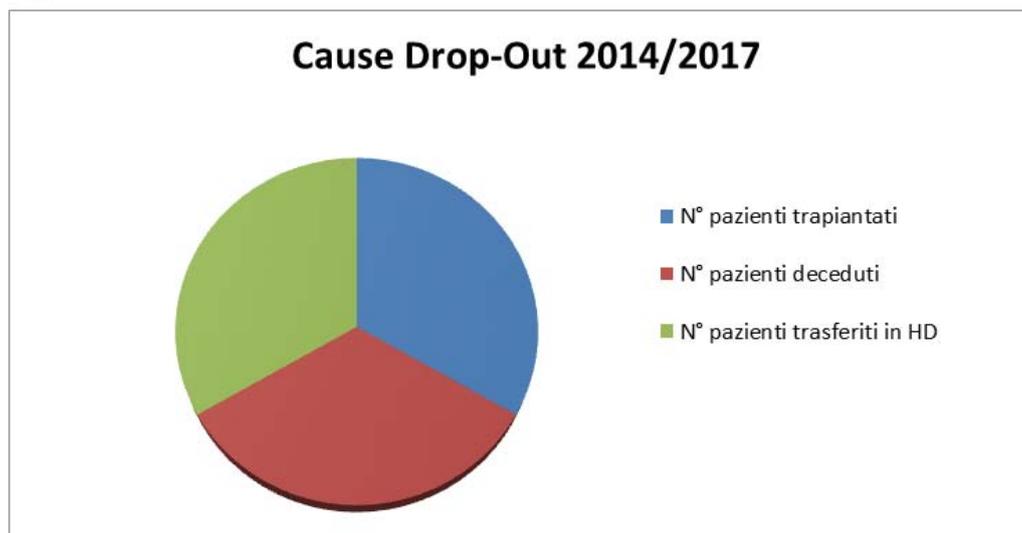
Dall'elaborazione dei dati si evince un decremento del numero dei

pazienti gestiti dall'ambulatorio di dialisi peritoneale dall'anno 2000 con 43 pazienti trattati, fino ad arrivare a 23 pazienti nell'anno 2017.

È importante evidenziare come la riduzione dei pazienti nel corso degli anni, corrispondente all'abbandono della terapia dialitica peritoneale quindi al fenomeno del Drop-Out, sia conseguenza di numerosi fattori; in modo particolare la diminuzione dei pazienti è ben evidente dal 2014 al 2017, in cui sono stati registrati 27 episodi di Drop-Out, riferibili ad un valore del 33,33% per ciascuna delle seguenti cause (Figura 3).

Dall'analisi dei dati è stato possibile valutare, considerando i mesi di trattamenti totali, anche l'andamento delle metodiche

Figura 3

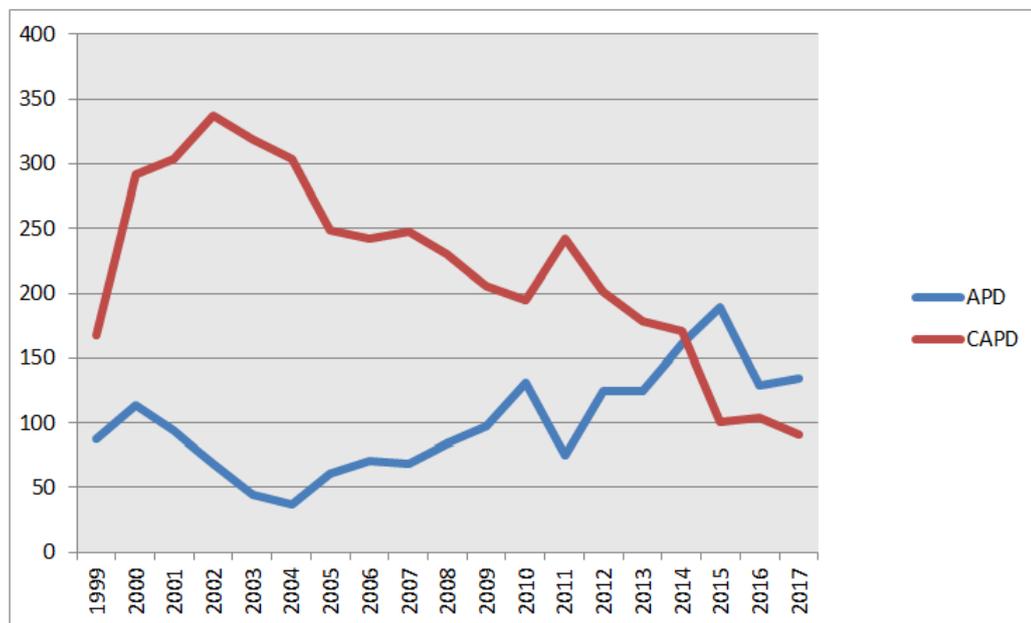


APD o CAPD utilizzate (Figura 4).

Si deduce come nel corso degli anni ci sia stato inizialmente un aumento della CAPD con un picco massimo nel 2002 e successivo declino, ed un conseguente aumento nell'utilizzo della metodica APD.

La CAPD, infatti, nonostante rappresenti una tecnica con una buona accettabilità da parte

Figura 4



dei pazienti, in quanto consente di autogestire a domicilio il trattamento dialitico secondo le esigenze cliniche, lavorative e sociali del paziente, è caratterizzata da una scarsa aderenza alla prescrizione dovuta a diversi fattori, quali: difficoltà del paziente a comprendere l'importanza di aderire alla prescrizione; errori nella prescrizione o nella modifica della dose dialitica; impossibilità di verificare che la dose dialitica prescritta sia realmente somministrata.

L'introduzione di apparecchiature (cycler) in grado di effettuare il trattamento APD automaticamente secondo le impostazioni mediche durante le ore notturne, ha consentito a molti pazienti di iniziare e/o

continuare il trattamento dialitico peritoneale con un minore impegno giornaliero e con la possibilità di raggiungere un maggiore flusso dialitico: questa è la ragione del suo crescente utilizzo negli anni. Dalle informazioni in nostro possesso è stato possibile ottenere dati specifici relativi agli anni 2010-2017 in cui i pazienti trattati sono stati in totale 76.

L'elaborazione dei dati (Figura 5-6-7-8-9-10-11-12-) ci ha permesso di verificare l'andamento mensile

Figura 5

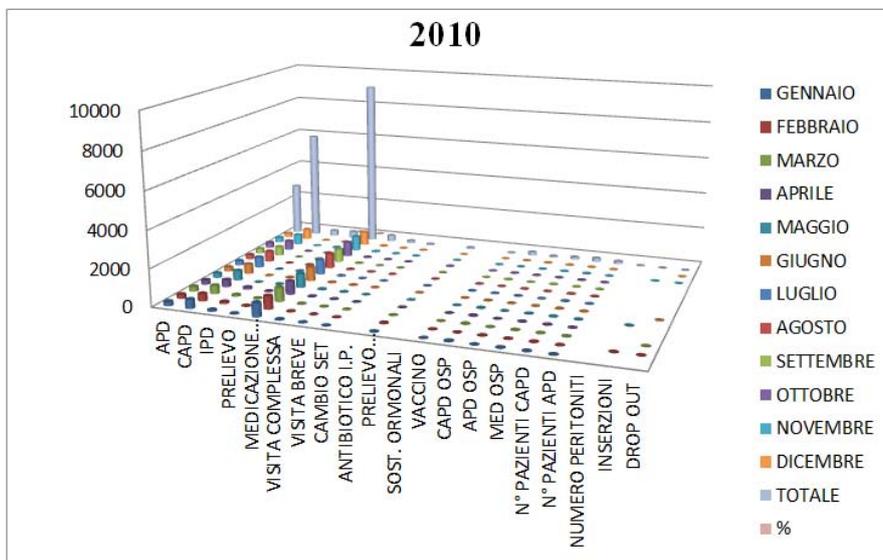


Figura 6

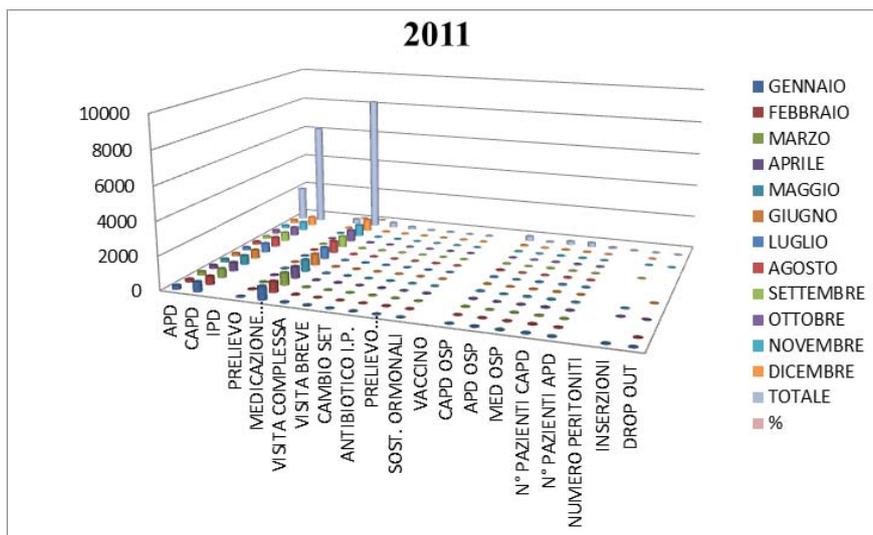


Figura 7

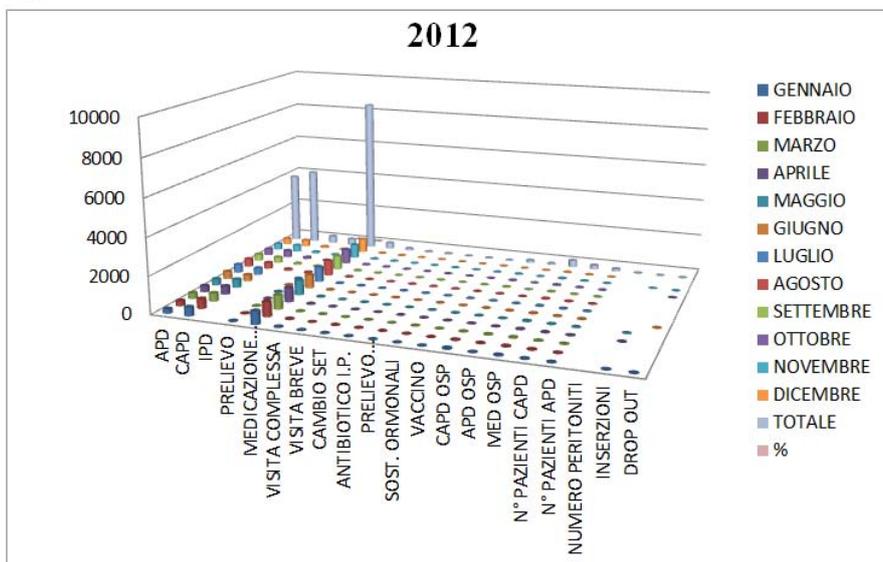


Figura 8

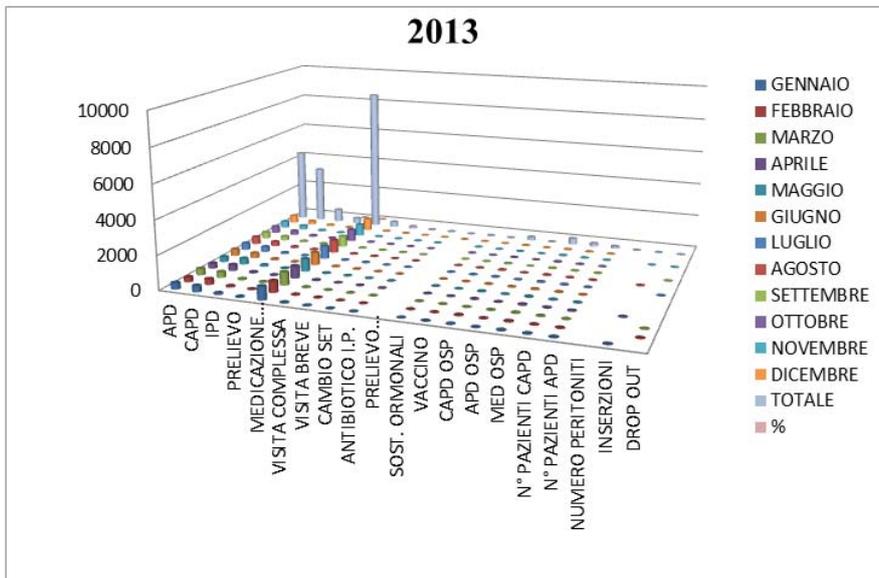


Figura 9

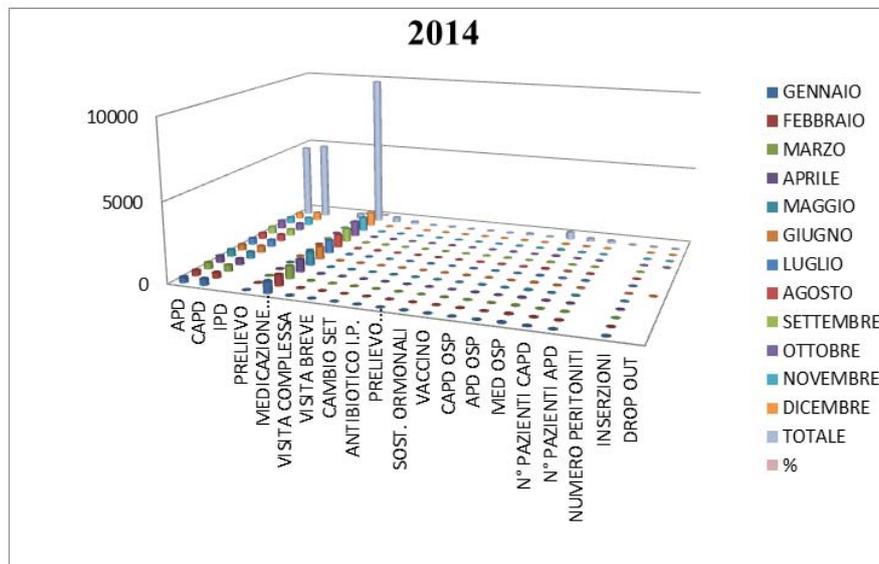


Figura 10

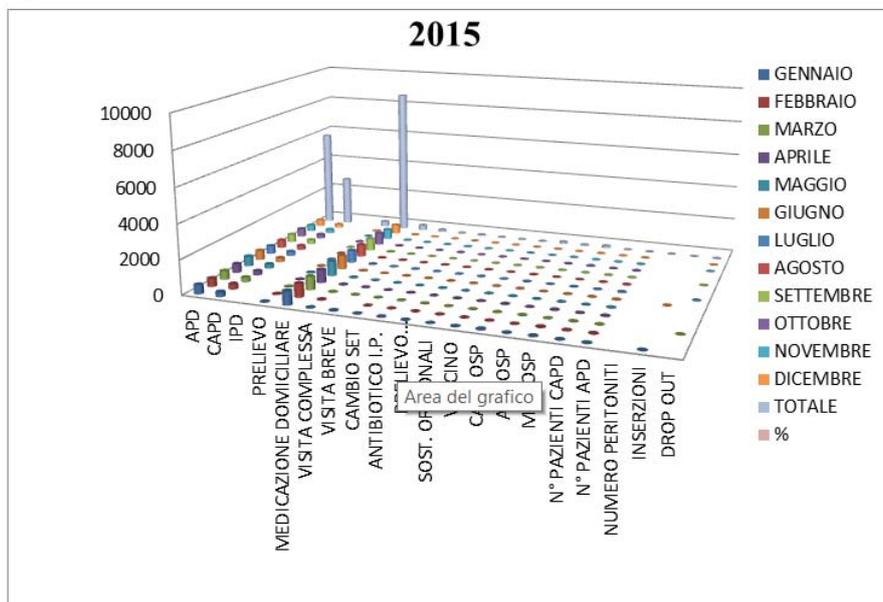


Figura 11

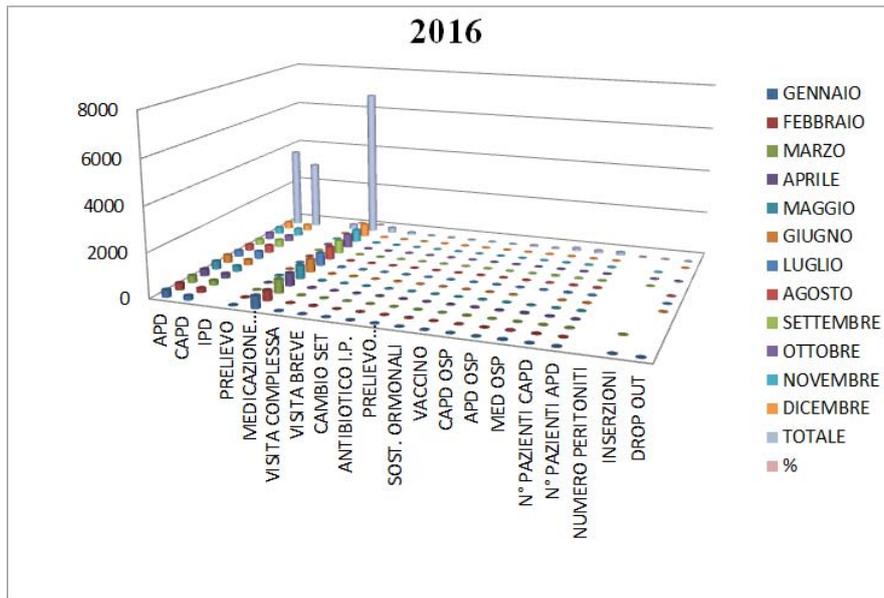


Figura 12

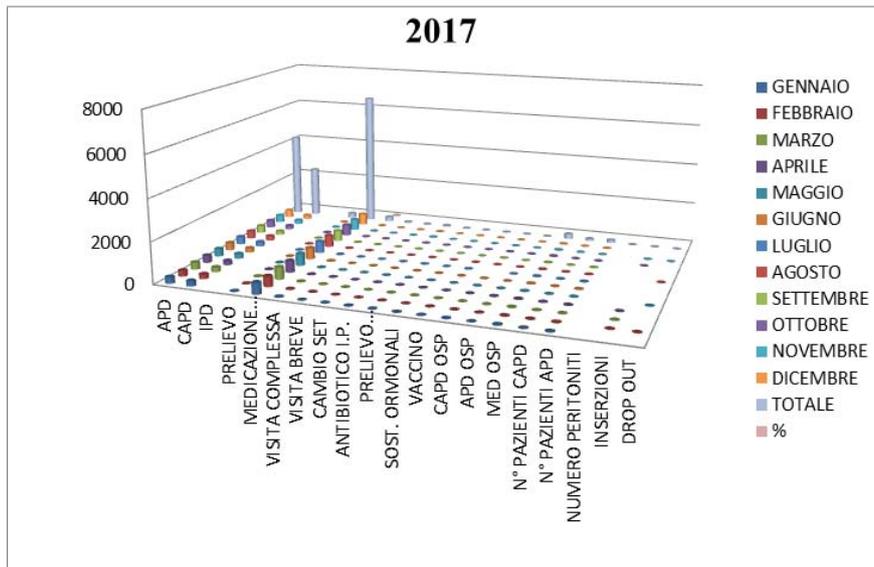
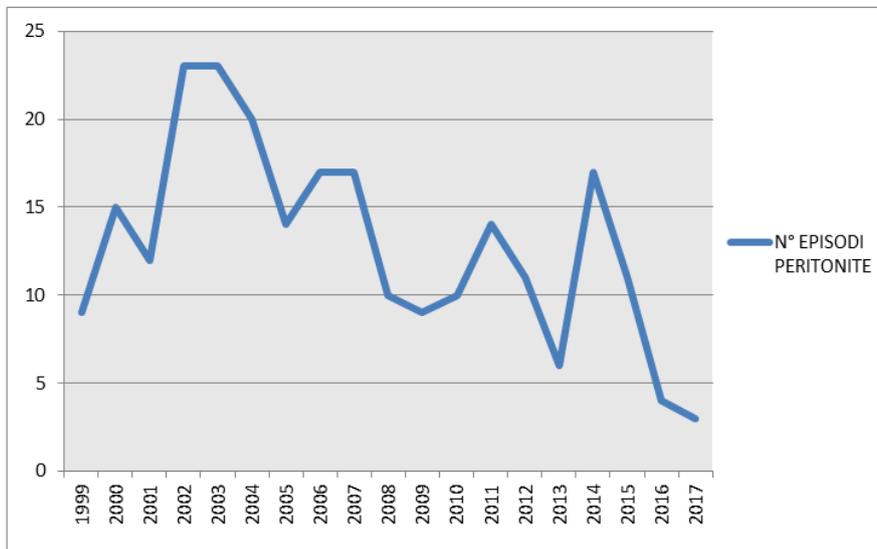


Figura 13



dei seguenti parametri: tecnica dialitica (CAPD-APD-IPD); prelievi mensili; medicazioni domiciliari; visite complesse; visite brevi; cambio set; prelievi microbiologici; sostituzioni ormonali; vaccini; Capd ospedaliera; Apd ospedaliera; medicazioni ospedaliera; Drop-Out; inserzioni; episodi di peritonite.

Ricavando per ogni singolo grafico i dati relativi agli episodi di peritonite, è stato possibile condurre un'analisi che costituisce il punto focale di questo lavoro: valutare le incidenze di peritonite basandosi sull'ipotesi che una buona educazione terapeutica durante il training costituisca la base per un minor riscontro di infezioni.

Dallo studio dei dati è emerso che, dal gennaio 1999 fino a dicembre 2017, sono stati registrati 246 episodi di peritonite (Figura 13), pari ad una media di 13,66 episodi/anno.

È importante sottolineare come nell'anno 2011, tra i 14 casi riscontrati, ci siano stati 4 pazienti che hanno presentato 2 episodi di peritonite ciascuno. Nell'anno 2012 invece su un totale di 11 peritoniti, 2 pazienti hanno avuto 2 recidive.

Nell'anno 2014 si è assistito ad un picco dei tassi relativi ad incidenza di peritonite con 17 casi; è opportuno chiarire come ben 4 peritoniti siano state registrate da un unico paziente, 3 episodi da un altro paziente e 2 peritoniti annuali per altri 4 pazienti.

Nel 2015 invece si sono registrati 11 casi di peritoniti, tra cui un paziente che ha riportato a sua volta 2 recidive ed un altro ben 3.

Nel 2017 si sono registrati solo 4 casi di peritonite di cui 2 episodi in due pazienti differenti.

Tuttavia, secondo le linee guida della Società italiana di Nefrologia, se un paziente mostra segni di una peritonite che recidiva entro 4 settimane ed il batterio isolato risulta essere lo stesso, bisogna considerarlo come un unico episodio di peritonite; se la peritonite, invece, insorge dopo 4 settimane, o viene isolato un altro batterio, va conteggiata come nuovo episodio.

Secondo le linee guida, quindi, nel 2017 si sono registrati solo 3 episodi di peritonite, considerando che un paziente ha presentato una recidiva

entro 28 giorni con 2 colture negative.

Le peritoniti, registrate nell'ambulatorio di Dialisi Peritoneale di Martina Franca, sono passate, quindi, nel corso degli anni, da un valore medio di 0,75 nel 1999, raggiungendo un picco massimo di 1,91 nel 2002 e nel 2003, fino ad arrivare nel 2017 ad un valore di 0,25 peritoniti/paziente-anno, dato di eccellenza secondo le linee guida nazionali poiché il valore di riferimento risulta essere 0,5 peritoniti/paziente-anno.

Dai dati è possibile notare come in questi anni il percorso della presa in carico del paziente in terapia dialitica peritoneale nell'ambulatorio del P.O. "Valle d'Itria" si è quindi evoluta, evidenziando come i pazienti, sottoposti ad un programma di educazione terapeutica alla dialisi, esprimano una qualità di vita migliore; il successo della terapia dipende in gran parte dall'apprendimento e dall'acquisizione di tecniche pratiche e conoscenze cliniche che il paziente acquisisce durante il training. Tali risultati sono stati raggiunti grazie alla scelta organizzativa dell'ambulatorio di DP di Martina Franca ed al rapporto infermiere-paziente che rappresenta la base del processo educativo, ha lo scopo di supportare il paziente non solo sul piano esplicativo ma anche su quello emotivo e rappresenta un rapporto finalizzato a condurre il paziente dalla conoscenza di questa pratica fino alla coscienza della sua malattia, rendendolo autonomo e libero di vivere la sua vita nel modo più normale possibile.

La dimensione educativa, intesa anche come processo e percorso di salute, può in questa dimensione contribuire al miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti in dialisi peritoneale, realizzando l'autonomia e la compliance da mantenere in maniera efficace e adeguata nel tempo.

Il training infermieristico rappresenta, allora, il requisito fondamentale affinché vi sia una corretta adozione ed attuazione di validi protocolli che, nell'esperienza quotidiana del centro di dialisi peritoneale dell'ospedale "Valle d'Itria", hanno permesso di migliorare le prestazioni erogate e ha consentito di ridurre significativamente l'incidenza della peritonite.

CONCLUSIONI

Dai dati ottenuti si evince come un adeguato addestramento, effettuato dall'infermiere durante il training di dialisi peritoneale sia correlato alla buona riuscita del trattamento dialitico ed all'abbattimento delle infezioni peritoneali.

Infatti, l'analisi condotta nel Centro di Dialisi Peritoneale di Martina Franca, considerando i dati relativi agli episodi di peritonite negli anni 1999-2017, ha dimostrato i risultati tanto attesi: l'incidenza media di peritonite si presenta a livelli di eccellenza rispetto alle raccomandazioni delle linee guida nazionali che lascia presupporre che il training svolto nel Centro di Dialisi sia di alto livello e di buona qualità.

Questo dato ci sottolinea l'enorme progresso della dialisi peritoneale nel tempo, rappresentando una tecnica dialitica affermata e sicura nel trattamento del paziente con IRC.

Le linee guida internazionali riconoscono alla figura dell'infermiere un ruolo importante poiché essenziale per il paziente al fine di consentire e mantenere un buon stato di salute e prevenire le complicanze. È stato possibile dimostrare come egli rappresenti una figura cardine nell'ambulatorio del P.O "Valle D'Itria": oltre alle conoscenze

tecniche e cliniche, l'infermiere possiede competenze relazionali e comunicative, crede fermamente nelle capacità di autocura della persona e garantisce una formazione continua attraverso **periodici re-training** affinché le conoscenze acquisite non diventino obsolete: solo in questa prospettiva il paziente dialitico apprende e fa propri le competenze ed i comportamenti indispensabili **al fine di poter effettuare autonomamente il trattamento dialitico**. La dimensione educativa, intesa anche come processo e percorso di salute, può contribuire quindi al miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti in DP, aumentandone l'aderenza alle prescrizioni dialitiche.

Il monitoraggio deve essere rivolto non solo alla valutazione della tecnica dialitica e dei parametri clinici/ematologici/strumentali, ma anche all'esame dello stato emotivo della persona assistita, del livello di autocura espresso, nonché della qualità di vita del paziente e del nucleo familiare.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento è doveroso all'infermiera Antonella Fumarola, responsabile dell'ambulatorio di Dialisi peritoneale di Martina Franca, per il prezioso contributo.



Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
POLO JONICO - TARANTO

Tesi di Laurea

**TRAINING INFERMIERISTICO IN DIALISI PERITONEALE.
"INDAGINE D'INCIDENZA SULLE INFEZIONI
CONDOTTA PRESSO L'AMBULATORIO DI DIALISI PERITONEALE DEL
P.O. VALLE D'ITRA - ASLTA"**

Relatrice
Dott.ssa Francesca PARISI

Laureanda
Sara CARAMIA

Anno Accademico 2016-2017

LA DEPRESSIONE POST PARTUM

Dott.ssa Carmela Lacatena
Direttore della Didattica Professionalizzante,
Corso di Laurea Infermieristica,
Polo Jonico Taranto

Una mamma è come un angelo: con le grandi e soffici ali protegge la sua creatura ma a volte le ali si spezzano ... e cade nel vuoto

La depressione post - partum rappresenta una condizione frequente, spesso sotto-stimata e sottovalutata, che può incidere notevolmente sulla qualità della vita della donna e del suo bambino, interferendo in maniera negativa sul rapporto madre-figlio e sullo sviluppo emotivo, comportamentale e cognitivo di quest' ultimo.

E' importante distinguere la depressione post-partum dal fenomeno del "Maternity blues", una reazione "fisiologica" caratterizzata da umore triste e depresso che compare al terzo quarto giorno dopo il parto e che si risolve spontaneamente dopo circa una settimana.

La depressione post-partum, invece, compare nel corso del primo anno di vita del bambino e, nono-

stante i sintomi apparentemente siano gli stessi del primo fenomeno, cambia l'intensità che quasi inevitabilmente si traduce in una interferenza più o meno marcata nei confronti delle proprie responsabilità, sia legate alla maternità sia alla normale vita quotidiana e di coppia.

L'aspetto più tipico di questa forma riguarda l'insicurezza circa la propria capacità materna, vissuta dalle donne in modo conflittuale e colpevolizzante, che può tradursi al tempo stesso in:

- eccessiva preoccupazione per il bambino o in una ostilità nei suoi confronti più o meno manifeste;
- difficoltà a provare emozioni nei confronti del bambino

Uno dei problemi maggiormente rilevanti del fenomeno è rappresentato dalla negazione del problema da parte della neomamma, per cui il disagio giunge all'osservazione dei servizi a connotazione psichiatrica quando ormai la sofferenza e le difficoltà si protraggono da molto tempo.

Tutto questo è causato dallo stigma sociale che investe non solo la malattia mentale ma, soprattutto, il venire meno da parte della figura materna della capacità di far fronte da sola ai compiti che l'immaginario collettivo attribuisce alle figura della "buona madre". Le notizie, che invadono la cronaca sull'incompetenza e violenza materna, hanno un effetto paralizzante: le donne che dopo il parto vivono momenti di difficoltà psicologica, cadendo nel tunnel della depressione, non riescono ad uscirne, proprio perché incapaci di riconoscerlo (o meglio accettarlo) e di chiedere aiuto.

La richiesta di aiuto, che rimane la scelta elitaria in tale situazione, viene negata a causa del terrore che l'immagine idilliaca della **PERFETTA MADRE** possa essere sostituita dalla **MAMMA-MOSTRO** fornita dalla cronaca.

Pertanto, l'idea di un progetto, per aiutare queste donne in una situazione di vita particolare, nasce proprio dall'esigenza di intervenire, riducendo lo



stigma nei confronti della sindrome depressiva, intervenendo attraverso una strategia di prevenzione e trattamento del disturbo in un'ottica basata sulla conoscenza e sull'informazione.

DISCUSSIONE - L'obiettivo sarebbe quello di creare una rete di servizi in grado di ruotare attorno alla donna che si trova ad affrontare la gravidanza ed il post partum attraverso tre fasi di intervento finalizzate a:

- Informare le donne sulla possibilità d'isorgenza del disturbo e sulla necessità di superarlo attraverso una richiesta di aiuto. Si esplica così una prima fase di informazione e prevenzione.
- Monitorare la possibile sofferenza della donna diagnosticando precocemente il disturbo, attraverso una seconda fase di screening e monitoraggio.
- Offrire uno spazio di consulenza globale a sostegno delle donne attraverso la loro presa in carico ed uno specifico trattamento. Questo rappresenta la terza fase del progetto.

La prima fase si esplica attraverso una informazione preventiva fornita alle puerpere ed alle neomamme, che ha lo scopo di lasciar cadere l'alone mistico del disturbo portandolo a conoscenza delle donne prima che si manifesti in modo da non lasciarle impreparate ad affrontarlo, incrementando così le richieste di aiuto. L'Infermiere, laddove opportunamente inserito nell'organico del consultorio, realizzerà tale obiettivo attraverso la preparazione, la realizzazione e la stampa di opuscoli e depliant informativi sul tema della depressione post-partum e sulle iniziative di prevenzione in programma (quali, ad es. lo screening dopo il parto che riguarderà la seconda fase del progetto).

Questo opuscolo e materiale informativo verrà consegnato:

- alle donne gravide (e relativi partner) durante le visite specialistiche di controllo (ospedaliere ed ambulatoriali) ed i corsi di preparazione al parto;
- alle neomamme e rispettivi partner in occasione delle visite di controllo effettuate dal pediatra.

La seconda fase di tale programmazione prevede, tra gli obiettivi prioritari di intervento, l'identifica-

zione precoce del disturbo attraverso uno screening di routine subito dopo il parto, con ripetizione dello stesso per almeno tre volte durante il primo anno di vita del bambino.

Tutto questo fa intuire come sarebbe opportuno creare una rete Ospedale-Territorio per una continuità assistenziale.

Gli strumenti di tale fase saranno essenzialmente due:

1. L'Edinburgh Postnatal Depression Scale, un questionario di autovalutazione sviluppato da John Cox in grado di identificare in maniera efficace il disturbo;
2. l'osservazione, la valutazione ed il rapporto empatico stabilito dall'Infermiere, presente nel reparto ospedaliero materno- infantile.

La somministrazione iniziale del test avverrà, infatti, nei primi giorni dopo il parto, nell'ambito dello stesso reparto materno-infantile, a cinque-otto settimane e alla ventesima-ventiseiesima settimana. Queste successive somministrazioni avverranno nel corso delle visite per i bilanci di salute svolte dai pediatri (sia a livello delle strutture pubbliche che degli ambulatori) e/o in occasione delle sedute vaccinali.

Fondamentale dovrebbe essere, a mio avviso, nei programmi di screening ospedalieri e ambulatoriali, la presenza di un Infermiere opportunamente formata sull'ascolto empatico e sulla relazione d'aiuto. L'importanza di tale fase risiede nell'accuratezza delle informazioni ricevute, che mal si adatta con la fugacità imposta dai ritmi ospedalieri o ambulatoriali.

Il suo ruolo sarà quello di mediare la fase di accettazione del possibile problema, normalizzandolo, e di valutare, attraverso diversi strumenti, possibili rischi associati alla sindrome (quale il rischio di suicidio, problemi di coppia e di relazione con il bambino), che possono favorire e mantenere il disturbo. Una volta individuate le donne sofferenti, l'obiettivo successivo dovrà essere quello di favorire l'adesione al trattamento proposto, nell'ottica di una presa in carico globale, che favorisca obiettivi comportamentali, educativi ed ambientali. Oltre alla donna dovrà essere sensibilizzata l'intera collettività attraverso la formazione di una rete

di sostegno che possa offrire alle donne, soprattutto quelle che versano in situazioni di particolare disagio, delle strutture ed un sostegno pratico nella gestione della sintomatologia.

L'Infermiere dovrà facilitare la nascita di gruppi di volontariato e di auto-aiuto, attraverso degli eventi pubblici di informazione e formazione che consentano di avvicinarsi ad un problema tanto diffuso quanto sottovalutato.

Solo la possibilità di poter contare sul supporto sociale potrà favorire l'adesione delle donne al programma proposto che si effettuerà nell'ambito del consultorio territoriale

Il trattamento si basa su un intervento di gruppo cognitivo-comportamentale attuato all'interno del corso "Superare la depressione postnatale" realizzato e validato da Martin, Negri e Milgrom.

L'intervento è diviso in tre fasi per un totale di dieci incontri:

la prima fase prevede interventi comportamentali che perseguono lo scopo di:

- aumentare le attività piacevoli
- insegnare abilità sociali e tecniche di rilassamento.

La seconda fase riguarda invece gli interventi cognitivi che hanno lo scopo di:

- identificare e monitorare le convinzioni erronee legate alla maternità;
- identificare i pensieri disfunzionali sostituendoli con pensieri più realistici.

La terza fase, infine è rivolta alla prevenzione e valutazione dell'efficacia del corso e persegue l'obiettivo di:

- potenziare quanto appreso;
- verificare l'efficacia del trattamento;
- prevenire le ricadute.

Al modulo principale potranno essere associati, inoltre, qualora necessario, due moduli aggiuntivi che prevedono:

- tre incontri con il partner per potenziare il rapporto o risolvere possibili problematiche di coppia
- tre incontri con la presenza dei bambini per attuare interventi psicoeducazionali sulle interazioni madre-bambino.

CONCLUSIONI - L'individuazione delle donne a rischio e sofferenti di depressione post natale dovrebbe essere, anche nel nostro Paese, un obiettivo prioritario per le conseguenze potenzialmente dannose che questa patologia può avere sullo sviluppo del bambino, sulla relazione di coppia e su tutta la vita della famiglia in generale.

Un intervento così progettato ha, quindi, come scopo proprio quello di intervenire tempestivamente al fine di arginare il rischio di una possibile cronicizzazione del disturbo.

Un progetto così improntato ha, a mio avviso, la forza di produrre molteplici cambiamenti:

- prevenire e ridurre il disagio della donna attraverso un trattamento (individuale o di gruppo);
- ridurre le problematiche relazionali e familiari scatenate o esacerbate in maniera silente e inconsapevole dalla depressione post-partum,;
- prevenire un possibile disagio psicologico del bambino che potrebbe scaturire in un futuro disturbo psichiatrico conclamato.

Il futuro della medicina e della salute in generale è la prevenzione e troppo poco e troppo raramente la prevenzione viene attuata nell'ambito della malattia mentale.

La presenza dell'infermiere come educatore, in ambito ospedaliero ed all'interno dei consultori, è un'esigenza oramai irrinunciabile delle aziende sanitarie.

L'infermiere è il professionista che, lavorando in équipe, è il più idoneo a stabilire un clima empatico basato sulla relazione con la donna.

Va infine sottolineato come, nonostante i pochi dati a disposizione e l'esiguità degli studi condotti, prove evidenti dimostrino l'efficacia dello screening proposto a fini preventivi nonché del trattamento cognitivo-comportamentale esposto.

BIBLIOGRAFIA - Milgrom J., Martin P.R., Negri L. (2003), *Depressione postnatale*, Erikson Editore, Trento | Stern D., Bruschiweiller-Stern N. (1999), *Nascita di una madre. Come l'esperienza della maternità cambia una donna*, Mondadori, Milano | American Psychiatric Association, *DSM-V-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano | J.Murray, P.J.Cooper (1999), *Depressione del post-partum e sviluppo del bambino*

Scuola di Medicina - Corso di

RELATORE

Dott. Roberto POLLICE

Sott.le Infermiere del Servizio Sanitario Militare

CORRELATORE

Dott.ssa Simona INSOGNA

Laureando

C° 3^a Cl. SS/I Nicola MARSIGLIANTE

LE VACCINAZIONI

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA CURA

laurea in Infermieristica



Questa tesi ha lo scopo di evidenziare l'importanza delle vaccinazioni, che con gli anni hanno rappresentato un importantissimo strumento di protezione individuale e costituiscono senza ombra di dubbio l'intervento di Sanità Pubblica che ha decisamente migliorato lo stato di salute della popolazione a livello mondiale. Le campagne vaccinali messe in atto nel secolo scorso hanno consentito di ridurre drasticamente l'incidenza di alcune gravi malattie come il vaiolo, la poliomielite o la difterite, perlomeno nel mondo occidentale, diventando un lontano ricordo e al contempo stesso facendo abbassare la guardia. Forse i vaccini sono vittima del loro stesso successo, in quanto funzionano così bene nel proteggere le persone contro certe malattie che molti in Occidente hanno dimenticato quanto possano essere devastanti le malattie prevenibili. Negli ultimi anni si è registrato un calo della copertura vaccinale che ha determinato conseguenze gravi, basti pensare all'epidemia di morbillo in Italia, che si sta verificando in questo periodo (4.794 casi e 4 decessi nel 2017 e 2029 casi con 4 decessi dal 1° gennaio al 30 giugno 2018). Questi preoccupanti dati, aggiunti al mio essere padre di due splendide bambine, mi hanno spinto ad approfondire l'argomento per capire cosa spinge i genitori "moderni" a non accettare una pratica sanitaria così importante per la salute del proprio figlio e soprattutto cosa ci sia di sbagliato nel counselling dell'infermiere, sovrastato dai potenti mezzi tecnologici, in cui ormai internet fa da padrone. Una fondamentale rete mondiale, quest'ultima, che ha abbattuto le barriere e aumentato le conoscenze generali su ogni argomento. Tuttavia ha rappresentato uno strumento che ha generato l'illusione di poter conoscere senza approfondire,

MI PEDIATRICHE COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE

creando così persone onniscienti, quelli definiti “tutto-logi del web”. E allora mi sono posto alcune domande: *“perché la gente non si affida più solo alle informazioni del proprio medico o all’infermiere che vaccina?”* E ancora: *“qual’è il giusto counselling che l’infermiere deve intraprendere per ribaltare a proprio favore questo trend negativo?”* Ho cercato di trovare delle risposte attraverso un questionario allestito ad hoc somministrato ai genitori al fine di comprendere il livello di conoscenza su questi argomenti e dopo aver analizzato i risultati ho tratto le dovute conclusioni.

BREVE STORIA SULLE VACCINAZIONI

Definizione e classificazione vaccini

Il vaccino è un preparato che viene somministrato per via parenterale o orale, per garantire l’immunità da una determinata malattia. Questa sostanza, infatti, una volta introdotta nel sangue, determina una risposta immunitaria nel soggetto con la produzione di anticorpi specifici che hanno l’obiettivo di combattere la patologia per la quale ci si è vaccinati. Il preparato che viene somministrato può essere composto dal microrganismo (batterio o virus) dal quale ci si vuole proteggere, da sue frazioni proteiche che vanno a provocare una reazione difensiva nella persona o da sue tossine opportunamente trattate. Affinché un vaccino sia efficace, è importante che mantenga la composizione antigenica (cioè le proteine e i polisaccaridi) del patogeno corrispondente e che al contempo sia privo di tutte le caratteristiche che gli consentivano di essere patogeno e quindi di rappresentare un rischio per la salute della persona. I vaccini oggi disponibili sono diversi e le caratteristiche che li distinguono dipendono principalmente dalla modalità con cui sono preparati. Si riconoscono, quindi:

- **Vaccini vivi-attenuati (o vivi-modificati):** sono costituiti da microrganismi completi ai quali però è stato eliminato o attenuato il potere patogeno in modo tale da provocare nel soggetto una reazione infiammatoria e non la malattia;
- **Vaccini inattivati:** sono composti da microrganismi disattivati dal punto di vista chimico o fisico e che quindi divengono del tutto incapaci di determinare la malattia. Dato che non si replicano nell’ospite, questi vaccini inducono risposte immunitarie meno importanti rispetto ai vaccini attenuati e per questo spesso vengono associati a

degli adiuvanti che vanno ad aumentare la risposta immunitaria nel soggetto;

- **Vaccini con antigeni sintetici:** ovvero prodotti dall’uomo (ad esempio l’HPV e l’HBV attualmente usato contro il virus dell’epatite B). I ricercatori identificano i frammenti dei microrganismi che scatenano una risposta immunitaria più importante, sintetizzarli in laboratorio, e usarli come vaccini.

Edward Jenner il padre dei vaccini

Già nel lontano 429 a.C lo storico e militare ateniese Tucidide - descrivendo la peste di Atene durante la guerra del Peloponneso - osservò che chi veniva colpito dalla peste e guariva, raramente si ammalava una seconda volta, e mai mortalmente. Intorno all’anno 1.000 d.C, in Cina e in India si adottò per combattere il vaiolo la “variolizzazione”, ovvero utilizzarono del materiale patologico di “varioli minor” (vaiolo lieve) per contagiare soggetti sani in modo che una volta debellata l’infezione, i soggetti si sarebbero immunizzati evitando di contrarre nuovamente la malattia anche nella forma più grave (variola vera). Ma la reale scoperta del vaccino contro il vaiolo va attribuita a Edward Jenner (Berkeley 1749 – 1823) il quale per primo usò materiale prelevato da una pustola del vaiolo bovino (cow-pox) per immunizzare la popolazione dal vaiolo umano (small-pox) molto più virulento di quello animale. Era il 14 maggio 1796 quando Jenner prelevò da Sarah Nelmes, affetta da vaiolo bovino, il pus dalla pustola di una mano e lo inoculò nel braccio di James Phipps, un bambino di 8 anni; oltre ad un malessere generale il bambino mostrò due pustole solo nelle sedi dove avvenne la scarificazione (incisione superficiale della cute dove inoculò il pus). Due mesi più tardi Jenner inoculò nel bambino del materiale proveniente da un paziente affetto da vaiolo umano senza alcuna conseguenza. Una scoperta che ha rivoluzionato la medicina; nei primi anni del 1800 il vaccino venne introdotto in altri paesi europei, in America, in Asia e in Africa e l’ultimo caso di vaiolo risale al 1977. Il vaiolo è l’unica malattia dove il vaccino ha raggiunto l’obiettivo finale, ovvero l’eradicazione (Ginevra, 33esima Assemblea Mondiale della Sanità, 8 maggio 1980).

Luigi Sacco: la diffusione della jenneriana in Italia

Il medico varesino Luigi Sacco (1769-1836) fu il pioniere della vaccinazione contro il vaiolo in Italia. L’attività della vaccinazione di Sacco cominciò in Lombar-

dia. Inizialmente non fu semplice per Sacco reperire il pus da innestare in quanto non tutte le forme di malattia pustolosa delle vacche erano attribuibili all'autentico cow pox. Si svolse quindi una sorta di caccia alla pustola vaccina, ed ogni informazione sulla malattia delle mandrie era considerata preziosa. Fu la notizia di possibili vacche ammalate a Varese che furono occasione di verifica da parte del Varesino Sacco. La ricerca del pus vaccino era stata finalmente coronata da successo anche in Lombardia: bisognava ora proseguire con gli innesti. I neonati assistiti negli orfanotrofi avrebbero potuto rappresentare il serbatoio ideale per la produzione di materiale utile all'innesto. Alle prime inoculazioni era seguito un periodo di sperimentazione di controllo che Sacco aveva iniziato in Milano. Raccolto materiale pustoloso di vaiolo umano, lo aveva innestato in alcuni fra i suoi primi vaccinati: si notò dunque che l'immunizzazione al vaiolo umano era veritiera con conseguente efficacia del vaccino. Quindi erano necessarie l'opera delle grandi istituzioni sanitarie e l'intervento delle autorità amministrative e politiche per diffondere tale pratica. Nel 1801 fu nominata una commissione, la quale eseguì delle prove per verificare e confermare definitivamente la veridicità della pratica vaccinale. Nei giorni 31 agosto e 14 settembre 1802 ebbe luogo nell'orfanotrofio della Stella, alla presenza di molte autorità della Repubblica, un solenne e pubblico esperimento di contro-prova: anche i governanti della Repubblica potevano rendersi conto dell'efficacia della vaccinazione. Questo successo consacrò definitivamente l'attività di Sacco. Nel 1803 si contavano più di centomila vaccinati nella Repubblica. Luigi Sacco proseguiva nell'opera tesa a coinvolgere tutte le autorità, anche locali, che potevano favorire le sue campagne e a difendere la vaccinazione dalle molte ostilità che essa incontrava. Nel 1809 si contavano ben 1.500.000 vaccinati e fu stabilita con sistema regolare ed uniforme la vaccinazione in tutti i dipartimenti del Regno, e se non in tutta Italia, certamente nella parte più colta delle sue contrade.

1880. I sieri di Behring contro difterite e tetano

Emil Adolf von Behring (Hansdorf, 15 marzo 1854 – Marburgo, 31 marzo 1917) è stato un fisiologo e batteriologo tedesco, primo premio Nobel per la medicina nel 1901 per le sue scoperte, insieme al giapponese Shibasaburo Kitasato, dei sieri antidifterico e antitetanico. Nel 1880 Behring rese un animale temporaneamente immune dalla difterite o dal tetano iniettandone

siero sanguigno di un altro animale infettato da tali germi. Dimostrò che questo siero ha proprietà non solo preventive ma curative perché in grado di provocare la guarigione se iniettato ai primi sintomi della difterite o del tetano. Dopo migliaia di esperimenti su animali insieme al collega Shibasaburo Kitasato, egli annunciò il 4 dicembre 1890 di aver risolto la questione. Il siero conferisce un'immunità passiva dovuta a specifici anticorpi che contrastano la tossina della difterite. Tali anticorpi sono presenti nel sangue di un animale che aveva precedentemente contratto la malattia. Fu una scoperta epocale perché finalmente si capì dal punto di vista scientifico ciò che aveva precedentemente scoperto Jenner.

La rabbia di Louis Pasteur

Nel 1885, in collaborazione con il suo assistente Emile Roux, Pasteur mise a punto il primo vaccino per combattere la rabbia, malattia virale trasmessa all'uomo dal morso di un animale infetto.

Il vaccino antirabbico fu sperimentato per la prima volta sull'uomo il 6 luglio 1885 su Joseph Meister, un bambino di nove anni che arrivò al laboratorio di Pasteur accompagnato dalla madre dopo essere stato morso da un cane rabbioso. Roux aveva disponibile il vaccino contro la rabbia, sviluppato infettando alcuni conigli ed estraendo tessuto infetto dalla spina dorsale degli animali. Fino a quel momento i risultati erano stati ottenuti provando il vaccino sui cani. Quello di Pasteur su Joseph Meister fu quindi un vero azzardo, fortunatamente finito bene: Il famoso microbiologo e chimico francese Louis Pasteur ha aperto la strada all'uso di vaccini batterici per la prevenzione delle malattie infettive negli animali e nell'uomo.

Una rivoluzione chiamata antipolio

Nel 1939, il medico Albert Sabin, dopo vari studi condotti sugli scimpanzé, annunciò che il Poliovirus era un virus enterico e non respiratorio e che aveva come sede prediletta non le fibre nervose ma l'intestino. Questa scoperta permise allo scienziato di capire quale fosse il vero terreno di coltura su cui sviluppare quello che nel 1953 passò alla storia con il nome di Sabin, il vaccino antipolio con virus attenuato. Questo farmaco si dimostrò molto efficace e venne distribuito immediatamente su larga scala: veniva somministrato per via orale e non necessitava di ulteriori richiami. Tuttavia, nel 1955 il dottor Jonas Salk sintetizzò invece il vaccino trivalente Salk che, a differenza del

primo includeva tutti e tre gli antigeni dei tre ceppi del Poliovirus (PV1, PV2, PV3) e non conteneva il virus attenuato (e quindi vivo ma privato della sua capacità di infettare pur mantenendo la facoltà di indurre la risposta immunitaria e, dunque, la produzione di anticorpi) ma il virus ucciso con la formaldeide. Salk scoprì dunque che il virus morto non induce soltanto la risposta IgG-mediata ma è anche capace di proteggere i motoneuroni, scongiurando così il rischio di poliomielite bulbare e la sindrome post-poliomielitica. Oggi si stima che il Sabin e il Salk hanno ridotto l'incidenza dell'infezione da Poliovirus da circa 350.000 casi registrati nel 1988 ad appena 223 casi nel 2012.

Maurice Hilleman e il vaccino che ne contiene tre

Prima della diffusione dei vaccini per morbillo rosolia e parotite, erano rari i bambini che in età scolare riuscivano a evitarle. Quanto al morbillo, in particolare, si calcola che fino a quando non si è diffusa a livello mondiale la sua vaccinazione, cioè nel 1980, esso abbia ucciso una media di 2 milioni e mezzo di bambini ogni anno. Il primo vaccino per prevenire il morbillo risale al 1963. Vaccini per la parotite e la rosolia furono resi disponibili rispettivamente nel 1967 e nel 1969. A tutti e tre lavorò il microbiologo americano Maurice Hilleman (1919-2005), a cui si deve anche la loro combinazione e quindi la nascita, nel 1971, del vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia (MPR). Purtroppo, negli ultimi anni a seguito di notizie bufale riguardanti il dubbio sull'efficacia di questo vaccino, nonché una relazione tra vaccino e autismo, ha portato molta gente a evitare tale vaccinazione, tornando indietro nel tempo con gravissime conseguenze nella tutela della salute collettiva. I padri di tutte le scoperte appena descritte ci hanno regalato uno strumento per prevenire e cercare di portare al minimo la diffusione di malattie particolarmente pericolose. È un dovere etico-morale contribuire alla prevenzione e promozione della salute tramite le vaccinazioni, come la storia ci ha insegnato.

BREVE STORIA SULLE VACCINAZIONI

Il valore di vaccinarsi

È un dato allarmante che la diminuzione della copertura vaccinale ha determinato un sensibile aumento dei casi di morbillo in tutto il mondo. Basti pensare che in Italia, come precedentemente detto, vi sono

stati 4.794 casi di morbillo nel 2017 e 2029 dal 1° gennaio al 30 giugno del 2018. Di conseguenza, il Comitato Nazionale di Bioetica ha ritenuto urgente richiamare l'attenzione della società italiana sul valore di un'assunzione di responsabilità personale e sociale invitando il Governo, le Regioni e le Istituzioni competenti, a moltiplicare gli sforzi perché le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate, raggiungano una copertura appropriata (95%). Lo stesso comitato ha ribadito come i vaccini costituiscano una delle misure preventive più efficaci, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo e con un valore non solo sanitario, ma etico assai rilevante. Due sono gli aspetti per interpretare ed esprimere una valutazione etica dell'uso dei vaccini: il rapporto rischio/benefici e il rispetto dell'autonomia del soggetto da vaccinare, a cui va richiesto il consenso. Attraverso le evidenze scientifiche si è dimostrato che le vaccinazioni presentano sia un beneficio diretto, per il fatto di essere immunizzati contro una determinata malattia, sia un beneficio indiretto, derivante dallo stato di immunizzazione generale della popolazione attraverso la cosiddetta immunità di gregge (herd immunity). Basta solo questa valutazione, per capire come sia eticamente e moralmente importante un vaccino sia per il singolo che per l'intera comunità. Valutare però il rapporto rischi/benefici di un intervento preventivo non è facile, in quanto è diventato arduo far comprendere ai più scettici, il senso e il valore etico della prevenzione. Ciò che bisogna confrontare per osservare l'importanza etica dell'argomento, è l'eventuale rischio del vaccino e il rischio di contrarre quella determinata malattia in sua assenza. I vaccini, secondo le più eminenti evidenze scientifiche, presentano, un buon profilo di sicurezza e tollerabilità. Ovviamente non si possono escludere eventuali effetti collaterali, ma come ogni pratica sanitaria, il "rischio pari a zero" non esiste se lo confrontiamo con il beneficio derivante. Oggi la pratica medica è sempre più centrata, sul rispetto dell'autonomia e decisione autonoma da parte dei soggetti, nonché sul consenso informato; e quindi di fondamentale importanza offrire informazioni esauritive sui vantaggi e sui rischi dell'immunizzazione in età pediatrica. Per prendere una così importante decisione senza un obbligo, la popolazione ha diritto di conoscere i vantaggi in termini di vita, salute e qualità di vita, e i possibili rischi della pratica vaccinale; Tutto ciò è reso difficile dalle continue informazioni distorte e allarmanti che bombardano continuamente la po-

polazione dei genitori. Tali informazioni spesso non veritiere, sono associate all'offuscata memoria storica riguardante patologie, oggi prevenibili col vaccino ma un tempo assai frequenti. Da qui quindi un richiamo alla responsabilità per coloro che rifiutano le vaccinazioni, esponendosi in prima persona al contagio e correndo il rischio di trasmettere una malattia a terze persone. Sembra quindi facile capire che una scelta non ponderata in maniera corretta, porti ad un danno non solo individuale, ma anche alla collettività. Anche se l'obbligo vaccinale può sembrare ai fautori della libertà di scelta, un'invasione della volontà soggettiva, cercare di eliminare tale obbligo, non significherebbe evitare di vaccinarsi, bensì sarebbe un richiamo del valore etico di responsabilità. L'obbligo a questo punto diventerebbe di natura morale e renderebbe la libertà di scelta, un riflesso della volontà dell'individuo a salvaguardare non solo sé stesso ma l'intera comunità.

Etica e trasparenza

Ribadendo il concetto di valore etico come ruolo determinante per affrontare col giusto approccio le campagne vaccinali, è necessario rimarcare l'importanza di un atteggiamento trasparente e credibile. Esso serve per diminuire le "asimmetrie informative", ovvero, quelle condizioni in cui un'informazione non è condivisa integralmente dalla comunità o anche una condizione dove una parte di partecipanti detiene maggiori informazioni rispetto al resto della comunità. Ma a quale scopo parliamo di trasparenza nella pratica vaccinale? Partiamo da un presupposto che tutte le informazioni riguardanti le vaccinazioni non sono vere. Ormai i movimenti "no vax", grazie a teorie di cospirazione, di sicurezza o di qualsiasi altra natura hanno generato dubbi ai genitori, nonostante tali informazioni siano totalmente prive di fondamenta scientifiche e servano solo a creare terrore psicologico. Quindi parliamo di trasparenza aprendo ad un altro concetto, ovvero, le informazioni devono essere veritiere e scientificamente provate, e per essere approvate dalla comunità dobbiamo introdurre un altro principio fondamentale dell'etica: *la credibilità*.

Non vi è credibilità ad un'istituzione se non vi è trasparenza.

Per essere credibile, un'istituzione deve creare un rapporto di totale fiducia con la popolazione e gioca un ruolo fondamentale la comunicazione, o meglio la "trasparenza della comunicazione". Per essere tra-

sparente, una comunicazione deve essere quanto più completa e dettagliata possibile, oltre che chiara e comprensibile. Nella fattispecie, prendendo in riferimento le vaccinazioni, le sue informazioni devono comprendere più aspetti specifici, affinché i dubbi vengano sostituiti dalle certezze; sarà fondamentale chiarire le idee circa le caratteristiche e meccanismo d'azione dei vaccini, spiegazione sulla stesura del calendario vaccinale rischi e benefici delle vaccinazioni, sicurezza, efficacia. Un esempio di comunicazione poco chiara ci viene offerta dal portale "Vaccinarsi", un sito che con il patrocinio del Ministero Della Salute affronta vari aspetti delle vaccinazioni. Di seguito porto l'esempio: "Quando, nel 1994, divenne Miss America una ragazza affetta da sordità, in un'intervista il danno all'udito venne imputato al vaccino DTP, somministrato a 18 mesi di vita. La notizia uscì sul New York Times del 18 settembre. Solo il 26 dello stesso mese il giornale pubblicò la smentita: la sordità era dovuta a un esito di meningite. Quanti avranno letto la rettifica, e quanto la prima notizia avrà inciso sull'immaginario collettivo?" Tale esempio ci fa capire che basta davvero poco per perdere di credibilità, soprattutto nel contesto attuale dove i siti internet hanno libertà di diffusione di qualsiasi contenuto, hanno un potere mediatico enorme, ma con un piccolo ma significativo difetto: verificarne l'attendibilità.

La nuova mozione del comitato nazionale di bioetica

Un primo documento sui rapporti fra vaccinazioni e bioetica, fu stilato dal Comitato Nazionale di Bioetica e successivamente approvato il 22 settembre 1995. In sintesi, i punti salienti di tale documento:

1. I vaccini possono essere annoverati tra le conquiste mediche e scientifiche dell'epoca moderna. Hanno debellato il vaiolo e consentono di prevenire molte altre malattie, che in precedenza uccidevano o menomavano milioni di persone ogni anno. Sono anche efficaci contro molte infezioni degli animali domestici, alcune delle quali trasmissibili all'uomo. Oltre che preventivo essi hanno anche un valore terapeutico, come in alcune malattie a lento decorso. Aprono infine ulteriori e affascinanti prospettive, sia per il trattamento di infezioni molto diffuse, come la malaria e le infezioni da HIV, che di altre patologie, fra le quali i tumori. Essi sono contraddistinti da un rapporto eccezionalmente favorevole tra costi e benefici, e

fra rischi e benefici.

2. Ciononostante, l'impiego dei vaccini comporta diversi problemi. Quello maggiormente avvertito a livello dell'opinione pubblica è la possibilità di effetti collaterali, costituiti da reazioni allergiche, alterazioni neurologiche e infezioni, dovute alla ri-acquisizione della patogenicità da parte di agenti vivi attenuati. Questo pericolo è stato talvolta ingigantito, fino a determinare uno stato abbastanza diffuso di sospetto e di rifiuto, specie nei confronti della vaccinazione nei primi anni di vita. Il rischio è invece minimo, tanto da potersi trascurare nella pratica, soprattutto con i preparati più recenti ed è ampiamente controbilanciato dal rischio concreto che, in assenza di un'estesa protezione vaccinale, alcune malattie si diffondano nuovamente e colpiscano i non vaccinati con una frequenza ben più elevata di quella attuale. Pertanto, se una malattia è grave, se si dispone di un vaccino efficace, se le complicanze gravi della malattia sono più frequenti e temibili di quelle della vaccinazione, quale logica si può contrapporre a quella di proteggere al meglio l'intera popolazione e con essa i singoli individui?
3. Va anche sottolineato che la messa a punto di un vaccino è un'impresa complessa, lunga e costosa. I produttori dei vaccini inoltre possono essere chiamati a rispondere degli effetti collaterali causati non dalla loro negligenza, ma da eventi imprevedibili. Viene auspicato un impegno pubblico sia sul piano scientifico, sia economico e legislativo a sostegno di questo settore.
4. I vaccini sollevano anche altri problemi, come quello della sperimentazione sull'animale, del consenso informato alla loro sperimentazione e al loro impiego clinico, degli obblighi dei genitori e tutori nei confronti dei minori, privi di autonomia decisionale, della possibilità di conflitti tra diritti individuali e diritti collettivi, dei farmaci orfani, ovvero abbandonati per motivi eminentemente economici. Si tratta di problemi in parte comuni ad altri campi della ricerca biomedica e della medicina.
5. Il primo imperativo categorico è quello di garantire un'informazione approfondita, aggiornata, corretta e quanto più possibile completa sui vaccini. In particolare, i loro effetti collaterali e i pericoli vanno pubblicizzati, ma insieme vanno comunicati altri elementi necessari a interpretarne correttamente il significato. Vanno ugualmente menzionati i pa-

rieri contrari alla vaccinazione, facendo tuttavia presente l'eventuale carenza di dati scientifici a loro sostegno.

6. Una caratteristica peculiare dei vaccini è quella di avere un elevato valore etico-sociale, in quanto oltre a proteggere la persona vaccinata riducono il rischio di contagio a carico della restante popolazione. Pur tenendo conto dell'obiettivo difficoltà di stabilire una chiara delimitazione tra diritti individuali e diritti collettivi, si ritiene che lo Stato abbia non solo il diritto, ma anche il dovere di promuovere le vaccinazioni, considerate essenziali dalla comunità scientifica internazionale, non solo attraverso le campagne d'informazione e d'educazione sanitaria, ma anche, se necessario, con altre modalità più incisive. Dopo 20 anni, precisamente il 24 aprile 2015, è stato approvato all'unanimità una nuova mozione da parte del Comitato Nazionale di Bioetica, a seguito dei dati allarmanti riguardanti la diminuzione delle coperture vaccinali degli ultimi tempi, richiamando l'attenzione all'assunzione di responsabilità personale e sociale, in particolare mobilitando i medici e le strutture sanitarie del territorio a promuovere efficaci campagne d'informazione, comunicazione ed educazione finalizzate a illustrare l'importanza delle vaccinazioni a livello individuale e collettivo e a richiamare i cittadini a scelte consapevoli e corrette nel proprio stesso interesse.

I punti della nuova mozione del CNB sono i seguenti:

1. Campagne di promozione e informazione su vaccinazioni obbligatorie e raccomandate che siano a carattere nazionale, implementate rapidamente, basate su una consolidata documentazione scientifica, comprendenti una comunicazione efficace sui siti internet e un'accurata informazione a livello individuale, scritta e verbale, al fine di rendere consapevole il cittadino sia delle strategie in atto sia dei benefici attesi a fronte dei rischi possibili.
2. Campagne d'informazione e aggiornamento per le strutture sanitarie, i medici curanti, i pediatri di famiglia e gli operatori coinvolti nella somministrazione dei vaccini, nonché gli operatori scolastici.
3. L'impegno delle istituzioni sanitarie a organizzare centri specializzati dedicati specificatamente alle vaccinazioni dei soggetti maggiormente a rischio.
4. L'analisi del contesto regionale al fine di introdurre le modalità organizzative più efficaci, anche con l'obiettivo primario di superare le differenze attual-

mente presenti nei diversi contesti regionali italiani nel rispetto dei principi costituzionali.

5. L'osservanza dell'obbligo a un'adeguata profilassi vaccinale da parte degli operatori sanitari e del personale impegnato nelle scuole di ogni ordine e grado - e in generale nei luoghi maggiormente frequentati dai bambini - in funzione della loro specifica attività.
6. L'impegno -in particolar modo per medici e pediatri di base- a fornire un'adeguata consulenza sull'offerta vaccinale ai propri assistiti, evidenziando come i vaccini costituiscano uno dei trattamenti più efficaci, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo.
7. Il monitoraggio continuo dell'omessa vaccinazione (per dimenticanza o per ragioni mediche, ideologiche, religiose, psicologiche, ecc.) sia complessivamente sull'intero territorio, sia a livello del singolo Comune, allo scopo di identificare coloro che necessitano di essere incoraggiati verso un percorso vaccinale (compliance) e di evidenziare eventuali insufficienze nella copertura vaccinale, specialmente con riguardo ai bambini.
8. La classificazione delle "emergenze sanitarie e d'igiene pubblica" in guisa da poter studiare e stilare degli "healthcare emergency's recovery plans" da codificare e attivare secondo necessità e secondo dei casi.
9. Porre in essere, in caso di situazioni di allarme, azioni ripetute e adottare provvedimenti di urgenza ed eventuali interventi legislativi necessari a ripristinare o raggiungere un livello accettabile di sicurezza sanitaria ottenibile mediante il mantenimento di elevate coperture vaccinali.

In conclusione, il Comitato ritiene che debbano essere fatti tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale attraverso programmi di educazione pubblica e degli operatori sanitari, non escludendo l'obbligatorietà in casi di emergenza.

QUESTIONARIO

Questionario somministrato all'utenza

Dopo aver espletato l'argomento storico per capire come siamo arrivati oggi alle conoscenze vaccinali e aver valutato il valore etico di tale procedura, mi accingo a spiegare il questionario che ho somministrato all'utenza, il quale mi è servito per approfondire il li-

vello generale di conoscenza ad un target di pubblico laico sull'argomento. Il questionario è stato distribuito a genitori di figli con una fascia di età da 0 a 10 anni (ovviamente in forma anonima) e per avere un confronto territoriale e valutare eventuali differenze, sono riuscito ad avere un riscontro sia di utenti del sud, nella fattispecie della mia città, Brindisi, che utenti del nord, nello specifico Milano, tramite la collaborazione di amici e parenti. Ho cercato di recuperare le informazioni che mi interessavano attraverso la formulazione di 8 semplici domande, che mi hanno permesso di quantificare numericamente il grado specifico di conoscenza dell'argomento.

Allego di seguito il questionario così come presentato all'utenza.

Gentile genitore mi chiamo Marsigliante Nicola e sono un laureando in infermieristica. Sto lavorando alla mia tesi e per completare il mio percorso vorrei che compilassi un questionario che sarà del tutto anonimo ma fondamentale per la mia conclusione del percorso di studi. Grazie per la collaborazione.

(1) Tuo figlio/a ha tutte le vaccinazioni obbligatorie?

- Sì
- No

(se si vai direttamente alla 3 altrimenti rispondi anche alla 2)

(2) Hai intenzione di fare tutte le vaccinazione obbligatorie?

- Sì
- No
- Non lo so

(3) Ritieni che le vaccinazioni obbligatorie siano troppe per tuo/a figlio/a?

- Sì
- No

(4) Da chi hai avuto le informazioni riguardanti l'argomento:

- personale sanitario
- amici
- parenti
- internet
- altro

(5) Sei a conoscenza della percentuale soglia con la quale la copertura vaccinale diventa totale anche per chi non si vaccina o non può vaccinarsi?

- Sì %

- No

(6) Sei a conoscenza che contrarre il morbillo puo' portare a complicazioni come l' encefalite?

- Si
- No

(7) Ritieni che cominciare il ciclo vaccinale a 2 mesi dalla nascita del bambino sia troppo presto?

- Si (perché
- No (perché

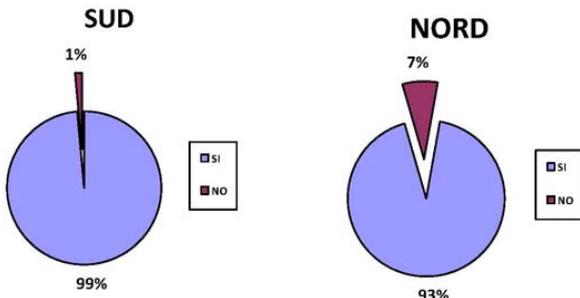
(8) La somministrazione di piu' vaccini contemporaneamente comporta dei rischi per il bambino?

- Si
- No

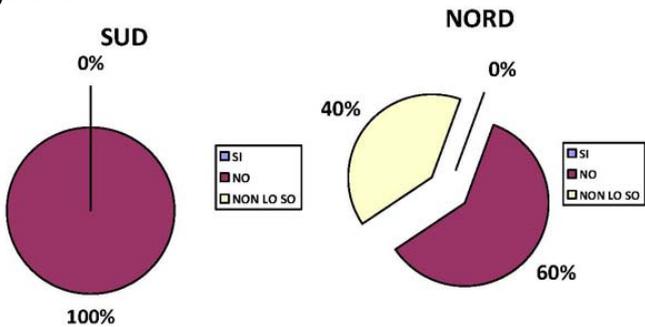
Ringrazio sentitamente per la collaborazione.

Risultati questionario

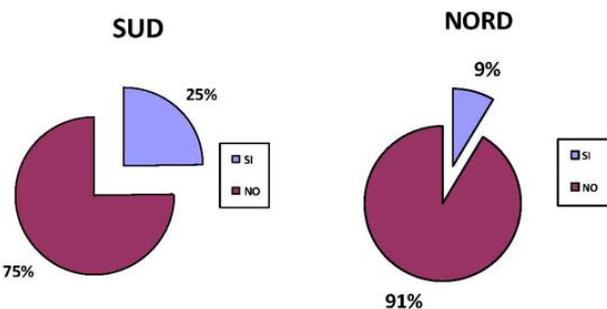
(1) Tuo figlio/a ha tutte le vaccinazioni obbligatorie?



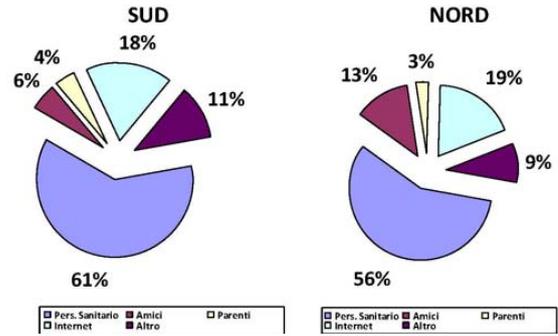
(2) Hai intenzione di fare tutte le vaccinazione obbligatorie?



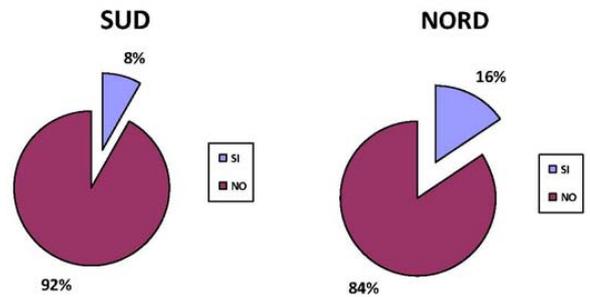
(3) Ritieni che le vaccinazioni obbligatorie siano troppe per tuo/a figlio/a?



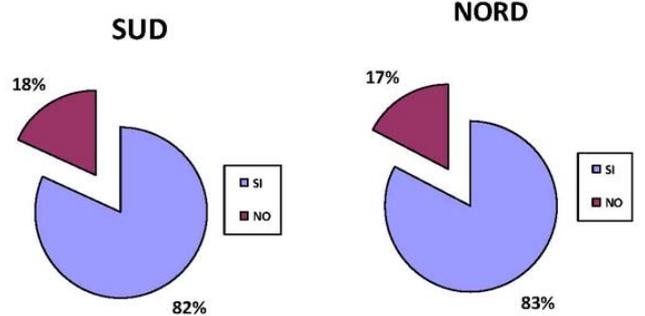
(4) Da chi hai avuto le informazioni riguardanti l'argomento:



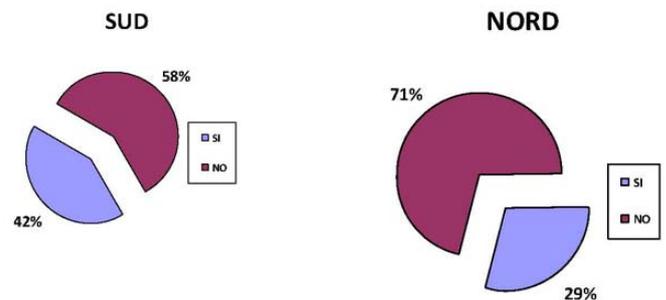
(5) Sei a conoscenza della percentuale soglia con la quale la copertura vaccinale diventa totale anche per chi non si vaccina o non puo' vaccinarsi?



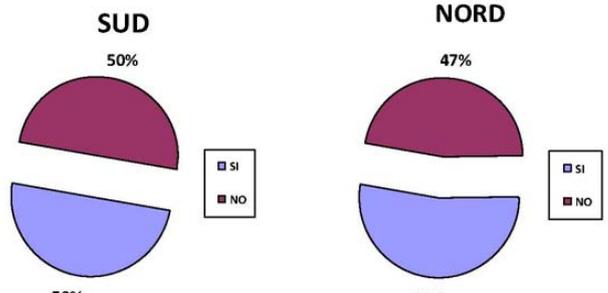
(6) Sei a conoscenza che contrarre il morbillo puo' portare a complicazioni come l' encefalite?



(7) Ritieni che cominciare il ciclo vaccinale a 2 mesi dalla nascita del bambino sia troppo presto?



(8) La somministrazione di piu' vaccini contemporaneamente comporta dei rischi per il bambino?



Confrontando nello specifico quindi i vari grafici si possono notare similitudini tra nord e sud, ma con delle sottili differenze. Possiamo evidenziare che sono ben pochi coloro che non hanno le vaccinazioni obbligatorie nel range di età 0-10 anni, con una percentuale leggermente maggiore di "dissidenti" a nord, anche se nel meridione dilaga una maggiore percentuale di utenti che ritengono siano troppi quantitativamente i vaccini obbligatori; tale dato ci fa capire come questa obbligatorietà non sia comunque ben vista e molti genitori vaccinano non per una questione etica e di vera importanza, ma soltanto per un dovere prettamente imposto dalla società.

Altro dato interessante si può riscontrare analizzando la domanda riguardante la fonte delle informazioni sull'argomento vaccinazioni, dove seppur poco più della metà, sia a nord che a sud abbiano risposto con "operatore sanitario", non è da sottovalutare l'altra quasi metà di utenti i quali hanno ricevuto informazioni da amici, parenti, tv, opuscoli e soprattutto internet. Non dal proprio pediatra dunque, tantomeno dall'infermiere vaccinatore, bensì dalla rete invece che è preferita ad un professionista sanitario. Andando più nello specifico ho trovato interessante il riscontro di alcuni utenti i quali hanno risposto alla domanda con "altro".

Nel dettaglio un genitore ha risposto che non ha ricevuto informazioni da nessuno. Altre risposte ancora più interessanti l'ho ricevute da due genitori che affermano di aver ricevuto informazioni l'uno in quanto moglie di un medico, l'altro/a dal suo percorso di studi. Ho trovato interessante tali risposte perché ho subito pensato a due utenti con un buon bagaglio di conoscenza sull'argomento; ma mi sono velocemente ricreduto quando alla domanda successiva entrambi non conoscevano la percentuale soglia con la quale la copertura vaccinale diventa totale anche per chi non può vaccinarsi. A tal proposito, spicca altamente, con un picco del 92% al sud e dell'84 % al nord, la prevalenza di utenti ignari di quale sia la percentuale soglia. In pochissimi hanno scritto la risposta giusta, quasi tutti hanno preferito rispondere con un secco "no" e alcuni hanno cercato di indovinare, scrivendo numeri a caso, o troppo bassi (c'è chi ha scritto 90 %) o troppo alti (100%). Al contrario, alla domanda riguardante le complicazioni scaturite dal contrarre il morbillo, la maggior parte degli utenti ha dichiarato di essere a conoscenza di tali complicanze come ad esempio l'encefalite. (82% al sud e 83 % al nord). Il dubbio emerge nell'osservare le tabelle concernenti lo studio di coorte riguardanti le vaccinazioni pediatriche nell'anno 2017 sulle coperture vaccinali a 24 mesi calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP. AA. (per singolo anti-gene). Sulla tabella potremo osservare come per ogni vaccinazione non si raggiunga la fatidica soglia di copertura del 95% e in particolare si può apprezzare la percentuale totale in Italia di 91,62 % per la vacci-

nazione contro il morbillo, con regioni che sono anche al di sotto del 90 %. Tali dati sono ancora più avallati dai 4794 casi di morbillo con 4 decessi nel 2017. Anche nel 2018 la situazione non è migliorata, con i 2029 casi e 4 decessi, secondo gli ultimi dati aggiornati fino al 30 giugno 2018 (dati ufficiali dell'Istituto Superiore di Sanità). Di seguito la tabella.

Un'altra domanda dove ho ricevuto svariate risposte interessanti, riguarda l'inizio del ciclo vaccinale subito dopo i due mesi di vita del neonato (ossia durante il 3° mese, tra i 2 mesi compiuti e i 3 da compiere), dove, per gli utenti di Milano il 29 % afferma che sia troppo presto e ancor di più per gli utenti di Brindisi, con i quali raggiungiamo il 43% di genitori convinti di ciò. Ma è nelle motivazioni che ho avuto riscontri palesi di informazione precaria; tralasciando coloro che hanno solo risposto al perché con un perentorio "troppo piccoli", vorrei analizzare coloro che hanno risposto con: "cominciare il ciclo vaccinale a 2 mesi dalla nascita è troppo presto perché l'organismo e le sue difese immunitarie sono immature per poter affrontare i virus iniettati con i vaccini", oppure, "potrebbe PREGIUDICARE il sistema immunitario" o ancora "non è esposto al rischio di infezioni" e per finire la risposta a mio parere più imbarazzante è stata "io ho cominciato il ciclo vaccinale a 4 anni". Un'ennesima conferma delle informazioni totalmente sbagliate che ci sono in circolazione. A tal proposito cito di seguito le risposte date su una guida per genitori dubbiosi, reperibile sul sito "epicentro" dell'Istituto Superiore di Sanità: *"Perché si inizia a vaccinare subito dopo il compimento dei due mesi? Non è troppo presto?"*. La vaccinazione è iniziata a 2 mesi compiuti per tre ragioni:

1. a 2 mesi il sistema immunitario del bambino è già in grado di rispondere alla vaccinazione;
2. nel bambino di 2 mesi le vaccinazioni sono sicure: aspettare non serve ad aumentare la sicurezza dell'atto vaccinale;
3. ogni ritardo nell'inizio delle vaccinazioni prolunga il periodo in cui il bambino è suscettibile alle infezioni prevenibili con il vaccino.

Ritardare l'inizio delle vaccinazioni ha un prezzo: molte volte questo prezzo fortunatamente non viene mai pagato, e il bambino continua a star bene anche se le vaccinazioni sono ritardate. Ma talvolta il prezzo da pagare è alto. Per esempio, sappiamo che la pertosse nel lattante si manifesta costantemente in modo atipico, con crisi di apnea. Questo fatto rende la pertosse una malattia molto pericolosa specialmente nei primi mesi di vita. Tuttavia, uno studio sui bambini da 6 a 24 mesi ha dimostrato che il rischio di ospedalizzazione è 10 volte più alto nei bambini mai vaccinati contro la pertosse rispetto ai bambini parzialmente o completamente vaccinati (Stojanov 2000). L'ultima domanda che ho proposto ai genitori riguarda la

REGIONE/P.A.	POL	DIF	TET	PER	EP B	MOR	PAR	ROS	VAR	Men C	EP A	Men B
Piemonte	95,75	95,79	95,93	95,79	95,36	94,72	94,72	94,72	3,02	92,39	0,99	0,00
Valle d'Aosta	93,66	93,56	94,07	93,56	92,93	90,33	90,12	90,33	2,81	89,81	0,21	2,91
Lombardia	94,88	95,09	95,16	95,09	94,62	93,92	93,79	93,86	1,85	92,18	n.d.	n.d.
Prov. Aut. Bolzano	85,87	85,87	85,89	85,76	85,52	71,86	71,76	71,78	17,27	67,68	1,27	4,71
Prv. Aut. Trento	93,90	93,80	94,07	93,76	93,51	91,68	91,61	91,64	64,65	89,64	4,58	32,71
Veneto	93,53	93,53	93,77	93,52	93,06	92,34	92,23	92,29	88,56	92,03	10,90	82,26
Friuli-Venezia Giulia	90,42	90,51	90,64	90,50	89,50	86,55	86,55	86,55	79,52	89,00	0,59	68,90
Liguria	95,04	95,04	95,05	95,01	94,84	90,92	90,74	90,69	67,89	84,11	3,99	82,35
Emilia-Romagna	94,77	94,72	94,86	94,72	94,43	91,33	91,11	91,23	9,37	91,64	3,17	3,17
Toscana	95,78	95,68	95,84	95,68	95,35	93,51	93,42	93,47	87,08	92,71	0,51	72,98
Umbria	95,80	95,74	95,80	95,74	95,82	94,53	94,51	94,51	1,97	92,31	0,58	7,72
Marche	93,01	92,94	93,02	92,92	92,66	88,21	88,15	88,14	58,04	82,49	1,03	15,26
Lazio	96,85	96,84	96,84	96,84	96,85	95,34	95,34	95,34	20,54	80,37	0,16	36,14
Abruzzo	97,36	97,33	97,33	97,33	97,33	89,20	89,20	89,20	33,96	70,92	0,29	11,41
Molise	97,16	97,16	97,16	97,16	97,16	90,48	90,48	90,48	72,57	82,71	0,00	0,99
Campania	95,39	95,39	95,39	95,39	95,38	92,03	92,03	92,03	58,90	61,30	0,06	3,50
Puglia	94,39	94,39	94,39	94,39	94,30	91,09	91,09	91,09	88,81	83,63	65,76	80,06
Basilicata	97,72	97,72	97,72	97,72	97,72	92,90	92,90	92,90	85,87	93,33	0,10	82,48
Calabria	96,10	96,10	96,10	96,10	96,10	92,79	92,79	92,79	77,85	56,85	0,41	57,58
Sicilia	91,33	91,33	91,33	91,33	91,32	85,63	85,63	85,63	81,81	72,84	0,01	50,83
Sardegna	95,98	95,97	95,99	95,95	95,93	92,91	92,89	92,91	81,58	90,13	0,04	28,67
Italia	94,54	94,57	94,64	94,56	94,34	91,68	91,62	91,64	45,60	83,06	6,92	38,59

Legenda:

- a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi
- b) Ciclo di base 1, 2 o 3 dosi, secondo l'età
- c) 1a dose entro 24 mesi
- d) Ciclo completo secondo il prodotto o il calendario non disponibile

POL	Polio(a)	ROS	Rosolia (c)
DIF	Difterite (a)	VAR	Varicella (c)
TET	Tetano (a)	Men C	Menin-gococco C coniugato (b)
PER	Pertosse (a)	EP A	Epatite A (d)
EP B	Epatite B(a)	Men B	Menin-gococco B (d)
MOR	Morbillo(c)		
PAR	Parotite (c)		

somministrazione di più vaccini contemporaneamente e gli eventuali rischi per il bambino. In questa domanda ho riscontrato una totale indecisione negli utenti, senza un netto distacco tra il "si" o il "no". Per i genitori del sud c'è stato una perfetta parità tra chi suppone che ci siano rischi e chi no; mentre nel nord la percentuale di chi afferma il rischio della contemporaneità è addirittura leggermente superiore alla metà (53%). Un altro falso mito quindi da sfatare. Anche in questo caso ci viene in aiuto il sito "epicentro" Il portale dell'Epi-demiologia per la Sanità pubblica, a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione

delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità. Sul sito si afferma, ovviamente avvalendosi di evidenze scientifiche, che pur essendo aumentato il numero dei vaccini, con il passare degli anni è diminuito il numero degli antigeni somministrati in quanto i vaccini sono tecnologicamente più evoluti. Per es. il vecchio vaccino pertosse a cellula intera conteneva circa 3000 antigeni, l'attuale vaccino acellulare ne contiene tre. Se davvero i vaccini indebolissero o compromettero il sistema immunitario, ci si aspetterebbe una minore risposta immunitaria in seguito alla somministrazione di più

vaccini contemporaneamente, rispetto alla somministrazione di un vaccino per volta.

Invece non è così: gli studi clinici dimostrano che la somministrazione contemporanea del vaccino esavalente oltre a non determinare un aumento degli effetti collaterali severi, non produce una risposta inferiore rispetto alla somministrazione separata dei due vaccini. Lo stesso accade con gli altri vaccini (morbillo-parotite-rosolia, meningococco C ecc.) del Calendario di vaccinazione dell'infanzia. È vero invece che la somministrazione contemporanea di più vaccini può provocare un aumento sia delle reazioni locali (ossia gonfiore, arrossamento e dolore nella sede di somministrazione del vaccino) sia generali (soprattutto la febbre); tuttavia tale inconveniente è ampiamente compensato dalla riduzione degli accessi al servizio vaccinale, con conseguente minore stress per il bambino.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Informazione

Dopo aver evidenziato molteplici aspetti, arriviamo dunque al tema centrale della tesi, ovvero: quale approccio deve intraprendere l'infermiere per arrivare ad una diffusione corretta, relativa alle vaccinazioni?

Innanzitutto, bisogna evidenziare un aspetto: non si può assolutamente ignorare l'importanza e la potenza di internet. Tale mezzo è fonte di qualsivoglia informazione ed è per questo che opporsi alla rete sarebbe soltanto deleterio; al contrario l'infermiere dovrebbe indirizzare i genitori a valutare quale siano le fonti attendibili; potrebbe essere rilevante, attraverso opuscoli, mediante pubblicazioni, o in qualsiasi altro formato in grado di offrire una corretta informazione suggerire quei siti che trattano tutte le evidenze scientifiche di recente studio oltre che certificate; spiegare le differenze, confrontandole con tutte quelle false informazioni che circolano sul web, di non nota attendibilità; promuovere incontri di informazione e promozione sanitaria, in tutte quelle sedi territoriali opportune, utili per sciogliere ogni dubbio ai genitori ed evidenziando il ruolo dell'immunità attiva fornita attraverso l'esecuzione del protocollo vaccinale attualmente in vigore di legge e, ancor più importante, spiegare cosa è l'immunità di gregge ed il motivo per il quale gioca un ruolo fondamentale nella lotta contro la diffusione delle patologie infettive. Per fare in modo di aumentare e consolidare sempre più le coperture vaccinali, è necessario intraprendere azioni di educazione sanitaria, responsabilizzazione e consapevolezza dei cittadini, già a partire dalla scuola. Garantire informazioni con una valida evidenza scientifica diventa fondamentale per sviluppare una cultura vaccinale a più ampio spettro, in maniera da contrastare le false notizie che arrecano solo un danno sociale sostanzialmente pe-

ricoloso.

È chiaro che un genitore ha il dovere di conoscere anche quali sono le controindicazioni e le reazioni avverse scaturite da una vaccinazione;

i rischi di danni collaterali sono assolutamente minori, se comparati ai rischi dovuti nel contrarre una patologia infettiva; se prendiamo come esempio il morbillo, un soggetto che contrae tale patologia ha come rischio determinate complicazioni come: otite (8-10% dei casi), broncopneumonia (8-10% dei casi) e ancor peggio encefalite (un caso ogni 1000 pazienti); in qualche caso, tali complicazioni possono portare a ritardi mentali, danni cerebrali o condurre addirittura alla morte. È scientificamente provato, anche in questa situazione, che un bambino vaccinato è molto più sicuro di un bambino non vaccinato e andrà sicuramente incontro a rischi minori, con lievi conseguenze, se verrà eseguita una copertura vaccinale.

Per questo un genitore deve conoscere e soprattutto recepire in maniera corretta ogni tipo di informazione, sempre per un obiettivo comune a tutti: la prevenzione della salute collettiva. Se parliamo di informazione, o meglio, di dettagliata informazione ai genitori con lo scopo di renderli più consapevoli e consenzienti, non possiamo assolutamente non citare il **consenso informato**, ovvero, secondo la dottrina medico legale, **l'accettazione volontaria, consapevole, specifica ed esplicita da parte di un cittadino ad un qualsiasi trattamento sanitario**.

Anche se per i minori e per gli incapaci di intendere e di volere, il titolare del diritto a dare il consenso è colui che esercita la potestà genitoriale (genitore, tutore o curatore), bisogna precisare che il minore ha diritto a essere informato e a esprimere la sua opinione e lo stesso vale per la persona incapace, e tale opinione deve essere tenuta in considerazione in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, per quanto riguarda i minori e in relazione al grado di infermità e capacità di comprensione della persona incapace.

L'obbligo vaccinale non esonera l'infermiere dal dovere di informazione e dalla necessità del consenso da parte dei genitori, anzi, è necessario che l'informazione sia chiara e comprensibile per agevolare il genitore/tutore a prendere una decisione opportuna, in quanto:

- si tratta di un intervento proposto a persone sane - non ammalate;
- non esistono condizioni di emergenza.

L'informazione potrà dire di aver avuto successo quando tutti i vaccini che vengono raccomandati vengono accettati, o quando alcuni vaccini vengono programmati per un successivo appuntamento. Se un genitore rifiuta di vaccinare il proprio figlio, il successo può consistere semplicemente nel tenere aperta la porta a future discussioni per favorire la scelta della vaccinazione o indirizzare i ge-

nitatori verso una fonte di informazione sanitaria affidabile. È importante mantenere alta la fiducia nelle vaccinazioni: fornendo ai genitori materiale informativo, mostrandosi a disposizione per rispondere alle loro domande, assicurandosi che le famiglie che potrebbero optare per altre visite vaccinali mantengano e rispettino gli appuntamenti.

Una iniziativa molto interessante, di promozione della salute nelle Scuole su iniziativa dell'Assessorato alla Salute della Regione Puglia ci è fornito dal Catalogo del "Piano Strategico Per La Promozione Della Salute Nella Scuola", che offre informazioni chiare, strumenti e metodi validi per migliorare e ampliare le conoscenze sull'argomento anche tra studenti e docenti di Istituti Scolastici di vario grado. Proposto da ormai sette anni, ripropone anche per l'anno scolastico 2018-2019 due progetti interessanti che riguardano, nella fattispecie, proprio le vaccinazioni:

- **Adulti e vaccinati: io non credo nella scienza** - Il progetto ha come diffusione territoriale le province di Brindisi e Lecce, destinato sia agli insegnanti e i genitori, ma soprattutto agli alunni, e ha come obiettivo generale quello di accrescere la coscienza critica della popolazione studentesca affinché sia in grado autonomamente di verificare se una informazione scientifica sia attendibile oppure no, di conoscere le fonti da cui reperire le informazioni e i canali per verificarne l'attendibilità; in tal modo sarà possibile aver consapevolezza di quanto facile sia creare e diffondere fake-news ma, soprattutto avere gli strumenti per identificarle. Una riflessione, dunque, sui social media e internet, sul loro ruolo e su come verificare le fonti informative.
- **#Azionesalute: programma di prevenzione delle malattie infettive e di promozione delle vaccinazioni** - Il progetto trova diffusione nella Provincia di Taranto, con lo scopo di imprimere la cultura della prevenzione delle malattie infettive, fornendo, una corretta informazione basata sulle migliori evidenze scientifiche per favorire lo sviluppo di conoscenze in tema di malattie infettive prevenibili e rafforzando capacità e competenze dei soggetti target (anche qui docenti, genitori e alunni) necessarie per consentire scelte di salute che possano tradursi in effetto a medio e lungo termine sulla salute dell'intera popolazione.

Da questi programmi si evince come la regione Puglia sia sensibile in maniera particolare al tema delle vaccinazioni e attraverso questo progetto si cerca di garantire un'istruzione di qualità inclusiva ed equa promuovendo opportunità di apprendimento continuo per tutti.

Comunicazione

Affinché l'informazione risulti essere efficace, bisogna indubbiamente renderla chiara, comprensibile, ma soprattutto è fondamentale saper comunicare. La parola comunicazione deriva dall'aggettivo latino "communis",

comune. Dunque, comunicare significa "mettere in comune", un medesimo significato per chi si esprime e per chi recepisce questa espressione.

Comunicare in maniera efficace, significa rendere riconoscibile il significato di parole, concetti, comportamenti e quindi bisogna fare ricorso a un codice chiaro e noto anche a chi recepisce - ascolta - legge, guarda, percepisce - questa comunicazione.

L'infermiere, impegnato nell'assistenza e nella cura del paziente, deve assolutamente affidarsi ad una relazione empatica, del dialogo e dell'ascolto: in altre parole, ad una **comunicazione efficace**, capace da sola di alleviare i disagi e le sofferenze del malato e di favorire e promuovere la sua guarigione. In ambito vaccinale però, questo concetto risulta essere difficile da attuare, in quanto la comunicazione va affrontata non su persone malate, ma su persone sane, comunicando un concetto di prevenzione atta a migliorare la salute collettiva di persone apparentemente sane, che non è assolutamente un compito semplice. Come se non bastasse, nel corso degli ultimi decenni, nel nostro paese, si è assistito ad un rapido cambiamento del contesto socio-culturale. La popolazione ha ampliato le sue esigenze conoscitive grazie alla disponibilità di notizie facilmente reperibili con l'avvento di Internet, dei socialnetwork e della globalizzazione dei media. In ambito vaccinale ci si è dovuti confrontare con questa improvvisa domanda di conoscenza e condivisione che, non trovando pienamente risposta nei servizi vaccinali, ha dato luogo alla diffusione incontrollata di informazioni scorrette, incomplete, o palesemente infondate, con conseguente discesa nelle coperture vaccinali.

Fondamentale quindi è una corretta comunicazione sul tema vaccinazioni tramite il modello comunicativo dei media. Tuttavia, per poter garantire il successo della propria campagna di comunicazione bisogna tenere in considerazione diversi fattori:

- **Grado di copertura:** penetrazione raggiungibile dal mezzo rispetto all'obiettivo scelto
- **Frequenza:** quantità media di contatti dell'obiettivo da parte del mezzo
- **Selettività rispetto alla popolazione bersaglio:** verifica della quantità di individui che sono presenti tra i fruitori del mezzo
- **Economicità:** valutazione costi e risultati raggiungibili.

Con il tempo si è passati da un modello di comunicazione definito "top down", dove le informazioni vengono veicolate da un esperto al grande pubblico, caratterizzato da scarsa interattività e asimmetria comunicativa, ad una realtà attuale molto più complessa, dove la comunicazione, compresa quella relativa alla tematica vaccinale, risente delle regole del "newsmaking".

Uno dei principali rischi del newsmaking è che una notizia potrebbe essere scelta non per la sua importanza, ma per

la facilità di reperirla, perché soggetta a grande visibilità, o perché è riconducibile ad altri temi trattati nello stesso periodo dai media.

Tale fenomeno ha ripercussioni anche su argomenti di interesse sanitario, come le vaccinazioni.

Un esperto di vaccinazioni, che venga intervistato da un giornalista di stampa o televisione, dovrebbe tener conto che l'intervistatore sarà, innanzitutto, catturato da una notizia che si possa vendere e stimoli l'attenzione del pubblico. I media possono focalizzarsi sugli eventi avversi, sottolineare la potenziale pericolosità di questa tecnica di prevenzione, influenzando così una decisione di salute, portando al verificarsi di fenomeni collettivi, che possono essere dannosi per la salute pubblica.

Prendiamo come esempio di influenza negativa dei mass media: il "caso fluad".

Il 27 Novembre 2014, l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) aveva disposto il ritiro cautelativo di due lotti di Fluad, uno dei vaccini anti-influenzale in uso. Il provvedimento era scattato in seguito alla segnalazione di tre anziani - dell'età di 87, 79 e 68 anni - morti in seguito alla vaccinazione. Le indagini svolte successivamente dalle agenzie italiane e europee hanno stabilito che il vaccino era conforme agli standard di qualità, non era contaminato e non conteneva sostanze tossiche. E c'è di più: la Siti (Società) ha stimato come ogni giorno, nel corso dei 2 mesi dedicati alla campagna anti-influenzale, per un fatto puramente casuale, 15-20 persone muoiono entro 2 giorni

dalla vaccinazione. A conclusione di questa vicenda, il 23 dicembre 2014 i due lotti di Fluad sono stati scagionati senza riserve. I media, nei giorni successivi al sequestro precauzionale dei lotti, hanno scatenato un'azione mediatica con toni allarmanti ("vaccino killer", "vaccino mortale") con conseguente impatto negativo nei confronti della campagna anti-influenzale e calo delle coperture vaccinali. Si può quindi concludere come una comunicazione errata porti ad informazioni sbagliate e mal interpretate determinando un serio danno per la salute pubblica. È innegabile, però, che la comunicazione efficace passi anche dal buon esempio; purtroppo proprio gli operatori sanitari, specialmente in Italia, rifiutano, o perlomeno non richiedono la vaccinazione anti-influenzale, risultando di pessimo esempio per il pubblico. Ogni anno la copertura vaccinale da vaccino anti-influenzale non supera il 30% e, addirittura, in molte realtà locali non raggiunge il 15%.

Gli ostacoli alla vaccinazione tra gli operatori sanitari includono preoccupazioni in merito all'efficacia e alla sicurezza del vaccino, credenze religiose, obiezione di coscienza, ma anche una mancanza di preoccupazione nel rischio di trasmissione del virus anti-influenzale ai loro pazienti. In sostanza gli operatori sanitari, nonostante il background culturale, si comportano esattamente come i genitori esitanti, risultando di cattivo esempio e contestualmente pro-

muovendo una comunicazione del tutto errata. È evidente che la fiducia nelle vaccinazioni debba partire in primis dagli operatori sanitari, ed è ancora più evidente che questo trend negativo di rifiuti nella vaccinazione anti-influenzale debba radicalmente cambiare.

Conclusioni

Una storia, dunque, che parte dall'antichità, una continua ricerca della salute collettiva con lo scopo di debellare o ridurre ai minimi termini le patologie infettive, una questione etica e morale per il bene della popolazione mondiale. Alla luce di tutto ciò, è doveroso che l'informazione sul tema vaccinale sia chiara comprensibile, ma soprattutto scientificamente provata e con caratteristiche di credibilità da parte di chi comunica. Comunicare la scienza non è un compito assolutamente facile. I linguaggi specifici scientifici sono spesso incomprensibili per la popolazione ed è un dato di fatto che occuparsi della prevenzione di persone sane risulti come un'intrusione nelle scelte del cittadino. È per questo motivo che il comunicatore deve entrare in totale sintonia con colui che recepisce l'informazione, per tale ragione è fondamentale il dialogo, essere in grado di sedare le paure, i dubbi, trasformandoli in sentimenti di fiducia, certezza e conoscenza. Credo che per contrastare le false credenze e i vari allarmismi mediatici, bisogna, come già precedentemente accennato, partire dalla scuola, per imprimere già da piccoli una educazione scientifica, basata su dati reali, e non fittizi. Mi auguro vivamente che negli anni a seguire, sia i genitori, che i figli, riescano a comprendere il valore, l'efficacia e la sicurezza dei vaccini, con la consapevolezza, che l'atto vaccinale diventi lo strumento più importante per la prevenzione e la protezione, di migliaia di vite.

@ BIBLIOGRAFIA

Giorgio Bartolozzi, Vaccini e Vaccinazioni II Edizione, Milano 2005, (Masson S.p.A. Milano).

Maria Grazia Foschino, Annamaria Monterisi Carla Vulcano, La comunicazione come cura, Modugno (BA) 2011, (AslBa).

Daniel Fiacchini, Giancarlo Icardi, Pierluigi Lopalco, Michele Conversano, #COMUNICARE i #VACCINI per la #SALUTE pubblica, Milano 2018 (EDRA S.p.A Milano).

Assael B. Il vaiolo tra scienza e storia. In "Il favoloso innesto. Storia sociale della vaccinazione". Ed. Laterza, Bari, 1995.

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia, Prontuario Del Vaccinatore, 2013 (Clio S.p.A).

Riferimenti multimediali

Quaderni Del Ministero Della Salute, Vaccinazioni: stato dell'arte, falsi miti e prospettive. Il ruolo chiave della prevenzione, 2017, Chiuso e pubblicato on line sul portale del Ministero www.salute.gov.it e sul sito www.quadernidellasalute.it nel mese di marzo 2017

Comitato Nazionale per la Bioetica, Le vaccinazioni, 1995

Comitato Nazionale per la Bioetica, L'importanza delle vaccinazioni, 2015.

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, PNPV 2017-2019, Il valore etico e sociale delle vaccinazioni

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_134_allegato

L'INFE



INFERMIERE CON UN NASO ROSSO E... LA GIRANDOLA!

Questo lavoro è stato sviluppato con l'intento di dimostrare sia i benefici che la clownterapia ha sui pazienti affetti da demenza sia quanto un approccio empatico, come quello di un clown, possa servire all'infermiere per stabilire, sin dalla presa in carico, una buona relazione con l'assistito, così da renderlo, per tutto il processo assistenziale, collaborante per il raggiungimento degli obiettivi preposti. Dimostrare, quindi, quanto le capacità relazionali ed educative dell'infermiere nello svolgimento delle sue funzioni siano necessarie in tutto il processo assistenziale. L'infermiere oltre a **SAPERE E SAPER FARE** deve in primis **SAPER ESSERE**.

Ma cosa è la demenza che colpisce, in varie forme più o meno gravi, l'anziano?

La demenza è una condizione clinica di natura cronica e progressiva delle funzioni cerebrali, in cui vi è la compromissione della sfera cognitiva spesso accompagnata o preceduta dal deterioramento del controllo emotivo e sociale. Interferisce con le attività di vita quotidiana, perciò rappresenta una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra le persone anziane in tutto il mondo. E' caratterizzata da una serie di sintomi, tra i quali troviamo la perdita della memoria a breve e lungo termine.

L'Italia è uno dei paesi europei più anziani e quasi il 17% della popolazione, per un totale di 9,5 milioni, ha superato i 65 anni di età. Sono pertanto in aumento tutte le malattie cronico degenerative, legate per lo

Dott.ssa Giovanna Tangorra
Infermiere

Dott.ssa Carmela Lacatena
*Direttore della Didattica Corso di Laurea in Infermieristica
Scuola di Medicina, Polo Jonico*

più all'età e tra queste troviamo proprio le demenze. In Europa l'Italia si colloca al secondo posto dopo la Germania, con un numero di anziani, di età uguale o superiore ai 65 anni, di 12.639.000 pari al 21,2% della popolazione totale.

Per questo motivo l'O.M.S. e l'A.D.I. riconoscono la demenza come priorità di salute pubblica.

L'obiettivo del mio studio su questa tipologia di pazienti deriva dal fatto che non ci sono evidenze scientifiche sui benefici che la clownterapia può produrre su questa fascia di cittadini e, in particolare, sul loro stato

cognitivo, emotivo e sociale. L'anziano è una persona emarginata e stigmatizzata dalla società, fragile e sola, soprattutto se istituzionalizzata; l'anziano percorre un lento cammino verso il fine vita, perciò noi, come professionisti della salute, abbiamo il dovere di dare dignità e qualità ai giorni che gli restano da vivere.

Il progetto terapeutico è stato realizzato tenendo conto di quanto riportato nel D.M. 739/94 all'art.1 comma 2: "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale" perciò da questo momento in poi l'infermiere, oltre a possedere conoscenze di natura tecnico-pratiche, deve avere anche buone capacità relazionali.

A fronte di queste premesse è nata l'idea di sviluppare un progetto terapeutico per un gruppo di anziani, progetto che questa volta mi ha permesso di scendere in corsia non solo come infermiera, indossando, durante le attività con gli anziani, previa autorizzazione, il mio camice colorato e naso rosso, scelta fatta proprio per enfatizzare il senso della mia tesi sull'importanza relazionale della professione.

Il progetto terapeutico prende il nome di "GIRANDOLA" e ha previsto la realizzazione di girandole di carta colorata. E' stato realizzato nel modulo dell'ulivo Cittadella della Carità di Taranto ed ha previsto 18 incontri tri-settimanali della durata di un'ora e mezza circa.

E' stato sviluppato su 8 persone, con diagnosi di demenza di grado lieve-moderato e punteggio di MMS compreso tra 21-26.

Le persone coinvolte sono ospiti dell'RSA da un periodo variabile da sei mesi a un anno.



Premetto che gli anziani erano inizialmente apatici, demotivati, con un forte senso di solitudine, soprattutto chi tra di loro aveva come unica persona di riferimento un amministratore di sostegno. Inoltre, avevano una scarsa adattabilità alla vita di comunità,

passavano gran parte della giornata nella loro stanza.

Per questo, prima di iniziare il progetto, ho pensato che la cosa migliore da fare fosse quella di conoscerli singolarmente nella loro stanza di degenza, sì da in-

staurare, grazie anche alla mia esperienza da clown, una relazione empatica attraverso l'ascolto del loro vissuto e un linguaggio non verbale fatto di carezze e strette di mano. Sottolineo che, per rafforzare la relazione instaurata tra me e loro, ad ogni incontro andavo personalmente a prenderli per portarli nella stanza del laboratorio di girandole.

PROPOSITI

Con il progetto "la girandola" ci siamo proposte di stimolare e migliorare l'area cognitiva, emotiva e sociale lentamente compromesse in caso di demenza.

Per questo, nella sfera cognitiva, gli obiettivi sono



stati quelli di migliorare le capacità oculo-manuali e la memoria a breve termine. Infatti, la realizzazione di girandole di carta e di uno striscione colorato con su scritto «benvenuta primavera», ha fatto sì che gli anziani, per tutta la durata del progetto, compissero azioni manuali e visive quali segnare, tagliare, colorare e, incontro dopo incontro, ricordare i passaggi

sequenziali per la realizzazione di girandole.

Tutto ciò che è stato realizzato da loro durante il progetto è servito a colorare la festa di primavera che ha fatto da sipario all'intero progetto. Quindi, l'attività di realizzazione di girandole ci ha permesso di migliorare l'area cognitiva di questi anziani meravigliosi.

Nella sfera emotiva obiettivi proposti sono stati quelli di stimolare le relazioni interpersonali, l'affettività e il benessere individuale. Infatti, l'attività di gruppo e la condivisione di spazi e strumenti ha migliorato i rapporti interpersonali; i tanti momenti di dolcezza e tenerezza tra noi, durante il laboratorio, hanno migliorato l'affettività e l'ascolto di musica di sottofondo, rigorosamente scelta da loro, ha migliorato il benessere individuale.

Nella sfera sociale l'obiettivo che ci siamo proposte è stato quello di migliorare la qualità della vita di questi anziani all'interno dell'RSA perciò abbiamo pensato ad una festa di primavera come chiusura del progetto in compagnia degli altri volontari clown di Mister Sorriso.

La festa di primavera è stata, oltre che un ampliamento del progetto, con il coinvolgimento di gran parte degli ospiti in RSA, soprattutto una gratificazione per gli anziani per il lavoro svolto nel laboratorio di girandole. Sottolineo anche come, i momenti di allegria e buonumore con tutti i volontari clown, hanno fatto da scenografia alla mia presenza in RSA, enfa-

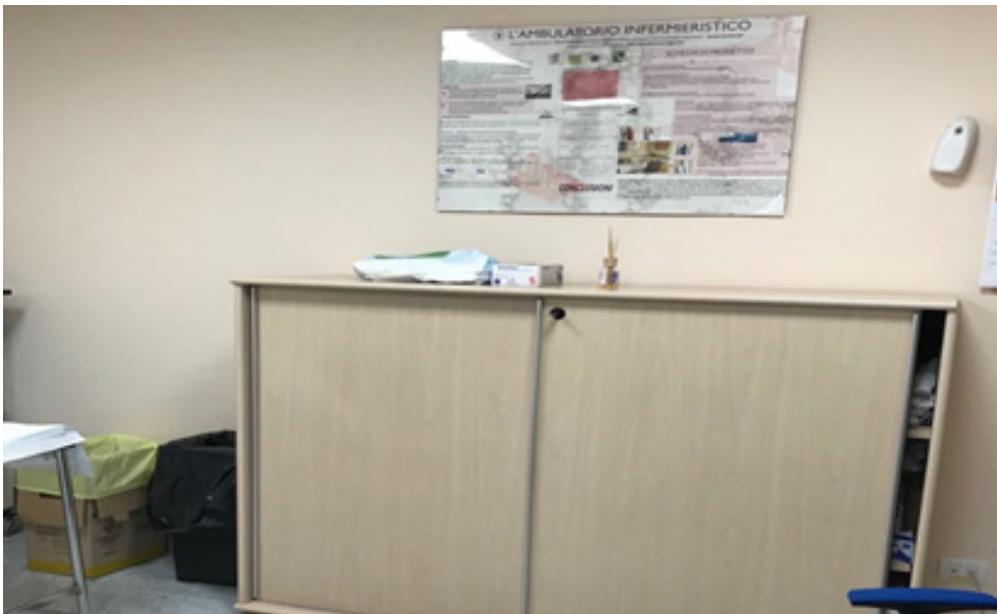
tizzando il sorriso e migliorando la qualità di vita dei partecipanti.

Grazie a questo progetto ho avuto conferma che nella professione un atteggiamento sensibile, empatico e positivo è in grado di influenzare positivamente tutto il percorso assistenziale. Infatti, anche se si parla di semplici girandole di carta, se non avessi stabilito sin da subito un rapporto di fiducia ed empatia con questi anziani, difficilmente avrebbero trovato la motivazione per seguirmi in maniera costante in questo progetto, pur essendo, agli inizi, fortemente depressi e demotivati.

L'attività ha permesso di evidenziare come l'attenzione dedicata ad un anziano con demenza e la costante stimolazione cognitiva e affettiva ha notevolmente migliorato la loro qualità di vita in RSA, facendoli sentire parte integrante di una comunità. Di fatto ho avuto la conferma che la clownterapia ha effetti benefici non solo nei bambini ma anche negli anziani affetti da demenza e che è un valido supporto in ambito sanitario. Come infermieri abbiamo la possibilità di guarire il cuore, la mente, l'anima e il corpo dei nostri pazienti e delle loro famiglie. Questi malati possono dimenticare il tuo nome ma non potranno mai dimenticare come li hai fatti sentire".

L'infermiere in primis SAPER ESSERE oltre che SAPERE E SAPER FARE.





Ambulatorio Infermi Wound Care del Distr Sanitario di Via A

Dottorssa Monica Cardellicchio
Infermiera Distretto Unico ASL TA
Laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche



ieristico di retto Socio Ancona

La professione infermieristica si è evoluta molto negli ultimi anni in Italia ed una serie di normative hanno consentito che si sviluppasse ed iniziasse ad avere un riconoscimento diverso, una consapevolezza della rilevanza professionale nella salute e l'importanza per la società. Già dal 1992 con D.Lgs 509, si assiste alla nascita dell'infermiere nelle università, e non più nelle scuole regionali, dello sviluppo e della notevole implementazione della formazione professionale infermieristica.

Nel 1994 viene approvato, con il DM 739, il profilo infermieristico. A seguito del DM 739/94 quindi, l'infermiere diventa un professionista sanitario e come tale acquisisce l'onere della responsabilità giuridica del proprio operato, responsabilità che può essere di natura penale, civile e disciplinare. Attraverso il DM 739/94 viene inoltre individuato il potenziale operativo dell'assistenza infermieristica: il comma 2 dell'art. 1, afferma che *"l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"*.

Nel 1999 con Legge 42 vi è l'abrogazione del mansionario e nel 2009 si arriva alla definizione del Codice Deontologico che illustra: *"Le norme deontologiche e professionali che fanno emergere a tutto tondo il profilo dell'infermiere italiano così come si è venuto delineando, sia sul piano giuridico, che dello status, che delle competenze, attraverso una straordinaria stagione di innovazione ed evoluzione professionale"*. Tutto questo ha dato ai professionisti maggiori competenze e di autonomia, soprattutto per quanto riguarda la definizione dei bisogni assistenziali degli assistiti, delle loro famiglie e delle comunità in cui sono inseriti.

Nell'art.1 della Legge 251/2000 si legge testualmente che "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". I criteri di riferimento della responsabilità infermieristica attengono quindi ai contenuti dell'assistenza stessa acquisiti durante la formazione, ai doveri etico morali, alla pianificazione, attuazione e documentazione del processo di nursing nella realtà organizzativa.

L'operato dell'infermiere si affida:

- all'evoluzione scientifico-tecnologica;
- all'organizzazione del lavoro attraverso metodologie per obiettivi.

Il sapere e saper fare si realizzano nell'attività di pianificazione degli interventi assistenziali, in un contesto in cui gli infermieri, protagonisti attivi del processo di nursing, ridefiniscono il proprio ruolo perseguendo valori condivisi di autonomia e

indipendenza, consapevoli di rivestire un ruolo strategico all'interno dell'équipe multidisciplinare.

Tale principio era già stato affermato nella Raccomandazione 6 della Conferenza Europea sul Nursing dell'OMS del 1998 in cui " gli infermieri e le ostetriche, manager dell'assistenza infermieristica ed ostetrica, debbano godere di autonomia professionale, precisazione ribadita dalla Dichiarazione di Monaco del 2000 sempre dell'OMS, nella quale si invitano tutte le autorità della regione europea a rinforzare il ruolo degli infermieri nella sanità pubblica per la promozione della salute, e a permettere agli infermieri di lavorare in modo professionale, indipendente e interdipendente. Nell'infermieristica moderna, garantire un'assistenza di qualità, basata su prove di efficacia, è una prerogativa essenziale per la professione infermieristica. Lo sviluppo dell'Evidence-Based Nursing (EBN), definito da Ingersoll (2000) come l'utilizzo coscienzioso e giudizioso delle informazioni basate sulla ricerca o derivate dalla teoria per prendere decisioni sull'assistenza, ha ridimensionato la tradizione, le opinioni infondate, le esperienze cliniche isolate, quale base per la pratica e ha dato risalto all'utilizzo dei risultati della ricerca (Thompson, 2003). La ricerca costituisce un ambito di consulenza nel quale l'infermiere specialista può fornire un apporto prezioso. La definizione e la conduzione di protocolli di ricerca possono presentare problematiche di natura metodologica, legale, organizzativa ed informativa. L'attività di consulenza può essere relativa alla validazione del tema di ricerca e della metodologia scelta, può riguardare aspetti etici insiti nell'oggetto di ricerca, nelle modalità di registrazione e gestione dei dati, nell'efficacia delle possibili attività alternative oggetto della ricerca. Sul fronte della ricerca, inoltre, questioni di tipo etico si possono sovrapporre a problematiche legali come, quali la tutela delle informazioni e dei dati personali o sensibili, il diritto/dovere all'informazione o alla richiesta del consenso alle pratiche assistenziali. Inoltre negli ultimi anni il Piano Sanitario Nazionale (PSN) ha introdotto come uno dei principali obiettivi quello di garantire la continuità delle cure, con una visione integrata ed olistica del benessere; ampliando e rinforzando i servizi sul territorio, riducendo così i posti letto in ospedale e il tempo di degenza, affinché ci sia un trattamento delle acuzie all'interno dei reparti ospedalieri e una continuazione in altri servizi pubblici, privati o convenzionati.

La necessità di attivare un ambulatorio infermieristico si è fatto sentire in maniera sempre più pressante in questi ultimi tempi a causa delle dimissioni precoci effettuate dalle strutture ospedaliere legate ai D.R.G., che portano i pazienti a continuare ad effettuare pre-

stazioni sanitarie in regime ambulatoriale. Molte di queste prestazioni possono essere eseguite dai Medici di famiglia, secondo quanto previsto dall'ACNL di categoria, ma non tutti sono convenientemente attrezzati o esprimono la volontà ad eseguire tali attività, pertanto l'utenza sempre più spesso si rivolge alle sedi distrettuali per poter usufruire del servizio di cui hanno bisogno.

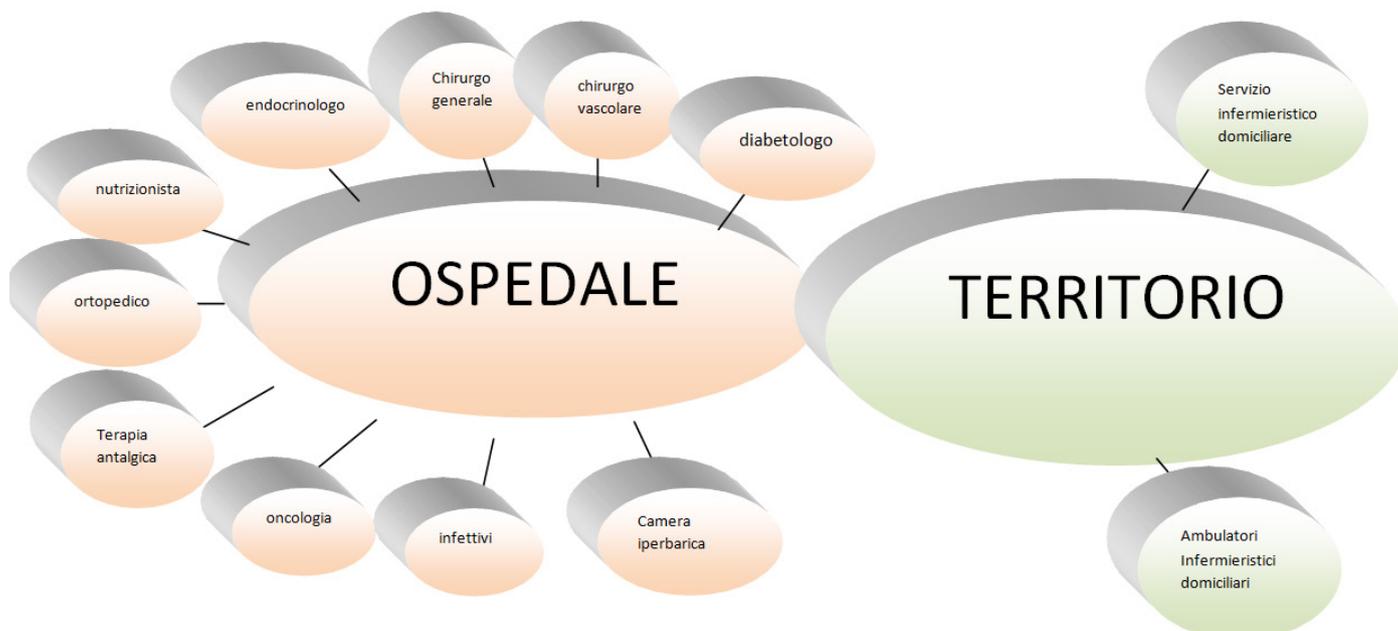
Nel distretto di via Ancona di Taranto vi è la presenza di un ambulatorio infermieristico di wound care di secondo livello.

Il wound care si configura come un campo di studio e di ricerca in cui non c'è spazio all'interpretazione soggettiva e alla pratica clinica fondata su azioni abitudinali prive di fondamento scientifico. E' necessario, pertanto, che l'infermiere agisca con competenza e professionalità, adoperando decisioni cliniche-assistenziali basate su evidenze scientifiche convalidate a livello internazionale e documentando il suo operato.

La competenza in ambito clinico è una garanzia per la qualità e la sicurezza in ambito clinico diventate gli obiettivi della politica sanitaria in molti paesi e mirati a contrastare una serie di eventi avversi, tra cui le ulcere da pressione, considerate un indicatore di qualità dell'assistenza infermieristica. Lo specialista in Wound Care, quindi, riveste un ruolo di fondamentale importanza in un ambulatorio specifico dedicato al Wound Care, per la prevenzione ed il trattamento di lesioni cutanee acute e croniche di diversa natura. L'organizzazione delle attività terrà conto, pertanto di due variabili fondamentali, cioè la possibile conciliazione tra attività ambulatoriale e domiciliare, per coloro che non possono accedere alla struttura. Si deve garantire in questo modo continuità delle cure ed integrazione ospedale territorio (PSN 2011/13).

Il professionista in Wound Care ha le seguenti competenze:

- saper effettuare una valutazione complessiva del rischio di sviluppo di lesioni cutanee nei pazienti in situazioni clinico - assistenziali predisponenti a tali fenomeni;
- conoscere, saper selezionare e utilizzare gli strumenti e gli ausili idonei per la prevenzione delle lesioni da pressione;
- essere in grado di effettuare una valutazione delle diverse tipologie di lesioni cutanee croniche correlate a stati patologici (lesioni da pressione, vascolari, diabetiche, da ustione, traumatiche e neoplastiche);
- Impostare il trattamento di lesioni cutanee croniche nella situazione specifica, in collaborazione



con le altre figure professionali componenti l'équipe;

- Fornire consulenza infermieristica per la valutazione e il trattamento delle lesioni cutanee croniche.

L'ambulatorio infermieristico di wound care di via Ancona interagisce con il chirurgo generale, il chirurgo vascolare, il diabetologo, l'endocrinologo il nutrizionista, l'ortopedico, la terapia antalgica, l'oncologia, gli infettivi e la camera iperbarica. Possono accedere in questo ambulatorio i pazienti post-acuti, cronici con elevati bisogni assistenziali ed è necessaria la richiesta prescritta dal medico del reparto del P.O.C. oppure dal medico di medicina generale. Ovviamente tali pazienti non devono presentare difficoltà di deambulazione tale da raggiungere l'ambulatorio infermieristico di Wound care, altrimenti si richiede dopo una attenta valutazione infermieristica l'attivazione dell'assistenza domiciliare o comunque dell'infermiere di studio del medico. L'organizzazione dell'ambulatorio è tale da assicurare:

- Accessibilità immediata;
- Tempi di attesa ragionevoli;
- Flessibilità nell'erogazione delle prestazioni;
- Minimizzazione degli aspetti burocratici;
- Comodità di orari.

Nella presa in carico del paziente viene considerato il motivo dell'accesso tramite la valutazione iniziale e l'identificazione del problema di salute. Al primo accesso viene pertanto aperta una scheda personale con la relativa anamnesi che possa guidare alla causa scatenante della lesione cutanea.

Fondamentale a questo proposito risulta la collaborazione con il medico curante che viene contattato per informarlo della presa in carico del paziente, e di come si vuole procedere con il trattamento topico

della lesione. All'ingresso del paziente in ambulatorio viene compilata la cartella infermieristica attraverso l'accertamento infermieristico. L'accertamento è stato definito come un'informazione ottenuta attraverso l'osservazione, l'anamnesi, l'esame fisico e le indagini cliniche che permette di stabilire una guida per la pianificazione degli interventi (Collins et al, 2002). Si procede, pertanto, con l'anamnesi del paziente, la definizione degli obiettivi da raggiungere, la pianificazione di un piano assistenziale adeguato al problema del paziente, la registrazione delle medicazioni eseguite nel corso dell'assistenza infermieristica ambulatoriale, la valutazione degli esiti ottenuti in seguito alle varie medicazioni eseguite nel corso dell'assistenza e si procede al confronto con gli esperti di wound care dell'ospedale Santa Andrea di Roma dove effettuano ricerca infermieristica. Nel wound care, la gestione del singolo paziente è di massima importanza e pertanto il suo percorso di cura deve essere monitorato, valutato e riesaminato in ogni fase per mantenere degli standard elevati (Timmons, 2007). L'utilizzo di un approccio sistematico per l'accertamento di pazienti portatori di ulcere croniche aiuta ad identificare i fattori che possono influenzare i risultati della guarigione e a sviluppare strategie in grado di prevenire lunghi tempi di guarigione (Mahoney, 2014). Nella progettazione di tale parte, in accordo con quanto suggerito dalla EWMA, si è cercato di garantire una valutazione olistica del paziente, strutturando l'accertamento infermieristico in due fasi: l'accertamento del paziente e l'accertamento dell'ulcera. L'accertamento del paziente consiste in una valutazione iniziale che è stata per gli infermieri, nel corso dello studio, un'opportunità perfetta per ricercare informazioni relative a qualsiasi fattore sociale, psicologico o stili di vita che possono ostacolare la guarigione della ferita. È una

fase delicata, in cui il paziente con ulcera dovrebbe essere coinvolto nei processi decisionali riguardanti la cura. Gli elementi che meritano un'attenta valutazione e che sono stati presi in considerazione sono: *Storia del paziente, Benessere psicologico, Dolore, e Stato nutrizionale*. Dopo aver effettuato un'accurata valutazione del paziente, l'attenzione dell'infermiere si sposta successivamente sull'ulcera. Una precisa valutazione della lesione, riportata su un'apposita documentazione, consente agli infermieri di scegliere trattamenti appropriati e di monitorare l'evoluzione della lesione. Si valuta la *Storia e tipologia della ferita, Sito della ferita, Dimensioni della ferita, Tipologia di tessuto presente, Margini della ferita e cute perilesionale, Tipologia e livello di essudato e Grado di infezione*. Si è cercato di documentare tutte le fasi fondamentali per un buon management dell'ulcera cronica, seguendo i principi del *Wound Bed Preparation (WBP) e del TIME* (acronimo di Tessuto necrotico o devitalizzato, Infezione o infiammazione, Macerazione o secchezza, progressione dei margini Epiteliali).

Dopo aver applicato, trattato e valutato i principi del TIME, il ciclo di cura del WBP può portare a due risultati clinici fondamentali: la guarigione o la mancata guarigione. Nel momento in cui avviene la guarigione, il processo di cura non si conclude ma si muove verso un'attività di prevenzione atta ad impedire che la lesione si ripresenti. Se i trattamenti messi in atto non hanno portato ad una riparazione tissutale completa, la mancata guarigione rappresenta per il personale curante il punto di partenza per una rivalutazione dell'intero processo, iniziando sempre dal paziente e proseguendo verso le successive fasi del ciclo curativo. Una volta compilata la cartella infermieristica si procede con la lettura del consenso informato sul trattamento delle lesioni, sull'utilizzo delle medicazioni e sulle conseguenze di tale trattamento che possono

sfociare o nella guarigione e quindi nel raggiungimento dell'obbiettivo prefissato o nella non guarigione nel momento in cui vi è il peggioramento della patologia di base o nel momento in cui non è stata eseguita una corretta educazione sanitaria che viene spiegata dettagliatamente nel momento in cui viene stilato il piano assistenziale infermieristico personalizzato. La pianificazione dell'assistenza infermieristica si realizza intorno al paziente all'interno di una relazione in cui gli interlocutori hanno pari dignità: la persona malata, consapevole ed informata, attrice indiscussa delle proprie vicende terapeutiche, riceve riconoscimento e sostegno da parte dell'infermiere in un percorso di alleanza terapeutica che conduce entrambi verso decisioni consapevoli.

Sul consenso informato si chiede l'autorizzazione dell'uso dei dati del paziente per un eventuale studio e l'autorizzazione a fotografare la lesione che il paziente presenta, in modo da poter monitorare l'evoluzione della lesione stessa, nel corso delle medicazioni eseguite. Per ogni paziente viene creata una



cartella virtuale sul pc in modo da poter inserire i file fotografici delle lesioni. Nell'ambulatorio si garantisce la privacy, attraverso la riservatezza del paziente tale da rispettare la dignità umana secondo il D.lgs. 196/03 utilizzando così un paravento che separa il paziente dall'ingresso dell'ambulatorio stesso. Dopo un'accurata osservazione della lesione che presenta il paziente si decide di eseguire un tampone della lesione a tempo 0 per valutare la presenza di infezione. Successivamente il risultato del tampone con antibiogramma viene consegnato al medico di famiglia del paziente tale da potergli prescrivere la terapia antibiotica adeguata. Questa procedura permette di descrivere dettagliatamente la condizione della ferita del paziente. L'esecuzione di eventuali altri tamponi delle lesioni nel corso del loro trattamento attraverso

le medicazioni viene attuato nel momento in cui si osserva una infezione anche dopo terapia antibiotica prescritta dal medico di famiglia. Il materiale specifico per le medicazioni viene valutato a seconda delle differenti tipologie di lesioni, facendo molta attenzione al rapporto efficacia/costi. Tale materiale viene rifornito dalla farmacia territoriale la quale fa richiesta alle varie aziende produttrici di materiale per le medicazioni avanzate. Nella compilazione della cartella infermieristica si valuta la scala del dolore del paziente ogni qualvolta si effettua la medicazione della lesione. Il rapporto assistenziale si protrae nel tempo, permettendo di instaurare con l'assistito un rapporto di fiducia che consente la messa in atto di una educazione sanitaria, aspetto fondamentale nella cura delle lesioni cutanee, soprattutto passando anche attraverso il coinvolgimento dei familiari. Si instaura infatti con il paziente un dialogo di tipo empatico addentrando nella vita del paziente, percependo i suoi sentimenti e restando obiettivo per poterlo aiutare a risolvere i suoi problemi. In molti paesi europei, ed anche in alcune realtà italiane ormai consolidate, l'ambulatorio infermieristico per il trattamento delle lesioni cutanee (wound care) rappresenta un nuovo modello di organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere con competenza ad una specifica esigenza della collettività oltre ad offrire una continuità delle cure e un risparmio economico.

Oggi la professione infermieristica ha finalmente la possibilità di esprimere le proprie competenze in maniera autonoma e responsabile, e di agire concretamente sugli esiti sensibili delle cure. Inoltre, l'infermiere è promotore di progetti, programma e consegue obiettivi, si interfaccia con altre figure o strutture professionali e riconosce l'importanza di lavorare in équipe con una dimensione propria, pur mantenendo le caratteristiche peculiari:

- del prendersi cura;
- dell'assistere;
- dell'essere sensibile al dolore, alla sofferenza, ai bisogni dell'assistito.

L'infermiere possiede anche vari strumenti che gli permettono di attuare un percorso autonomo assistenziale. Pertanto, l'infermiere wound care deve dimostrare le proprie abilità professionali attraverso il:

- sapere: strettamente connesso con il reperimento di informazioni, arricchimento teorico, studio, letture e riferimenti bibliografici;
- saper fare: collegato all'apprendimento di tecniche e alla capacità di tradurre in operatività il bagaglio del sapere;
- saper essere: collegato agli aspetti psicologici e alla risoluzione dei propri conflitti.

Si spera che questa figura possa crescere sempre di più e che questi ambulatori di wound care possano essere considerati come una risorsa della sanità in quanto permettono di offrire un servizio all'utenza a minor costo aziendale.

@ BIBLIOGRAFIA

Barbieri G., (2007). La <<ricetta>> dell'infermiere. Il sole 24 ore, 30 ottobre – 5 novembre.

Butcher M.,(2013). Assessment, management and prevention of infected wounds. J Comm Nurs , 27(4): 25–30.

Carnali M., D'Elia M.D., Failla G., Ligresti C., Petrella F., Paggi B., (2010). TIMECare™: un approccio dinamico e interattivo per affrontare le sfide del wound care. Acta Vulnologica, 8(4).

Caula C., Apostoli A., (2010). Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. Rimini: Maggioli Editore.

Chiari P., La ricerca Infermieristica in Italia nell'ambito del Wound Care ed il suo trasferimento nella pratica professionale. Il wound care basato su prove di efficacia – Italian journal of WOCN, 1(1): 3.

Codice Deontologico dell'infermiere, 2009.

Collins F., Hampton S., White R., (2002). A-Z Dictionary of Wound Care. Quay Books, Mark Allen Publishing Ltd, London.

Dealey C., Posnett J, Walker A (2012) The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. J Wound Care 21(16): 261–6 Moore Z, Johanssen E, van Etten M (2013a) A review of PU prevalence and incidence across Scandinavia, Iceland and Ireland (Part I). J Wound Care 22(7): 361–8.

Dealey C., (2012). The Care of Wounds. (4th edn). Wiley-Blackwell, Chichester.

Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n.739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, Gazzetta ufficiale 9 gennaio 1995, n.6.

Dell'Acqua M., Josè Rocco M., (2011). L'organizzazione risponde: un'assistenza efficace e appropriata. Il wound care basato su prove di efficacia – Italian journal of WOCN, 1(1): 65.

Dowsett C (2009) The use of TIME to improve community nurse wound care knowledge and practice. Wounds UK 5(3): 14–21.

Eagle M., (2009). Wound assessment : the patient and the wound . Wound Essentials , 4: 14-24.

European Wound Management Association (EWMA), (2005). Position Document: Identifying criteria for wound infection. London: MEP Ltd.

European Wound Management Association (EWMA). (2008). Documento di posizionamento: Ferite di difficile guarigione: un approccio olistico. Londra: MEP Ltd.

European Wound Management Association (EWMA)., (2002). Documento di posizionamento: Il dolore in sede di cambio di medicazione. London: MEP Ltd, EWMA (2004) Position Document: wound bed preparation in

practice. MEP Ltd, London.

Falanga V., (2004). Wound bed preparation: I principi scientifici applicati alla pratica clinica, EWMA, London: MEP Ltd.

Falanga V.,(2000). Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair Regen, 8: 347–52.

Finnie A., (2003). Development of a tissue viability nursing competency framework. Br J Nursing 12 (6): S38–44.

Flanagan M., (2007). Why is pain management for chronic wounds so neglected? Wounds UK, 3(4): 155.

FNC IPASVI. Evoluzione delle competenze infermieristiche. Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015.

Gethin G., (2006). The importance of continuous wound measuring. Wounds UK 2(2): 60–8.

Gjødsvøl K., Christensen JJ., Karlsmark T., et al., (2006). Multiple bacterial species reside in chronic wounds: a longitudinal study. Int Wound J; 3(3):225 -31.

Godsell M., Scarborough K., (2006). Improving communication for people with learning disabilities. Nurs Standard 20(30): 58–65.

Gray D., Acton C., Chadwick P. et al (2011a). Consensus guidance for the use of debridement techniques in the UK. Wounds UK, 7(1): 77–84.

Gray D., White R., Cooper P., Kingsley A.,(2010). Applied wound management and using the wound healing continuum in practice. Wound Essentials, 5: 131-9.

Hofman D (2007) The autolytic debridement of venous leg ulcers. Wound Essentials, 2: 68–73.

Husband L.,(2001). Venous ulceration: the pattern of pain and the paradox. Clin Effectiveness Nurs, 5: 35–40.

Ingersoll G.L., (2000). Evidence-Based Nursing: What is and what it isn't. Nurs Outlook; 48:151-2.

International Consensus (2012) .Optimising wellbeing in people living with a wound. An Expert Working Group Review. London: Wounds International
Jones J., (2012). Examining the multifactorial nature of wound infection. Wound Essentials, 2: 90-7.

Legge 1 febbraio 2006, n. 43., Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali, Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006.

Legge 10 agosto 2000, n. 251., Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica, Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000.

Legge 26 febbraio 1999, n. 42., Disposizioni in materia di professioni sanitarie, Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999.

Mahoney K., (2014). Understanding the basics of wound care in the community setting. British Journal of Community Nursing, 28(3): 66-75

Nichols E., (2015). Describing a wound? From presentation to healin. Wound Essentials 10(1):

56-61.

Ousei K., Atkin L., Milne J., Henderson V., (2014). The changing role of the tissue viability nurse : an exploration of this multifaceted post. Wound UK, 10(4):54-60.

– Pagnamenta F., (2014). The role of the tissue viability nurse. Wound essentials, 9(2): 65-7.

Peghetti A., (2011). Aislec: continua la ricerca. Il fenomeno LdP e la prevalenza nazionale. Il wound care basato su prove di efficacia – Italian Journal of WOCN: 1(1): 75.

Perkins L., (2000). Nutritional balance in wound healing. Clin Nutrition Update 1(5): 8–10.

Posnett J., Franks PJ., (2007). The costs of skin breakdown and ulceration in the UK. In Pownall M.(ed.) Skin Breakdown – The silent epidemic. Hull: The Smith and Nephew Foundation.

Posnett J., Gottrup F., Lundgren H., Saal G., (2009). The resource impact of wounds on healthcare providers in Europe. Journal of Wound Care;18(4):154-161.

Romanelli M., (2003). Wound Bed Preparation. Approccio sistematico al trattamento delle lesioni cutanee.

Schultz G., Ladwig G., Wsocki A., (2005.) Extracellular matrix: review of its role in acute and chronic wounds. World Wide Wounds.

Schultz GS., Sibbald RG., Falanga V., et al. (2003). Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Repair Regen; 11(2): Suppl S1-28.

Sen CK., Gordillo GM., Roy S., et al., (2009). Human skin wounds: A major and snowballing threat to public health and the economy. Wound Rep Reg 17: 763–71.
Shepherd J., Nixon M., (2013). Standardising wound care documentation in clinical practice: the wound healing assessment and monitoring (WHAM) tool, Wounds UK, 9(1): 62-66.

Smeltzer C.S., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H., (2010). Gestione del dolore. Brunner- Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica. Milano, casa editrice Ambrosiana, 4(1): 263-298.

Strohal R., Apelqvist J., Dissemond J., et al., (2013). EWMA Document: Debridement, Journal of Wound Care, 22(1): S1–S52.

The World Bank, World Development Indicators (WDI) April 2011.

Thompson C., (2003). Clinical experience as evidence – based practice. J Adv Nurs, 43(3): 230-7.

Wilson M., (2012). Understanding the basic of wound assessment, Wound Essentials , 2: 8-12.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), (2007). Principi di Best Practice: L'essudato e il ruolo delle medicazioni. Documento di Consenso. Londra: MEP Ltd.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), (2008). Principi di best practice: Le ferite infette nella pratica clinica. Un consenso internazionale. Londra: MEP Ltd.

World Union of Wound Societes (WUWHS), (2004). Principles of best practice: minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London:MEP Ltd.

Come formulare un piano di assistenza: accertamento, diagnosi infermieristica, NOC, NIC

17 Dicembre 2018, h. 14.00-20.00
Sede OPI Taranto

Primo di 5
corsi itineranti
per il 2019

- 14.00 14.15** Registrazione dei partecipanti
14.15 14.30 Presentazione del corso
Benedetta Mattiacci - Presidente OPI Taranto
- 14.30 15.30** Accertamento infermieristico: modelli funzionali di Marjory Gordon
Dott.ssa Maria Carmela Bruni - Dirigente Professioni Infermieristiche Taranto
- 15.30 16.30** Le diagnosi infermieristiche: tipi e formulazione
Dott.ssa Anna Colautti - Infermiera
- 16.30 17.30** Piani di assistenza risultati NOC
Dott.ssa Rossella Bastone - Infermiera
- 17.30 18.30** Piani di assistenza, interventi NIC
Dott.ssa Teresa Donatelli - Infermiera
- 18.30 18.45** Pausa
- Lavori di gruppo**
- 18.45 19.15** Formulazione di due piani di assistenza (area medica e area chirurgica)
Tutti i relatori
- 19.15 19.45** Formulazione di un piano di assistenza (malattia cronico degenerativa)
Tutti i relatori
- 19.15 20.00** Questionario di verifica



Evento N. 4530
6 Crediti ECM

Quota
Sede
Destinatari
Iscrizioni On Line

Gratuito
OPI Taranto, via Salinella 15, Taranto
Infermieri **20** - Infermieri Pediatrici **10**
Riservato iscritti OPI Taranto
www.opitaranto.it
A partire dal 30 novembre 2018



PERCORSO DI VALUTAZIONE IN TRIAGE DEL DOLORE TORACICO

AUTORI DEL PROGETTO

Gemma Bellavita

Direttore U.O. MECAU, ASL Taranto. Puglia

Aurora Ferrarese - Infermiera

Stefania Impagliazzo - Infermiera

Viviana Manfredi - Dirigente Medico

Maria Acquaviva - Infermiera

Graziana Minardi - Infermiera

Anselmo Caragli - Medico

Lucia Calabrese - Infermiera

Alessandro Da Maglie - Infermiere

Antonietta Stefania Galiano - Infermiera

Massimo D'Aprile - Dirigente Medico

AZIONE

CICO

Il dolore toracico rappresenta uno dei principali problemi della medicina d'urgenza, poiché costituisce la causa più frequente di accesso in P.S. (tra il 5% e il 9%), e, in caso di mancata o ritardata diagnosi di IMA, comporta una mortalità elevata (2%- 4%). Trattandosi di una patologia tempo correlata, la sfida è l'attivazione dei percorsi diagnostici in sede di triage (ECG, esami ematochimici, markers cardiaci, ecc) e assicurare una rapida presa in carico del paziente con IMA per un tempestivo intervento terapeutico, come la trombolisi e la PTCA (angioplastica coronarica transluminale percutanea).

Allo stato attuale, in diverse realtà italiane, le procedure attribuiscono al dolore toracico un codice di sovrastima per un ingresso precoce in ambulatorio; più corretto è invece adottare una modalità di triage che preveda, oltre alla giusta attribuzione del codice basata sui canoni di un corretto triage, l'immediato inizio (al tempo 0) di un PDTA che sia volto a riconoscere o a escludere un'urgenza cardiologica.

Infatti, la difficoltà maggiore è rappresentata non dai casi immediatamente positivi, bensì da quelli negativi al tempo 0, non per questo dimissibili con sufficiente tranquillità.

Di fronte a un paziente con DT acuto in DE, il primo obiettivo è quello di confermare o escludere la presenza di SCA, nello spettro clinico di SCA con sopraslivellamento (SCA-STE) o senza sopraslivellamento del tratto ST (SCA-NSTE) e angina instabile (AI).

LAVORO SVOLTO IN TEAM

Consentire l'omogenizzazione delle valutazioni e decisioni di triage nei servizi di emergenza del territorio tarantino.

Si definisce dolore toracico qualsiasi dolore che, anteriormente, si collochi tra la base del naso e l'ombelico, e, posteriormente, tra la nuca e la 12a vertebra e che non abbia causa traumatica o chiaramente identificabile che lo sottenda.

L'anamnesi e le caratteristiche del dolore toracico rappresentano il primo strumento per il riconoscimento della sua possibile origine ischemica. Il dolore/disconfort toracico può essere distinto in acuto (in atto) o stabile (presente nelle ore precedenti).

TRIAGE DEL DOLORE TORACICO

Valutazione sulla porta. Il triage inizia nel momento in cui si osserva il paziente entrare in Pronto Soccorso, il cosiddetto "colpo d'occhio". L'infermiere valuta velocemente l'aspetto generale del paziente, in cerca di problemi che richiedano interventi immediati.

Si tratta di una valutazione che utilizza solo uno dei sensi, la VISTA, valutando rapidamente l' A B C D.

A- Airways (pervietà delle vie aeree), segni visivi di ostruzione come portarsi le mani al collo o assumere un particolare decubito per favorire il passaggio dell'aria, presenza di rumori respiratori, come sibili, rantoli, stridori.

B- Breathing (respiro), osservare i movimenti toracici, se sono superficiali, profondi, rapidi, eventuale utilizzo di muscoli accessori. Se il paziente riesce a parlare e per quanto tempo riesce a farlo senza dover interrompere per riprendere fiato.

C- Circulation (circolo), colorito cutaneo, se pallido, cianotico, itterico, marezzato. Se c'è qualche evidenza di sanguinamento in atto.

D- Disability (deficit neurologici o alterazione dello stato di coscienza), se il paziente appare vigile, assopito, irritabile, valutazione del GCS). Ogni significativa alterazione di tali parametri di valutazione richiede l'intervento assistenziale immediato dell'infermiere triagista, con allertamento del personale per consentire l'accesso in sala medica. Successivamente si procederà con la registrazione del paziente, reperendo le informa-

zioni anagrafiche e anamnestiche da eventuali accompagnatori che possano facilitare l'inquadramento clinico del caso da parte del personale in sala.

Ma, in una condizione in cui il l'infermiere si trovi a dover sottoporre a triage più utenti, la valutazione sulla porta serve come indicatore di priorità di trattamento, ovvero in una condizione in cui il triagista si trovi simultaneamente più utenti da sottoporre a triage, individuare tempestivamente chi necessiti di una valutazione immediata.

RACCOLTA DEI DATI

Valutazione soggettiva. Per necessità si considerano separatamente la valutazione soggettiva e quella oggettiva, ma è chiaro, che durante l'intervista si proceda contestualmente alla rilevazione dei PV ritenuti utili per l'assegnazione del codice.

La raccolta dati deve indirizzare alla definizione del problema principale (sintomo).

È sempre opportuno presentarsi e dare al paziente, sin dall'inizio, la sensazione di essere considerato e di trovarsi in un "ambiente protetto", evitare assolutamente tutte le possibilità di conflitto. È altrettanto importante che sia il paziente a rispondere alle domande e non eventuali familiari o accompagnatori.

L'intervista dovrà indagare su:

- motivo che ha condotto il paziente in PS;
- sede del dolore ed eventuali irradiazioni. Questo può dare già idea della tipicità e meno del dolore;
- tempo di insorgenza e durata del dolore. Non ci si deve meravigliare se le risposte saranno le più svariate possibili: il DT suscita sempre, specialmente nelle persone apprensive, spiacevoli sensazioni e paure;
- altri episodi di DT;
- eventuali fattori scatenanti;
- tipo di dolore (si ricorda che spesso il paziente descrive il dolore di origine coronarica alla perfezione; di contro invece, bisogna tener conto che uno dei limiti dell'analisi del dolore individuale è la soggettività dello stesso, che

la comunicazione sanitario-paziente può essere complicata (stesso paziente...stesso dolore... domande poste da sanitari differenti...risposte differenti!!!);

- **modificazioni del dolore** (atti respiratori, digi-topressione)
- farmaci assunti in questa occasione ed eventuali altre terapie. E' particolarmente utile sapere se il paziente ha già assunto antidolorifici o nitroderivati per l'evento e se è in terapia cronica;
- eventuali recenti traumi o interventi chirurgici, presenza di patologie quali diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, altri fattori di rischio come obesità, tabagismo, familiarità per cardiopatia, ultimi esami diagnostici eseguiti;
- eventuale presenza di altri disturbi (tosse, sudorazione, dispnea, febbre, eventuali perdite di coscienza);
- documentazione clinica, in particolar modo ECG precedenti.

Utile per l'anamnesi patologica prossima e remota sarebbe la compilazione del questionario sottostante, servendosi delle informazioni ricevute dal paziente e dalla eventuale documentazione clinica (esami precedenti, ECG, referti specialistici e radiologici, lettere di dimissione...).

Considerando però, i tempi spesso ridotti di raccolta dei dati in fase di triage, è bene quantomeno che ogni triagista conosca tale questionario e quali siano le informazioni importanti da raccogliere.

A tal proposito, può rivelarsi utile e semplificativo per memorizzare l'algoritmo anamnesico, servirsi degli acronimi AMPLE e PQRST.

A: Allergie (a farmaci o sostanze)

M: Medicine (terapia in atto)

P: Patologie pregresse (anamnesi patologica prossima e remota)

L: Last lunch (ultimo pasto)

E: Evento, la dinamica del fatto

P: Provocation (fattori favorenti e sfavorenti il dolore)

Q: Quality (come lo definisce, a cosa assomiglia)

R: Radiation (sede)

S: Severity (intensità, cioè quanto è forte)

T: Time (quando è insorto e durata del dolore)

Valutazione oggettiva

- Valutazione dei PV (PA, FC, FR, SPO2%, utili GLICEMIA E TC)
- Ispezione: ricerca di segni quali: asimmetria degli emitoraci, turgore delle giugulari, edemi, cicatrici chirurgiche o vescicole erpetiche.

DECISIONE DI TRIAGE

Codice non rilevato

- Stato di incoscienza
- Arresto respiratorio
- Arresto cardiocircolatorio
- Grave dispnea
- GCS < 9 di qualsiasi natura
- paziente portato dal 118 intubato o in corso di RCP

Codice rosso

- PA < 90 mmHg
- FC <40 >150 b/min
- FR >10 > 34 atti/min
- Spo2% in AA <90% (se non BPCO, OLT domiciliare)

Codice giallo

- Dolore <6 H
- Fattori di rischio cardiovascolari
- Dolore non in atto in cardiopatia ischemica, diabete mellito
- Fattori di rischio per TVP/TEP
- Assunzione di cocaina
- Ai pazienti anziani e diabetici che si presentano con sincope, presincope, astenia marcata e/o dispnea
- Polipnea (cause non cardiovascolari)
- Enfisema sottocutaneo/PNX

Codice verde

- Dolore > 6 h in assenza di fattori di rischio
- Tutti i dolori toracici non traumatici non compresi nei quadri precedenti

Codice bianco

Non si ritiene prudente assegnare questo codice a un soggetto con DT.

Codice verde

Stessa procedura, rispettando i tempi e i codici di accesso dei pazienti in attesa in sala post-triage.

PROVVEDIMENTI DA ATTUARE

CRITERI DI RIVALUTAZIONE

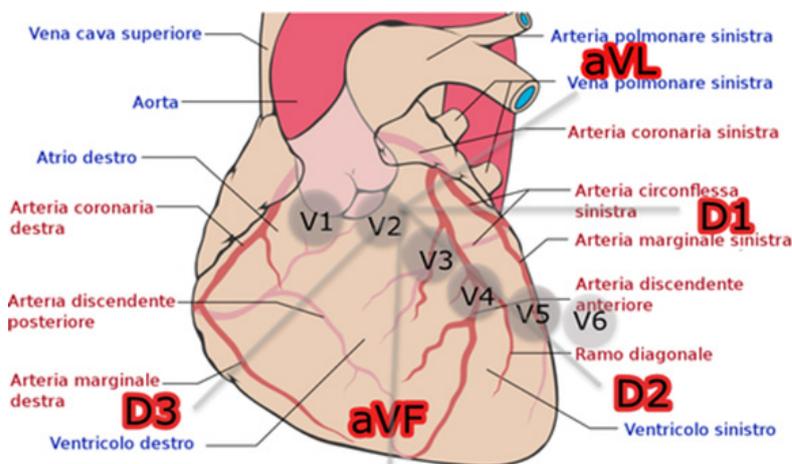
Codice rosso

Accesso diretto in sala medica per pazienti con:

- Assenza di una o più FV (coscienza, respiro, polso)
- Grave instabilità emodinamica (segni di shock o insufficienza respiratoria)
- Diagnosi accertata di IMA dal sistema 118 o in PS dopo evidenza elettrocardiografica di STEMI.

Codice giallo

- Posizionare il paziente supino su una barella;
- Eseguire ECG a 12 derivazioni, entro 10' in caso di DT in atto, quanto prima se DT stabile/riferito;
- Confrontare con eventuali ECG precedenti del paziente;
- Far visionare ECG al medico preposto secondo protocollo aziendale, che ne apporrà firma e ora di presa visione
- Reperire 1-2 accessi venosi periferici;
- Eseguire prelievo venoso (routine cardiologica).

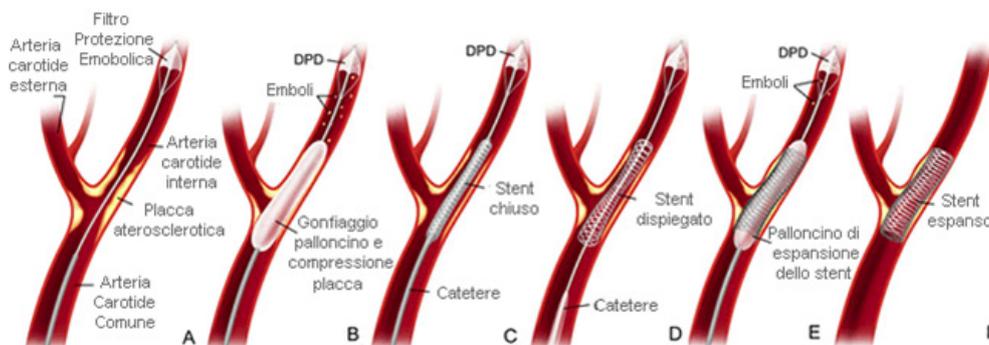


- Tempo di accesso in sala: eventuale assegnazione di priorità tra i gialli
- 20' codici gialli, se l'iperafflusso o il contesto del momento non lo consentisse effettuare rivalutazione visiva ogni 20' e 1 h per il codice

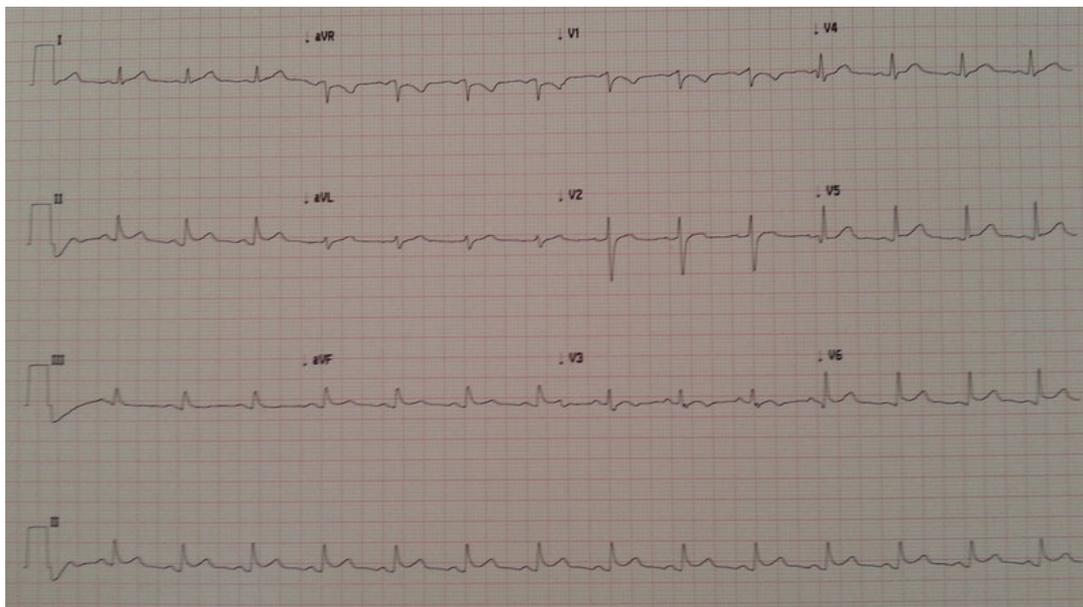
- verde
- Eventuale reperimento di nuove informazioni (arrivo parenti e/o documentazione clinica)
- Aggiornamento codice di priorità
- Esecuzione ECG al modificarsi del dolore
- Rilevazione PV a richiesta del paziente o al modificarsi della clinica
- Bandierine rosse

ERRORI DA NON COMMITTERE

- Mancata esecuzione ECG nel DT, soprattutto se in atto
- Mancata esecuzione ECG negli anziani e nei diabetici che si presentano con sincope, presincope, astenia, vomito e nausea, diaforesi e/o dispnea



Angioplastica seguita da stenting



- Mancata ripetizione ECG, soprattutto se il primo è risultato dubbio, o nei pazienti ad alto rischio, o al ripresentarsi del DT
- Mancato confronto con ecg precedenti
- Mancata esecuzione della tpn al tempo 0 e dopo le 3h

VALUTAZIONE

Per la valutazione dell'efficacia del percorso, si sceglierà di utilizzare alcuni dei seguenti indicatori:

- Tempo mediano dell'arrivo in pronto soccorso alla PTCA
- Tempo mediano dell'arrivo in pronto soccorso alla trombolisi
- Percentuale di gialli per dolore toracico percentuale di ricoveri in UTIC
- Percentuale di verdi per dolore toracico percentuale di ricoveri in UTIC
- Tempo mediano dell'arrivo in pronto soccorso ed esecuzione ECG
- Tempo mediano dell'arrivo in pronto soccorso ed esecuzione TPN

RIFERIMENTI NORMATIVI



LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Bianco/Gelli

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

(17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017) note: Entrata in vigore del provvedimento: 01/04/2017

Art. 5

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale,

si attengono, salve le specificità del caso concreto,

alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ... *omissis*... In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

(17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017) note: Entrata in vigore del provvedimento: 01/04/2017

Art. 5

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale,

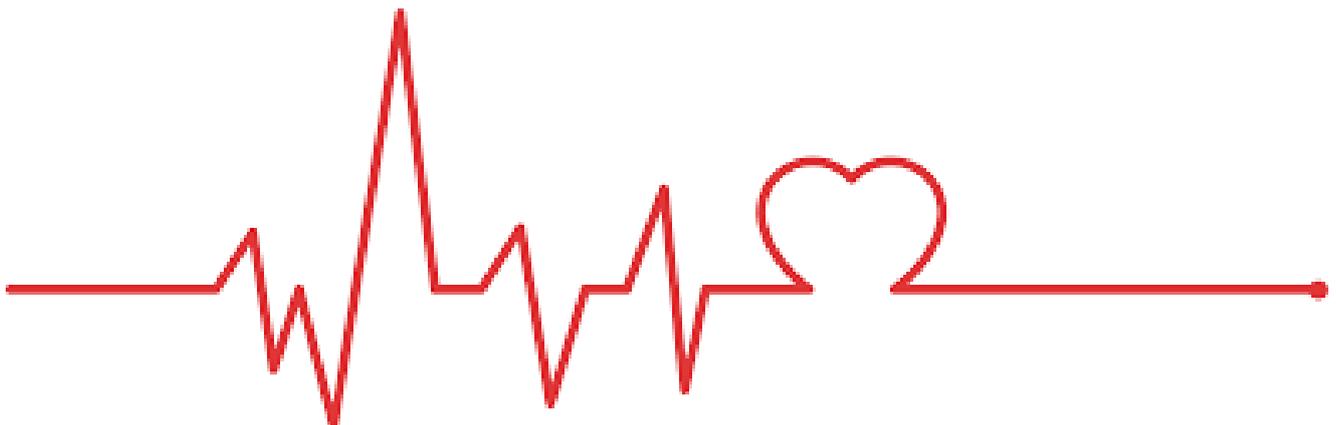
si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ... *omissis*... In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Art. 7 Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2.....

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.



Art. 6 Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale è inserito il seguente:

«Art. 590-sexies (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. **Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa** quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, **sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto**».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 e' abrogato.

LEGENDA

- ANMCO - associazione nazionale cardiologi ospedalieri
- BPAC - bypass-aortocoronarico
- DEA - Dipartimento di Emergenza- Accettazione
- DT - Dolore toracico
- FV - funzioni vitali
- IMA - Infarto acuto del miocardio
- Ndd -non definita diagnosi
- PDTA - Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
- PS - Pronto soccorso
- PTCA - angioplasticacoronarica transluminale percutanea
- PV - Parametri vitali
- SCA - Sindrome coronarica acuta
- SIMEU - Società italiana medici di emergenza-urgenza
- TEA - tromboendarteriectomia
- TPN - Troponina

@ BIBLIOGRAFIA

Fernández JB, Ezquerro EA, Genover XB, et al. Chest pain units. Organization and protocol for the diagnosis of acute coronary syndromes. Rev Esp Cardiol 2002;55:143-54.

Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 Emergency Department Summary. Natl Health Stat Report 2008;7:1-38.

Conti A, Paladini B, Toccafondi S, et al. Effectiveness of a multidisciplinary chest pain unit for the assessment of coronary syndromes and risk stratification in the Florence area. Am Heart J 2002;144:630-5.

Fanaroff AC, Rymer JA, Goldstein SA, et al. Does this patient with chest pain have acute coronary syndrome? The rational clinical examination systematic review. JAMA 2015;314:1955-65.

Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer NR, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med 2000;342:1163-70.

Ottani F, Binetti N, Casagrande I, et al. Percorso di valutazione del dolore toracico. A nome della Commissione Congiunta ANMCO-SIMEU. G Ital Cardiol 2009;10:46-63.

GFT, gruppo di formazione triage; Triage <infermieristico, terza edizione. Mc Graw-Hill, Marzo 2010

GISE
Società Italiana di Cardiologia Interventistica

PCR
Focus joint sessions

Scientific programme endorsed by

EAPCI
European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions

39°

CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
NATIONAL CONGRESS ITALIAN SOCIETY OF INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

MILANO 2018
MiCo Congress Center | 16-19 October 2018

GISE
Società Italiana di Cardiologia Interventistica

39°
CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
NATIONAL CONGRESS ITALIAN SOCIETY OF INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

16-19 October | MILANO 2018
MiCo Congress Center

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE IN EMODINAMICA: NURSING INTENSITY- ACUTY -NURSING WORKLOAD

Ospedale S. Paolo
Dipartimento Cardiologico
ASL Bari
Direttore: Pasquale CALDAROLA
CPS- inf Elena Valeria CATANIA



GISE
Società Italiana di Cardiologia Interventistica

39°
CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
NATIONAL CONGRESS ITALIAN SOCIETY OF INTERVENTIONAL CARDIOLOGY

16-19 October | MILANO 2018
MiCo Congress Center

ARGOMENTI TRATTATI

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

INTENSITA' DI CURA

EPIDEMIOLOGIA

CARICO DI LAVORO

Dichiaro di non avere conflitti di interessi



COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

Si intende l'insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni di assistenza infermieristica espressi in termini di :



INTENSITA' DI IMPEGNO
QUANTITA' DI LAVORO



INTENSITA' DI CURA

Il livello di cura richiesto da ogni Singolo caso conseguente ad una Valutazione di instabilità clinica, associata a determinate alterazioni Dei parametri fisiologici



ALTA INTENSITA' DI CURA



BASSA COMPLESSITA'
ASSISTENZIALE



COMPLESSITA' ASSISTENZIALE ED INTENSITA' DI CURA IN EMODINAMICA

Tipo di paziente : età, comorbilità

Tipo di procedura: procedura ad alto rischio



Dati epidemiologici

L'Incidenza di eventi cardiovascolari aumenta con l'età

- Dati ISTAT 2001 + di 10000 persone hanno + >65 anni
- 2010 il 19% della popolazione avrà un'età > di 65 anni
- **2020 il 22,3% con il 6% con età > di 80 anni**

la popolazione colpita da eventi cardiovascolari sarà sempre più alta e una bella fetta sarà **ultrasettantenne**



STEMI NEI PAZIENTI ANZIANI



G. GERONZI ET AL. 2012;26(2):283-291

ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO
Review

Sezione di Geriatria Clinica

**La terapia ripercussiva
anziano è diversa di
generale?**

Reperfusional strategies
population

C. BINGO, F. RINGO, C. BIANCHI,
G. DI GIROLAMO, R. LUCIANO, E. R.
F. PISCIONE, D. LEONARDO

Cattedra di Geriatria, Università di N.
Napoli "Federico II"

The increasing lifespan causes
STEMI in the elderly population
is controversial according to the
angiographic characteristics. If
of elderly in clinical trials is not
clinical subset. Although further
agreement of elderly patients will
obtained. Percutaneous revascularization

La rivascolarizzazione, entro 12 ore dall'insorgenza dei sintomi, può essere rappresentata dalla terapia fibrinolitica, laddove ci sia assenza di controindicazioni o, preferibilmente, dall'angioplastica percutanea (Percutaneous Coronary Intervention (PCI)) se attuabile entro 2 ore dal primo contatto medico.

Numerosi studi clinici eseguiti su pazienti con STEMI hanno apportato nuove evidenze, confermando quelle già note, in relazione al trattamento e alla gestione di questa condizione clinica. Risultano, invece, carenti le evidenze in relazione alla sicurezza e all'efficacia del trattamento nel paziente anziano con SCA-STEMI.

SCA-STEMI nell'anziano

L'infarto del miocardio con sovraraffermamento del tratto ST si verifica maggiormente tra la quarta e la nona decade con un picco massimo tra la settima e l'ottava.

Gli anziani, con l'aumento della durata media della vita, rappresentano una parte di popolazione in rapida crescita, sempre più frequente-

mente soggetta a STEMI e con comorbilità che ne rendono difficile il management. Per tale motivo i pazienti anziani hanno avuto, finora, una scarsa considerazione nei vari studi clinici, per quanto riguarda la gestione terapeutica delle SCA. Molto spesso infatti essi vengono esclusi o rappresentano una piccola e insignificante percentuale, in quanto categoria a rischio.

L'età, infatti, è un fattore molto importante nel determinare l'outcome, in modo particolare nel paziente con STEMI. I pazienti con età superiore ai 75 anni rappresentano il 60% dell'intera mortalità dovuta a tale patologia e, inoltre, spesso sono maggiormente soggetti alle complicanze dell'infarto come lo scompenso cardiaco e l'edema polmonare, che si verificano in più della metà dei pazienti con età superiore ai 75 anni e nel 65% dei pazienti con età superiore agli 85 anni¹.

Lo shock si verifica in più del 10% dei pazienti con età superiore ai 75 anni ed è dovuto a rottura della parete ventricolare o dei muscoli papillari o ad una disfunzione ventricolare avanzata¹.

Un'altra problematica che riguarda gli anziani è l'esclusione o la limitazione che essi hanno nel ricevere il trattamento terapeutico. Studi osservazionali hanno dimostrato che la terapia ripercussiva coronarica (trombolisi o PCI)

buciscono le comorbilità, spesso presenti, come diabete mellito, insufficienza renale e malattia cerebrovascolare. L'anziano, poi, presenta caratteristiche farmacodinamiche (assorbimento, metabolismo, distribuzione ed escrezione di farmaci) che lo rendono facilmente soggetto ad effetti collaterali e complicanze legate all'uso dei farmaci^{1,6}.

PCI versus trombolisi: quale strategia da destinare al paziente anziano?

TROMBOLISI: PRO E CONTRO

La trombolisi rimane la più comune strategia ripercussiva nel trattamento dei pazienti con STEMI ed è stato dimostrato essere associata ad una maggiore riduzione di mortalità negli anziani rispetto ai giovani¹.

Sebbene alcuni studi abbiano dimostrato non esserci riduzione in termini di mortalità a breve termine nei pazienti anziani (> 75 anni) trattati con trombolisi, altri hanno, invece, dimostrato un impatto significativo della terapia trombolitica nei pazienti anziani (> 75 anni) sulla mortalità a medio termine.



SINDROME CORONARICA ACUTA NEL PAZIENTE ANZIANO TRATTATO CON PCI

↑
MIGLIORA LA
RICANALIZZAZIONE

↓
RIDUCE IL RISCHIO
DI RESTENOSI

↑
MIGLIORA IL RIMODELLAMENTO
VENTRICOLARE



STEMI NEI PAZIENTI ANZIANI

...nolisi nel ridurre la frequenza. In 706 pazienti anziani con STEMI la rottura della parete ventricolare si è verificata nel 12,8% di coloro che sono stati sottoposti a PCI rispetto al 25,4% di coloro che sono stati sottoposti a PCI ¹⁰. Lo studio multicentrico TRIANA (Trattamento infarto Acuto de miocardio en Ancianos) ¹¹ ha dimostrato che la PCI è una migliore terapia rispetto alla fibrinolisi per la riduzione della frequenza di morte, reinfarto e stroke invalidante a 30 giorni (18,9% vs. 25,4%) e, soprattutto, per la ridotta ricorrenza di ischemia miocardica. De Boere et al. hanno valutato la PCI primaria rispetto alla streptokinasi in 87 pazienti con STEMI ed età superiore ai 75 anni. Lo studio è stato interrotto per l'evidente beneficio della PCI sulla trombolisi in termini di morte, reinfarto o stroke a 30 giorni (9% vs. 29%) e ad un anno (13% vs. 49%) ¹². A testimoniare che la PCI sia un'ottima strategia terapeutica nei pazienti anziani concorrono due studi. Il primo ¹³ ha valutato l'outcome a breve e a lungo termine in 88 pazienti anziani (età superiore agli 85 anni) con STEMI sottoposti ad angioplastica primaria. In tali pazienti la PCI primaria si è dimostrata sicura ed efficace con successo procedurale angiografico e, nella maggior parte dei casi, con una bassa frequenza di reinfarto e di eventi cerebrovascolari. La mortalità intraspedaliera è stata del 17%, di cui il 90% nei pazienti con shock cardiogeno, PCI fallita, classe Killip superiore o uguale a 3 alla ammissione o insufficienza renale cronica. L'età, quindi, nei pazienti che vengono sottoposti a PCI è un fattore prognostico indipendente per la mortalità intraspedaliera.

Ciò è sicuramente associato al miglioramento delle tecniche emodinamiche e della perizia degli operatori anche per lesioni tecnicamente difficili da trattare, oltre alla maggiore aderenza linee guida della terapia medica associata ¹⁴. In PCI con stenting rispetto alla PCI con stenting si è dimostrata superiore in tutti i gruppi di pazienti suddivisi per età, inclusi i pazienti anziani. Nello studio CADILLAC (Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications) la PCI con stenting determina un miglioramento nell'outcome in relazione a morte, reinfarto, stroke e rivascolarizzazione del vaso target (TVB) a 6 e a 12 mesi ¹⁵. Nel paziente anziano è preferibile l'impianto di stent con rilascio di farmaco (Drug Eluting Stent (DES)) sulla base delle evidenze di una recente metaanalisi di dieci studi clinici randomizzati che ha mostrato come l'uso del DES sia associato a una ridotta frequenza di reinfarto rispetto agli stent metallici convenzionali (Bare-Metal Stent (BMS)) con rischio sovrapponibile per mortalità o reinfarto nell'outcome a lungo termine, al costo di un rischio lievemente aumentato di trombolisi intraspedaliera nei pazienti con STEMI trattati con DES (1,7% vs. 1%) ¹⁶. L'impianto di DES richiede una doppia antiaggregazione piastrinica (DAPT) farmacologica per un periodo di tempo che va dai 6 mesi ai 12 mesi per ridurre il rischio di una temibile complicanza come la trombolisi intraspedaliera. Molto spesso l'età avanzata si associa alla ridotta compliance terapeutica e alla necessità di sottoporsi, per l'elevata comorbilità, a interventi di natura chirurgica.

- **DIMEZZA** LA MORTALITA' A 30 gg NEI PAZIENTI > 70 ANNI
- **DIMEZZA** LA MORTALITA' AD UN ANNO NEI PZ > 65

STUDIO TRIANA

706 PZ ARRUOLATI CON STEMI :
LA ROTTURA DELLA PARETE
VENTRICOLARE AVVERRA' NEI
PZ FIBRINOLISI 17%
PZ PCI 4%

LO STUDIO TRIANA HA DIMOSTRATO CHE LA TERAPIA PCI RISPETTO LA FIBRINOLISI RIDUCE IL FREQUENZA DI MORTE, REINFARTO E STROKE INVALIDANTE A 30 gg



NSTEMI NELL' ANZIANO

RASSEGNA

Epidemiologia delle sin in Italia

Enrica Perugini¹, Aldo P. Maggioni¹, Aless

¹U.O. di Cardiologia, Ospedale di Bienteglio (BO), ²Ospedale San Giovanni Addolorata, Roma, ³U.O. di C

Key words:
Acute coronary syndromes;
Coronary angioplasty;
epidemiology;
Myocardial infarction.

Acute coronary syndromes (ACS) represent the mine high morbidity. The objective of this review using administrative data, clinical surveys and re-tion without persistent ST-segment elevation (NSTEMI) with persistent ST-segment elevation patients. Fe one quarter is affected by diabetes, patients with patients with ACS has decreased over the last 10

In order to offer primary coronary angioplasty, work between tertiary and peripheral hospitals is under development and implementation. Early experiences

Tabella 2. Principali caratteristiche dei pazienti con sindrome coronarica acuta arruolati nell'INACS Outcome.

	Pazienti SCA STEMI (n=2458) (%)	Pazienti SCA NSTEMI (n=3587) (%)	p
Femmine	29.9	31.0	0.36
Età (anni) (valore mediano)	68	70	<0.0001
Età >75 anni	28	39	0.01
Diabete	44.9	35.1	<0.0001
Progresso scompenso cardiaco	2.8	4.0	0.01
Progresso patologia cardiovascolare	33.2	51	<0.0001
Insufficienza renale cronica	6.2	9.8	<0.0001
Progresso ictus/TIA	5.6	6.8	0.07
BPCO	7.9	10.1	0.004
FE <40%	28.7	17.4	<0.0001
Eventi intraspedalieri			
Scompenso cardiaco	13.3	7.3	<0.0001
Ischemia refrattaria/ricorrente	5.9	8.1	0.001
Ictus	1.0	0.5	0.03
Emorragie	3.2	2.3	0.04

BPCO = broncopneumopatia cronica ostruttiva; FE = frazione di eiezione; NSTEMI = senza sopralivellamento del tratto ST; SCA = sindrome coronarica acuta; STEMI = infarto miocardico con sopralivellamento del tratto ST; TIA = attacco ischemico transitorio.



PCI AD ALTO RISCHIO: come definirlo oggi!

TRE AREE CLINICHE

FATTORI DI RISCHIO E COMORBIDITA' DEL PAZIENTE

COMPLESSITA' DELL'ANATOMIA E POSIZIONE DELLA LESIONE

QUADRO CLINICO DEL PAZIENTE



Linee guida internazionali



PROSSIMO PASSO!



TRATTAMENTO GIUSTO



PAZIENTE GIUSTO



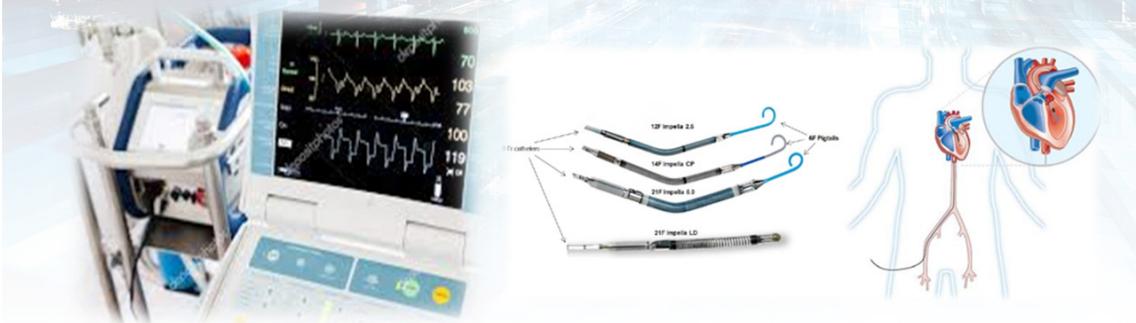
COMPLESSITA' ASSISTENZIALE IN EMODINAMICA



COMPLESSITA' ASSISTENZIALE AUMENTO DELLA VITA MEDIA PAZIENTI TRATTATI CON PCI (rispetto terapia medica e chirurgia)

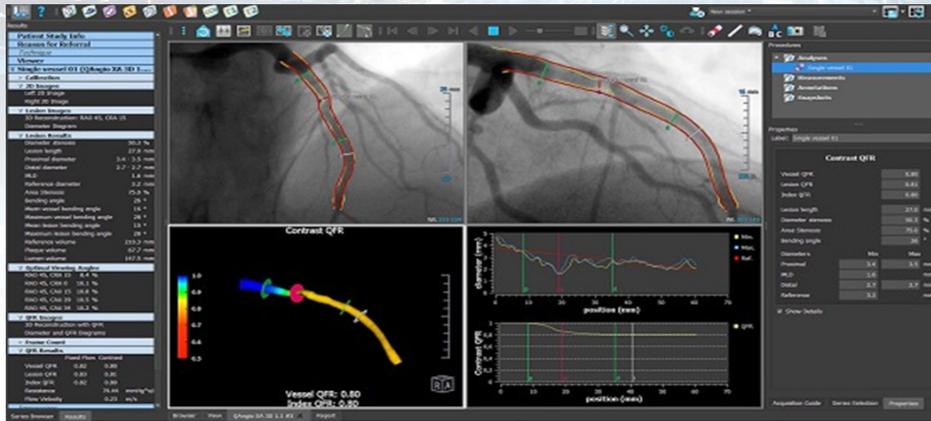


STRUMENTAZIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE

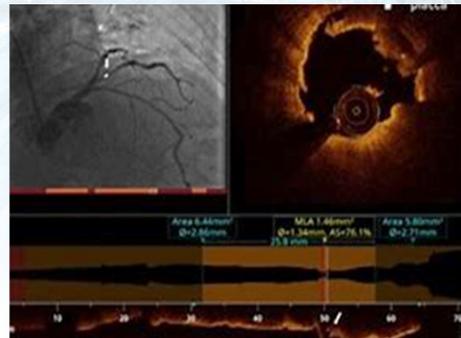




STRUMENTAZIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE



STRUMENTAZIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE



Caso clinico

Maschio 81 anni

- FATTORI DI RISCHIO CV: Iperensione Arteriosa
- ANAMNESI - Marzo 2003; IMA non Q → triplice CABG AMIs su RDA; GVS sequenziale su D1-MO1; GVS singolo su RDP
- Dicembre 2016; trasferito dal PS con diagnosi per **NSTEMI** complicato da **severa disfunzione ventricolare sinistra**



Caso clinico

- ALL'INGRESSO ESAME OBIETTIVO: paziente lievemente sintomatico per angor
- ECG: ritmo sinusale, onda Q in D3 e da v1 a v 4
- ALL'RX DEL TORACE: Versamento Pleurico bilaterale
- All'ECO ventricolo sx moderatamente ipertrofico con acinesia del siv medio apicale e della parete inferiore mediobasale, ipocinesia laterale e posteriore mediobasale, severa compromissione della funzione contrattile (FE 25%) insufficienza mitralica moderato severa
- Routine ematica: Hb 11;0 g/dl; hs-TnT peak 1,69 pg/ml; creatinina sierica 1,32 mg/dl



Coronarografia + studio by-pass (22/12/2016)

- Occlusione Del Tronco Comune Della Coronaria Sinistra + *Diffusa Ateromasia Severamente Stenosante di Coronaria Destra (Dominante) Sui Tratti Proximale, Medio e Distale* (Parete Inferiore Verosimilmente Parzialmente Necrotica), con opacizzazione di RDA medio-distale mediante circoli eterocoronarici
- *occlusione di AMIS per RDA e del GVS singolo su RDP e stenosi subocclusiva del corpo del GVS sequenziale per D1 – MO1 (LAST PATENT VESSEL)*
- Considerata La Verosimile Instabilità Della Lesione Sul GVS Sequenziale (Con Conseguente Elevato Rischio Emboligeno Durante Eventuale PCI), E La Contestualità Di Im Significativa → **Heart Team**



Dilemma procedurale:

PCI elettiva su GVS sequenziale + OMT per CD nativa e IM



Re-CABG + sostituzione valvolare mitralica

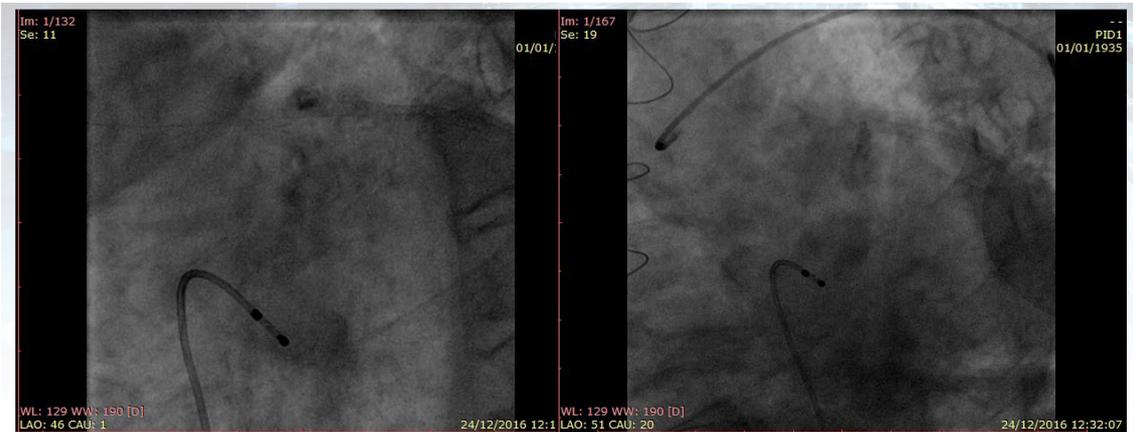


Caso clinico

PCI SU GVS sequenziale (24/12/2016)

- Assistenza rianimatoria, Posizionamento in Back-up di Contropulsatore aortico + Pacemaker Temporaneo
- Blanda predilatazione della lesione con pallone semicompiante 1.5 mm
- Posizione di filtro di protezione antiembolica Spider fx®
- Impianto di DES Resolute onyx 3.5° x 38 mm, seguito da **Slow Reflow** → **BRADICARDIA MARCATA** (35 bpm) + **Shock Cardiogeno** (PA 80/40 mmhg)
- Attivazione di IABP (1:1) + pacing temporaneo (70 bpm)





DECORSO POST-PROCEDURALE

- I GIORNATA: Riduzione del rapporto di contropulsazione 1:2 ; riduzione della frequenza di stimolazione a 50 bpm (ritmo pressoché costantemente non elettroindotto); assenza di sovraccarico polmonare all’RX torace; diuresi abbondante senza stimolo diuretico aggiuntivo ; Hs-Tnt peak 5,429 pg/ml
- III GIORNATA: Riduzione del rapporto di contropulsazione 1:3; rimozione PM temporaneo
- V GIORNATA: Rimozione contropulsatore aortico
- VII GIORNATA: Trasferimento in degenza
- VIII GIORNATA: Trasferimento in riabilitazione cardiologica

TAKE HOME MESSAGES

- ✓ Coinvolgimento del personale infermieristico di sala nell’**heart team** preprocedurale
- ✓ Monitoraggio intraprocedurale dei parametri vitali spontanei e derivati (IABP, pacing temporaneo, ventilatore, Renalguard, ecc..)
- ✓ Fondamentale **trait d’union** con personale infermieristico di UTIC per ottimizzazione postprocedurale dei parametri → guida per rimozione device di supporto

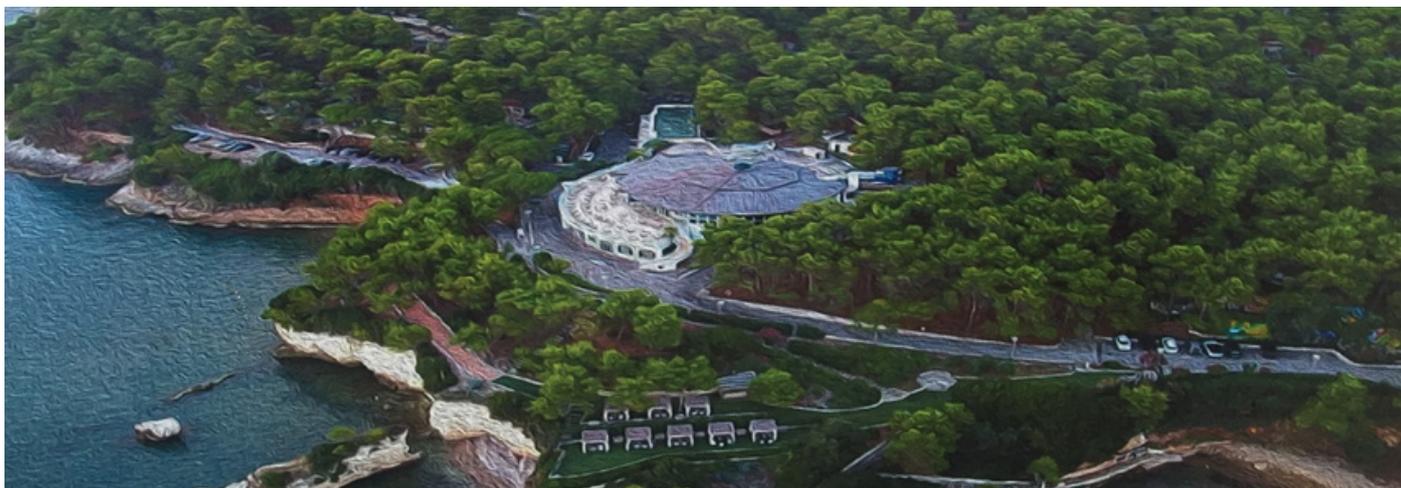
COSA STA CAMBIANDO?

- FORMAZIONE (sapere teorico)
- CONOSCENZA PRATICA

OLTRE A SAPER FARE.....
E’ IMPORTANTE SAPER COME FARE!

Time
for
Change

L'APPORTO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA AL SISTEMA SALUTE A 40 ANNI DALLA 833/78 VIESTE-GATTARELLA 9-10-11 SETTEMBRE



1978: Anno importante, una sorta di pietra miliare per la Sanità, per il varo di due leggi, la 833/78 e la 180/78, leggi che hanno cambiato la rotta dell'Assistenza sanitaria, hanno dato una spinta ad un processo riformatore necessario sia per il fallimento del sistema mutualistico sia per l'evidenza di alcune esperienze virtuose in regioni all'avanguardia sia per il bisogno irreversibile di cambiamenti nelle strutture psichiatriche. Un nuovo assetto organizzativo e funzionale del SSN e dei Dipartimenti di Salute mentale e delle dipendenze, la garanzia per tutti i cittadini della tutela e della promozione della salute, attraverso il modello universalistico Beveridge, il via al

Contenzione in ambito psichiatrico



Foto di Berengo Gardin e Carla Cerat – raccolte nel libro «Morire di classe» del 1969

percorso di chiusura degli ospedali psichiatrici. Tema, allora, di grande rilevanza sanitaria e sociale, per i cambiamenti nel metodo di erogazione dei servizi, anche nel campo della salute mentale, che tengono conto dei bisogni degli utenti e tendono alla riabilitazione dei pazienti con piani di trattamento multidisciplinare. Tema al centro di un convegno al quale hanno partecipato numerosi professionisti della sanità tra i quali **Matteo Giordano, Enrico Marsella, Velia Zulli, Gianrocco Rossi, Graziana Lebiu**, che hanno "percorso" i 40 anni del SSN e del nuovo modello di salute mentale, che ha richiesto una diversa visione del malato.

IL CONTESTO

- Il 68 e gli anni 70
- I movimenti di protesta studenteschi e operai
- L'antipsichiatria (R. Laing, D. Cooper , M. Foucault , Thomas Szasz) , la scuola di Palo Alto, il femminismo

L'ANTIPSIKIATRIA

- Il manicomio era una grande macchina di potere, di clientelismo e di creazione di consenso politico.
- L'antipsichiatria mette a nudo il carattere repressivo dell'istituzione psichiatrica: **“La follia – afferma Jervis – è anzitutto un giudizio di devianza; in pratica è il nome che si dà a certe violazioni delle regole del vivere sociale”**.
- Alla psichiatria spetterebbe quindi una funzione organica al “sistema”: farsi carico dei devianti, provvedere al loro recupero, al loro reinserimento sociale e, nel caso non fosse possibile, garantire la loro esclusione per mezzo dell'istituzionalizzazione.

Di fatto, in quel tempo, come ha affermato nel suo intervento Matteo Giordano, la pubblica opinione era orientata a mantenere e a rafforzare le misure, almeno apparentemente, tendenti all'ordine e alla sicurezza, essendo profondamente turbata da drammatici eventi quali il rapimento dell'On. Moro consumato in quelle settimane e giunto alla tragica conclusione che tutti conosciamo.

- Quindi secondo Basaglia , **“l'unica possibilità che ci resti è di conservare il legame del malato con la sua storia – che è sempre storia di sopraffazioni e di violenze – mantenendo chiaro da dove provenga la sopraffazione e la violenza”**.
- L'antipsichiatria accusa la scienza ufficiale

di concentrare la propria attenzione sulla malattia individuale e sulle sue basi biologiche, trascurando l'origine sociale dei disturbi psichici.

- La pratica psichiatrica sarebbe quindi anti-terapeutica in quanto i ruoli psichiatra-paziente riprodurrebbero in forma nuova i rapporti di potere e di sopraffazione alla base dei disturbi da curare.

L'approvazione, nel maggio 1978, della legge 180, recepita nel dicembre dello stesso anno dalla 833 sull'istituzione del SSN, fu il frutto della lunga battaglia di Basaglia , ma, anche, battaglia culturale e politica e oggetto di un referendum promosso dai radicali, una legge di tutela dei soggetti deboli, di quanti erano condannati all'inferno manicomiali.

- La dimensione umana con l'uso irrazionale dei farmaci e con l'elettroschok viene cancellata.
- Lo psicofarmaco può collocarsi in una dimensione relativa, vale un decimo del trattamento, il resto non può che avere a che fare con gli interventi psicosociali che altro non sono che garantire e sostenere l'abitare, il lavoro, le relazioni.
- E' nella valorizzazione della storia della persona , nel riconoscimento dei suoi diritti di cittadinanza e nelle relazioni che può realizzarsi la rimonta: la recovery come si dice oggi con un abusato termine anglosassone.

Allora, una vera e propria rivoluzione, ma con vizi e virtù, luci ed ombre , che hanno inficiato in parte lo spirito delle leggi, a cominciare dai DSM, nati per debellare i famigerati lager chiamati manicomi.

Ma quale la situazione infermieristica del territorio?

Ne ha parlato Enrico Marsella riportando dati di alcune RSA.

Stima presenza infermieri RSA italiane

REGIONE	STRUTTURE RESIDENZIALI		
	NUMERO	POSTI LETTO	stima infermieri (1)
LOMBARDIA	857	66.272	5.103
PIEMONTE	820	45.144	3.476
VENETO	379	35.731	2.751
EMILIA ROMAGNA	709	30.936	2.382
SICILIA	775	17.945	1.382
TOSCANA	438	16.938	1.304
LIGURIA	300	13.690	1.054
LAZIO	593	13.099	1.009
PUGLIA	239	11.226	864
FRIULI VENEZIA GIULIA	205	11.211	863
TRENTINO ALTO ADIGE	162	9.127	703
MARCHE	198	8.092	623
SARDEGNA	250	7.405	570
CAMPANIA	247	6.982	538
CALABRIA	176	5.135	395
ABRUZZO	117	5.033	388
UMBRIA	129	3.583	276
BASILICATA	62	1.953	150
MOLISE	57	1.874	144
VALLE D'AOSTA	41	1.094	84
<i>totale</i>	<i>6.754</i>	<i>312.470</i>	<i>24.060</i>

(1) coefficiente calcolato su RSA tipo (316 pl) = **0,077**

Enrico Marsella

Fonte: FNOPI – Gruppo di lavoro Altri Contesti Socio Sanitari - 2015-2017

Analisi dati interviste

descrizione	specificità	valore
Anzianità media di servizio	anni	23,6
Anzianità media di servizio nella struttura	anni	14,6
Dimensione media delle strutture	pl	150
Provenienza	ospedale	60%
Rapporto contrattuale	vicinanza	40%
	dipendente da cooperativa	40%
	dipendente dalla struttura	40%
	libero professionista	20%

Enrico Marsella

Fonte: FNOPI – Gruppo di lavoro Altri Contesti Socio Sanitari - 2015-2017

Analisi dati interviste

descrizione	specifica	valore
Coordinatore infermieristico	presente	80%
Copertura infermieristica	ore giornaliere	24
Attività svolte	terapie medicazioni (prima risposta)	75%
Piani Assistenziali Individualizzati	partecipazione alla stesura	100%
VMD con scale validate	utilizzo	75%
Utilizzo cartella infermieristica		100%
	informatizzata	30%
Programmazione da parte dell'Ente iniziative di formazione	materia sanitaria	50%
	organizzazione, regole, ruoli e funzioni delle figure professionali presenti in RSA	75%

Enrico Marsella

Fonte: FNOPI – Gruppo di lavoro Altri Contesti Socio Sanitari - 2015-2017

Analisi dati interviste

descrizione	specifica	valore
Educazione sanitaria all'ospite	effettuata	25%
Presa in carico dell'utente	presenza di	40%
Collaborazione con le altre figure professionali	buona	90%
Riunioni d'equipe	con regolare periodicità	100%
Collegamento con i servizi sanitari e sociali territoriali	efficace	30%
Livello di stress	basso	17%
	medio	31%
	alto	52%

Enrico Marsella

Fonte: FNOPI – Gruppo di lavoro Altri Contesti Socio Sanitari - 2015-2017

Analisi dati interviste

descrizione	specifica	valore
Livello di stress	motivazioni prevalenti	carico di lavoro
		cambiamenti organizzativi
		responsabilità
Proposte	formazione	< 5%
	aumento di personale	< 5%

Quali le competenze oggi richieste ad un infermiere nei casi di contenzione per proteggere la persona? **Ne ha parlato Velia Zulli soffermandosi sulla tutela dei diritti della persona sancita da leggi nazionali ed internazionali nonché dai dettati del Codice deontologico**, ha trattato il tema della contenzione e della competenza.

Contenzione meccanica tramite “mezzi di contenzione”. I mezzi di contenzione fisica sono stati definiti dalla Food and drug administration come accessori o dispositivi adottati al fine di limitare i movimenti del paziente per il tempo necessario a consentirne il trattamento, l'esame clinico o la protezione.

Competenza. *“Intendiamo una caratteristica intrinseca individuale, causalmente collegata a una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione e valutabile sulla base di un criterio stabilito”*. Gli autori (Levati/Seraò) concepiscono la competenza come il prodotto dell'interazione di alcune componenti, di cui tre “core”: le capacità, le conoscenze, le esperienze finalizzate.

La contenzione: tra pietas e sopruso

Pietas - Divinità astratta dei Romani, che esprime l'insieme dei doveri che l'uomo ha, sia verso gli uomini in genere e verso i genitori in particolare, sia verso gli dei ed in questo caso s'identifica con la religione. Nelle monete la Pietas è rappresentata spesso con una cicogna a fianco, perché questo animale era ritenuto assai premuroso verso i suoi.

Pietà - Sentimento di affettuoso dolore, di commossa e intensa partecipazione e di solidarietà che si prova nei confronti di chi soffre. Disposizione dell'animo a sentire affetto e devozione verso i genitori, verso la patria, verso Dio, e a operare di conseguenza, o, più in generale, rispetto reverenziale per ciò che è considerato sacro [Treccani].

Ambito deontologico

Codice deontologico dell'infermiere 2009

Art. 30 – « L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali. »

Art 54 C.P. Stato di necessità

« Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.....»

“Attualmente in Italia non vi è alcuna disposizione di legge che implicitamente o esplicitamente autorizzi l'uso dei mezzi di contenzione, ma nemmeno che la renda illecita. I diversi SSR, però, hanno prodotto circolari e decreti a dimostrazione di una grande attenzione a riguardo”.

“Il CNB ribadisce il rammarico per la generale carenza di attenzione nei confronti della contenzione, e in particolare della contenzione meccanica, la quale risulta essere tuttora applicata e in forma non “straordinaria”. Ciò è tanto più grave, in quanto l'obiettivo del superamento della contenzione non è nuovo, ma è stato da tempo enunciato a diversi livelli istituzionali, nazionali e internazionali, non ultimo nel già citato documento CNB del 2000. Ed è tanto più preoccupante, in quanto la ricerca disponibile, seppure insufficiente, evidenzia che l'orientamento e la cultura dei servizi influiscono sulla scelta di adottare o meno la contenzione più dei comportamenti e delle caratteristiche dei pazienti. Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone, e la presenza di reparti dove non esistono neppure gli strumenti della contenzione testimonia in tal senso”.

Seconda relazione semestrale sulle attività svolte dal commissario unico per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, Franco Corleone (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017)

La contenzione nelle REMS. Il rifiuto della contenzione è stato definito come uno dei capisaldi della riforma e seguendo le indicazioni del parere del Comitato Nazionale di Bioetica, del 24 aprile 2015, si deve rifiutare tale pratica, sia intesa come contenzione fisica che come contenzione farmacologica.

Viene confermato dalle comunicazioni dei Responsabili delle REMS, il non utilizzo della pratica della contenzione meccanica (che però continua a Castiglione delle Stiviere). In alcuni casi viene adottata la contenzione ambientale e comportamentale all'interno di stanze di deescalation. Viene comunque dichiarato dai Responsabili che la contenzione è utilizzata solo come extrema ratio, per casi gravi, e solo per il tempo strettamente necessario prima dell'applicazione di un TSO.



L'introduzione, l'applicazione di qualunque modello comporta la " *Valutazione di un sistema sanitario tra vincoli economici e scelte assistenziali*" tema trattato da Gianrocco Rossi che ha tracciato le diverse forme di assistenza nell'arco degli anni, dal '78 al 2018, ha sottolineato la crescita della spesa sanitaria e le diverse domande di salute e di prestazioni.

Valutazione del sistema sanitario dopo 40 anni

Legge 833/1978

Istituiva il S.S.N.; Livelli di prestazioni, solidarietà e uguaglianza dei trattamenti, gratuità, USL, inizia processo di decentramento di governance.

DD.LLgg. ss. 502/92 -517/93

Aziendalizzazione, contabilità analitica, centri di responsabilità, DRG, Accreditemento, libera scelta del cittadino della struttura in cui curarsi –Approccio prettamente economico.-

D.Lgs 229/1999

Riconferma i principi delle prime due riforme e introduce i fondi integrativi a copertura delle prestazioni escluse dal SSN, L.E.A. e parla di Equità/Universalità

Sistema Sanitario Nazionale – Uniformità delle prestazioni e valore etico

"Complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza* dei cittadini nei confronti del servizio" (art. 1, comma 3), sancendo in tal modo l'universalità* nell'accesso alle cure e l'uguaglianza (la non discriminazione) in occasione della loro erogazione.*

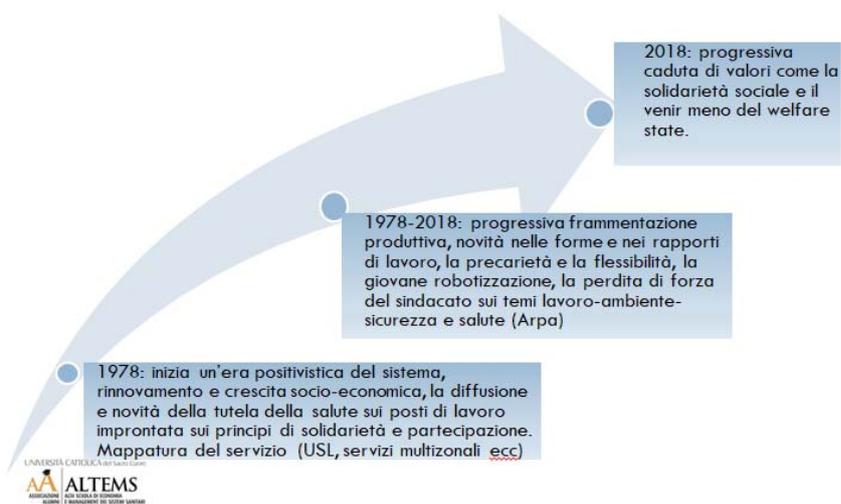
Concetto di UNIFORMITA' (secondo la legge 833/78) Processo organizzativo!

- Amministrazione uniforme - obiettivo dell'organizzazione del servizio (USL)
- Accesso universale alle cure e uguaglianza tra gli utenti
- Garanzie di salute uniformi in materia di salute pubblica (inquinamento atmosferico, ambiente di vita e di lavoro, tutela igiene degli alimenti)

Erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini (approccio qualitativo)

- Definire i livelli uniformi d'assistenza (D.L. 19/09/1992 n. 384 art.6 c.1, compito affidato al Governo d'intesa con le Regioni)
- Convertita dalla legge 438 del 1992 e successivamente abrogata dalla Corte Costituzionale –manca l'intesa Stato-Regioni)
- Legge 23.10.1992 n. 421 art.1 c.1 delega il Governo: definire principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori, stabilendo la soglia minima da garantire a tutti i cittadini, *definire il parametro capitario di finanziamento *coerentemente alle risorse stabilite dalla legge finanziaria
- D.Lgs. 502/92 conferma la scelta di qualificare i livelli prestazionali uniformi d'assistenza e definisce lo strumento di determinazione nel Piano Sanitario Nazionale (in rapporto alle risorse disponibili)

Dal 1978 al 2018 (40 anni del SSN)



Relazione tra assistenza sanitaria ed economia

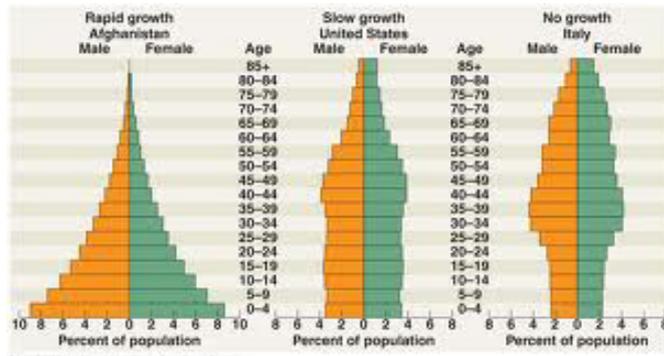
Comparti economici produttori	Valore economico
Assistenza sanitaria e sociale	149 miliardi
Settore ricettività e ristorazione	102 miliardi
Settore manifatture (produzione di macchinari e apparecchiature)	152 miliardi
Settore delle attività finanziarie ed assicurative	142 miliardi
Settore alimentare	129 miliardi
Settore tessile e moda	81 miliardi

La sanità un settore portante dell'economia a forti interdipendenze pubblico-privato

- Spese correnti assistenza sanitaria 149 miliardi di risorse
- 115 miliardi finanziati dal SSN
- 34 miliardi di consumi sanitari privati coperti da esborsi diretti delle famiglie (out of pocket)
- Out of pocket- Farmaceutica, specialistica ambulatoriale, libera professione, medical device, comparto socio-sanitario, odontoiatria, strutture sanitarie accreditate.

Determinanti della complessificazione dei bisogni e della domanda di assistenza sanitaria

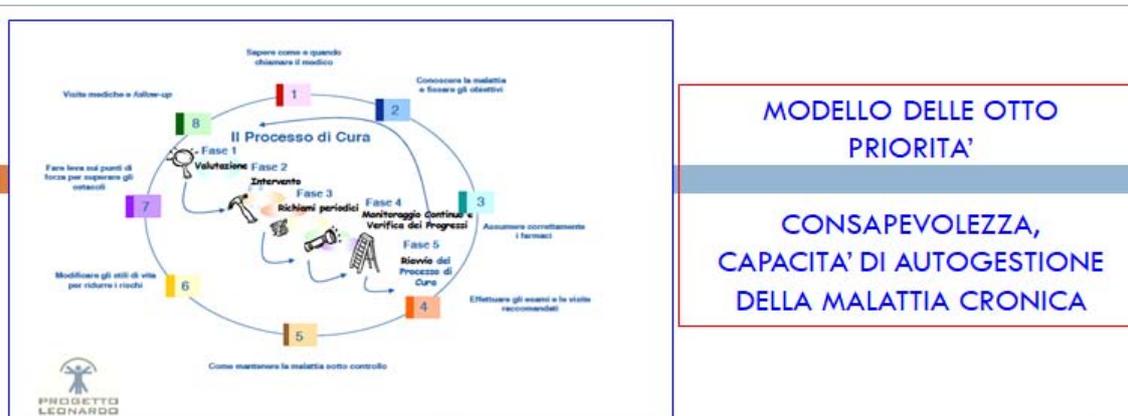
- Età della popolazione
- Malattie croniche degenerative
- Specializzazione e tecnologizzazione della medicina
- Personalizzazione delle esigenze degli utenti



Rivalutazione del SSN al 2025 per una sostenibilità del SSN

- Fabbisogno del finanziamento pubblico e privato (220 miliardi di euro)
- Non sono comprese le risorse per investimenti dell'edilizia sanitaria e ai bisogni socio-sanitari (17 miliardi di euro)
- Tra il 2017-2015 è stato stimato un disinvestimento di circa 70 miliardi di euro recuperabili con interventi di spending review e interventi organizzativi e strutturali, piano nazionale della prevenzione e riduzione degli sprechi.
- Condicio sine qua non «disinvestimento degli sprechi e attenzione alle inefficienze».

Fonte: Rapporto GIMBE 2018



MODELLO DELLE OTTO PRIORITA'

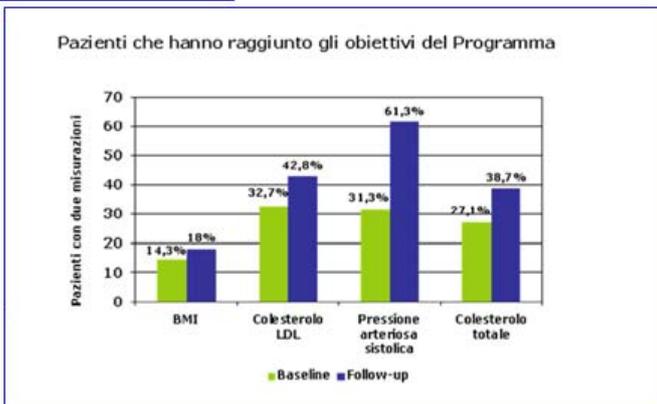
CONSAPEVOLEZZA, CAPACITA' DI AUTOGESTIONE DELLA MALATTIA CRONICA

RISULTATI

COLESTEROLO LDL +42,8%

COOLESTEROLO TOTALE +38,7%

PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA + 61,3%



Dirigenza delle Professioni Sanitarie Asl di Taranto



QUALE FUTURO ?



La salute e il SSN: Spunti di riflessione per gli operatori sanitari e i cittadini!



Credibilità, efficacia e sostenibilità al nostro Servizio sanitario Nazionale

Parlare di salute mentale, di salute in generale non può prescindere dal parlare di soggetti con **handicap diversi da quello mentale, quale può essere il deficit uditivo ed il deficit visivo, ai quali la sanità deve dare risposte adeguate come ha sottolineato Grazia Lebiu che ha presentato ed illustrato il "Progetto Braille-Lis",** inviato alla Presidenza della Repubblica in data 14 Maggio 2018. Di seguito il testo integrale.

***Presentazione del Progetto Istituzionale Infermieristico
per Disabili Sensoriali
Alla Presidenza della Repubblica – Roma 14 Maggio 2018***

Egregio Signor Presidente,
per la prima volta in Italia è stata concepita e conclusa una iniziativa volta al recepimento della Legge Stanca del 9 gennaio 2004, n. 4 (G.U. n. 13 del 17 gennaio 2004) recante «Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici».

Nei siti internet degli OPI Carbonia Iglesias, Bologna, Frosinone, Pavia, Pordenone, Pescara, Ragusa, Foggia, Ancona, Rimini, Alessandria, Napoli, Sassari e Oristano, aderenti alla FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, stiamo infatti ufficialmente e definitivamente per inserire, dedicate ai disabili sensoriali e loro care giver che avessero necessità e/o interesse di approfondire sulla professione infermieristica: a) una sezione video nella LIS e contenente documenti accessibili agli ipoacusici e ai sordi, b) una sezione audio-video contenente documenti accessibili agli ipovedenti – non vedenti.

Abbiamo inoltre già stampato un libro in Braille contenente la seguente documentazione infermieristica e sanitaria: Profilo Professionale DM 739/94, Profilo Professionale Infermiera Pediatrica DM 70/97, Codice Deontologico, Patto Cittadino Infermiere, Carta Europea dei Diritti dell'Ammalato, Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti, Giuramento dell'Infermiere, Legge 42/99, Legge 24/2017, Legge 219/2017, Legge 3/2018. Altre se ne aggiungeranno nel medio termine.

Nella vita professionale e nella rappresentanza istituzionale della FNOPI e degli Opi provinciali ci sono momenti che suggellano un percorso, un impegno, un modo di vedere l'agire per nome e per conto di infermieri e assistiti.

Poter esporre al Capo dello Stato questo progetto è uno di quei momenti perché non ci stiamo accingendo a pubblicizzare un video da parte di una infermiera sorda o da un infermiere interprete o un libro in braille fine a se stesso o un au-

dio realizzato da studenti infermieri, ma a condividere con la massima autorità istituzionale e quindi con i cittadini una lettura del mondo che circonda l'ambito nel quale gli infermieri dei nostri territori operano quotidianamente partendo dai bisogni dei più fragili, dei disabili, degli inabili, degli inascoltati, dei non percepiti. Ci siamo impegnati e continueremo ad impegnarci per intercettare una necessità delle comunità dei ciechi e dei sordi: essere posti nelle medesime condizioni di chi vede e sente, nel nostro caso per mano degli infermieri ai quali si affidano nel contesto della responsabilità del governo dell'assistenza ospedaliera e territoriale, intimamente convinti che questo gesto di riguardo nei confronti dei nostri interlocutori abbia un valore aggiunto ed un peso specifico che l'infermieristica meritava di vedere inclusi e riconosciuti e annoverare tra le qualità che la contraddistinguono tra le professioni d'aiuto e sanitarie.

Quando si valuta una barriera da rimuovere per la fruizione di risposte assistenziali all'altezza delle aspettative e dei diritti dei cittadini, la professione infermieristica è e sarà sempre la prima a cercare soluzioni anche nelle difficoltà delle disabilità sensoriali e quindi nella sfera della comunicazione: questo era il nostro obiettivo e questo abbiamo portato a compimento testimoniando come si possano declinare a livello territoriale sollecitazioni e indicazioni da parte della nostra Federazione Nazionale a recepire leggi dello Stato, alla buona amministrazione e alla competente rappresentanza degli Ordini Professioni Infermieristiche provinciali che presiediamo unitamente ai Consigli Direttivi.

In particolare: il testo in Braille nasce, si sviluppa, si concretizza e si stampa in Sardegna (Sassari) con particolare riguardo e attenzione alla relazione d'aiuto; i video in LIS sono realizzati da una infermiera sorda di Pavia, Lisanna Grosso, e da un infermiere di Napoli, Zena Vanacore, nato da genitori sordi ed esperto della comunicazione in LIS; gli audio sono realizzati dagli studenti delle III classi del CDL Infermieristica di Frosinone e Udine e Napoli e Sassari e Cagliari e da professionisti infermieri.

Per la pregnanza del gesto di attenzione istituzionale dedicato ai disabili sensoriali, tanto abbiamo ritenuto di destare interesse alla Presidenza della Repubblica, in funzione dei diritti dei cittadini. Grazie dell'attenzione.

*ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
Carbonia Iglesias, Bologna, Frosinone, Pavia,
Pordenone, Pescara, Ragusa, Foggia, Ancona,
Rimini, Alessandria, Napoli, Sassari e Oristano*

Florence

Un post, un tweet ed uno scatto su Instagram



Pio LATTARULO, Infermiere Dirigente delle Professioni Sanitarie – ASL Taranto – Professore a contratto di Discipline Infermieristiche – Università degli Studi di Bari e LUM – Componente del Gruppo di Studio per la Revisione del Codice di Deontologia Infermieristica (FNOPI Roma)

ABSTRACT

La filosofia morale e l'etica costituiscono un supporto prezioso per esprimere pensieri sulla complessa e scottante tematica dell'analogia tra la comunicazione digitale, in particolar modo i social network, ed il mondo sanitario. Nelle declinazioni attive di queste discipline, ovvero i Codici Deontologici, al momento non sono previste indicazioni ben espresse, se non per analogia, ma per gli Infermieri sono disponibili due documenti: le Raccomandazioni per l'utilizzo corretto ed il recentissimo Pronunciamento del Consiglio Nazionale che possono rappresentare una guida significativa.

SURREALITÀ

Esterno diretta : Con i miei coloratissimi taccuini, sono nella Villa Cento Pini, in vana ricerca di un incipit per questo scritto. Tutt'un tratto, mentre scorro annoiato la bacheca di Facebook, mi viene quasi da esclamare il pitagorico "Eureka".

Cinzia ed Antonella (fisicamente nello stesso luogo); Cinzia posta delle fotografie su Facebook e scrive : "Vedi io non solo ti taggo ma pure ti posto". Ho trovato un rapido esemplare di linguaggio digitale.. ideale per la mia riflessione. Ecco un rumore, sono foglie, alzo il capo e mi sfregio

gli occhi: ma è proprio lui, Aristotele, lo Stagirita. Aguzzando la vista, scorgo nella sua mano sinistra, al posto dell'Etica Nicomachea, un iPad!

Sarà mai possibile ? Sogno o son desto ? E' Aristotele in carne e ossa ? Evidentemente, le mie continue elucubrazioni sul rapporto tra filosofia, etica e social network mi hanno trasportato - nella migliore delle ipotesi - nel mondo onirico. Ma in fondo, Nietzsche è stato ben chiaro: il sogno si può comprendere soltanto in quanto appagamento di un desiderio. Se è vero che il sogno non sempre è piacevole, ed è foriero di un cattivo risveglio, è pur vero che - spiega il pensatore richiamandosi a Freud - la valutazione è da compiersi attraverso non già il contenuto manifesto ma con il lavoro di interpretazione.

Ma non crediate che sia la prima volta che Aristotele appare nell'era moderna ed ha contatti con la tecnologia. Difatti, " Nello studio di Porta a Porta, intanto, i filosofi osservano affascinati la frenetica attività che si dipana sotto i loro occhi durante una pausa pubblicitaria. E sì che ce ne ha messo il giornalista per spiegare loro in cosa consiste questa reclame... Aristotele, mentre conversa con l'amico Platone, non si capacita del cambiamento repentino di tutti gli addetti ai lavori dello studio televisivo e, da quell'osservatore che è,

ha intuito molto presto che, quando la luce rossa della macchina nera si spegne, tutti corrono come pazzi da un punto all'altro dello studio e fanno cose strane. "Eh sì, o Aristotele", gli spiega il divino. "Quando tutti corrono come api impazzite e la luce è spenta, vuol dire che si compie una sorta di epochè e quelli da casa non ci vedono. "Certo, o Platone, ma perché l'oratore Vespa si agita in quel modo?" e indica il conduttore che, gesticolando nervosamente, arringa un assistente reo di una grave inadempienza. "Io lo so", si inserisce Epicuro portando la mano davanti alla bocca per celare le parole. "L'oratore Vespa aveva ordinato una riproduzione di cartapesta dell'Acropoli di Atene, con tanto di Partenone da mettere nel mezzo dello studio, ma quelli non l'hanno preparata".

"Una piccola Acropoli?" chiede incredulo Platone. "Per Zeus! E a che gli serve una piccola Acropoli qui dentro?"

"Mi meraviglio di te... ma è per recitare meglio la commedia, no? Non ti ricordi più la tragedia greca?". A quel punto il divino si alza dalla sedia, va dietro le quinte per vedere con i propri occhi se questa cosa dell'Acropoli è vera oppure no. Facendosi da presso ai due contendenti, ascolta lo scambio di battute e scopre che sì, effettivamente, doveva essere portato un modello dell'Acropoli che loro chiamano "plastico" e che, per motivi misteriosi, nessuno ha fatto in tempo a preparare. L'oratore piuttosto contrariato dice di dover fare sempre le cose da sé se vuole che queste riescano" [1].

Ed allora, stropiccio gli occhi, mi rendo conto di aver vissuto un tempo indefinito in alternanza tra sonno – veglia – tranche – chissà e di aver evocato un'infinità di volte Aristotele. Vorrei partecipare ad una sua lectio magistralis mondiale sulle virtù dell'uomo, nel tentativo, probabilmente tardivo, di ricondurre l'homo digitalis alla ragione.

LO STAGIRITA IN 4G ED IL BUON USO DELLA PRATICA FILOSOFICA

"La prima volta che qualcuno si è messo a pensare il mondo, ha preso una tavoletta e ci ha di-

segnato sopra. Tutto quello che sapeva era che non lo vedeva tutto e che forse a conoscerlo non ci sarebbe mai riuscito. Anassimandro, che faceva il cartografo e il filosofo, ha deciso allora di appiattirlo su un unico piano, di ridurlo alle dimensioni che una tavola concede così da poterlo guardare. Poi sarebbe venuta la carta. Poi, il tablet" [2].

Dalla tavoletta al tablet è stato un vortice in tutti i sensi. Dopo Anassimandro e gli altri pensatori intesi come pre-socratici, venne appunto Socrate, quello che oggi definiremmo un soggetto particolare. "Bello non era e si lavava anche poco. Socrate aveva altro a cui pensare. Rifletteva, pensava, appunto. Ammaliaava giovani e vecchi con i suoi ragionamenti, e soprattutto dialogava" [3].

All'epoca di Socrate, il dialogo, con tutte le ricadute e le accuse che lo condussero poi all'infamante condanna a morte, si svolgeva nelle piazze. Al tempo, l'agorà è sempre più virtuale, frutto di azione solitaria. Una chance per uscirne, la riflessione, opera che soltanto la traduzione dell'azione filosofica in prassi quotidiana può compiere.

La filosofia, nell'immaginario collettivo, è ritenuta come la più astratta tra le discipline, molto lontana dalla quotidianità e praticata da persone che, di tanto in tanto, escono dai polverosi antri all'interno dei quali trascorrono la loro esistenza, alla ricerca di arcani da sciogliere e soltanto perché scossi dal crollar di pile di libri accatastati. Niente di più falso! "Nell'antica Grecia fare filosofia non era un lavoro intellettuale, ma un modo di impegnare la propria esistenza nel mondo indagandone ogni aspetto" [4]. Questa visione è smarrita nelle nebbie del periodo moderno; sempre più raro lo sviluppo di pensieri autonomi a vantaggio dell'omologazione indotta dall'imperante tecnocrazia. Difficile non condividere la riflessione di Emanuele Severino: "Se continuiamo a ospitare tecnologia all'interno del nostro corpo con questo passo arriveremo a modificare parti che ci caratterizzano come esseri umani, dal cervello al patrimonio genetico" [5]. La dittatura, che la tecnologia ha imposto alla nostra esistenza sino a trasformarsi in tecnocrazia, ne è la riprova costante. Quotidianamente, le cronache ci

consegnano immagini di incidenti mortali, risse, omicidi, e mille altri contesti nei quali la folla, più intontita che attonita, anziché prestarsi a separare i contendenti e adoperarsi prontamente per ridurre i danni, utilizza con istinto pavloviano il suo smartphone per immortalare la scena. Privi di ogni senso etico, della benché minima riflessione sul senso del bene, del male, di ogni costume morale!

Il nostro Aristotele, giunto dall'Altroquando, è chiamato ad esprimere la sua idea e per questa ragione, per meglio comprendere il nostro esistere, si è dotato di un tablet. Nella selva di connessioni, wi-fi, applicazioni e altre diavolerie del genere, gli viene consigliato di crearsi un profilo. Un profilo? il suo pensiero corre immediatamente al volto, al profilo greco. D'altronde, cos'è il profilo se non "l'immagine che di noi stessi conosciamo meno, eppure il disegno del nostro profilo ci rappresenta in maniera inequivocabile. Il volto di profilo, l'unico che si può disegnare con un tratto continuo, è un segno forte, essenziale ma riconoscibile" [6].

Ed è nel profilo che s'intravede l'identità, personale e professionale, e che può essere chiara ed ispirata all'esercizio delle virtù o assolutamente il contrario. E' proprio questo che il filosofo cerca di verificare, mentre dubbioso, in linea con la sua personalità, sfoglia Kindle alla ricerca della sua Etica Nicomachea. "Poco si sa del carattere e della personalità di Aristotele. Proveniva da famiglia ricca. Aveva un po' del dandy, portava anelli alle dita e teneva i capelli elegantemente corti. Soffriva di cattiva digestione, e si dice che avesse gambe lunghe e sottili. Era un buon oratore, lucido nelle sue lezioni, persuasivo nella conversazione; e possedeva un umorismo mordace. I suoi nemici, che erano numerosi, lo dipingevano come una persona arrogante e prepotente. Il suo testamento, che si è conservato, è documento generoso e premuroso. I suoi scritti filosofici sono decisamente impersonali, ma danno l'idea che apprezzasse sia l'amicizia che l'autonomia personale e che, pur essendo conscio del suo posto in un'onorata tradizione, era giustamente fiero dei propri successi. Sospetto che, come uomo,

fosse più ammirevole che amabile" [7].

I riferimenti all'amicizia ed all'autonomia personale sono preziosi, per la tessitura di una trama particolarmente complessa, qual è la comunicazione digitale e la sua valutazione e validazione etica. I social network consentono di crearci un profilo, ammesso che sia poi rispondente alla nostra identità reale e ricevere o chiedere "amicizie".

Qual è il senso di quest'amicizia? La chiave di lettura è sempre fornita dall'approccio filosofico: Ha piena ragione Jostein Gaarder che da tempo si confronta con queste tematiche. Già dai primissimi anni i bambini, avviando il confronto con i fratellini e gli altri familiari, si chiedono se sia corretta la spartizione della fetta di torta, la suddivisione dell'aiuto nei lavori domestici o emettono (inconsapevolmente) giudizi di valore morale circa l'equa distribuzione della paghetta.

Afferma Gaarder: "Di recente ho incontrato una signora americana con una figlia di 6 anni. La bambina, ascoltando il discorso del presidente americano che finiva con "Good Bless America" si è domandata perché il presidente abbia chiesto a Dio di benedire solo gli USA, e non il mondo intero" [8].

Sono domande capitali, lasciano stupiti e costringono inevitabilmente a partire per un lungo viaggio interiore, con la speranza che si spalanchi rapidamente un cassetto in qualche area cerebrale e ne scaturisca un fogliettino che contenga una risposta non di convenienza.

Gli adolescenti (e non solo) vivono due vite: una fisica ed una virtuale, stati d'animo in cui, in assenza di chiari riferimenti diventa difficile scindere l'amicizia on line dalla realtà off line. Anche perché, intendendo parlar chiaro, le problematiche legate all'odio eviscerato on line risiedono in conclamate concause off line. La creazione delle fake news, il parlare attraverso troll et similia altro non sono se non esternazioni ed amplificazioni di problematiche sociali e psicologiche già in nuce da diverso tempo. Questa diventa poi la questione di merito. Oltre alle post verità, la triste realtà delle post identità; entrambe creano squilibri e mirano a confondere le acque.

Chi non ha chiara la ragione che lo ha condotto a

“divenire” un professionista sanitario e quali sono i valori che dovrebbero sostenere le sue azioni, non farà altro che partecipare alle discussioni in maniera distruttiva e con l’aggravante del fatto che, mentre le parole volano, gli scritti restano. L’interscambio continuo, positivo, permette di ricreare digitalmente il peripato etico.

Al peripatikos “ si riferisce l’atto di camminare e, come aggettivo, ‘peripatetico’ è spesso usato per indicare itinerante, errante, in movimento. Dopo la morte di Aristotele, nacque la leggenda che egli fosse un docente ‘peripatetico’ che camminava intorno insegnando” [9].

Chi è statico, fermo mentalmente ed anche fisicamente sulle sue posizioni, convinzioni e convenzioni, non sarà mai in grado di porsi nella giusta posizione : l’ascolto ed il dialogo partecipato. L’ascolto attivo, fortemente incentivato dai codici di deontologia delle professioni sanitarie è alla base di ogni forma di comunicazione. Il senso del peripato è quello di instaurare il confronto, spesso anche vivace, nel rispetto di idee e posizioni anche quando profondamente antinomiche alle nostre. Comprensibilmente, tutto ciò stride con i propositi degli haters. L’hater è chi odia a prescindere ed esprime volatili congetture, senza conoscere le argomentazioni di cui trattasi.

“Al termine di una lezione tenuta ai ragazzi di un liceo sull’uso responsabile delle tecnologie, mi si è avvicinato uno studente e mi ha sussurrato : “ Lo sa perché noi odiamo online ? Lo sa perché parliamo con certi toni ? Lo sa perché se ora le venisse un attacco di cuore, io non mi affannerei a soccorrerla, ma la riprenderei con il telefonino e metterei il video su YouTube ? Perché ciò mi porterebbe consenso. Mi porterebbe visibilità. Mi porterebbe apprezzamento nella mia comunità. Mi porterebbe milioni di like e visualizzazione del mio video, migliaia di commenti e condivisioni. Usare un certo tono e un certo linguaggio sono i miei modi per attirare l’attenzione nell’ambiente online dove vivo almeno sei ore al giorno. Per guadagnare dei ‘mi piace’ e delle condivisioni. Un video dove io la salvo da un infarto, vale al massimo quattromila visualizzazioni. Un video dove lei muore in diretta, ne vale quattro milioni ”. Difficile

replicare, necessario prendere atto che qualcosa non è andato per il verso giusto.

FLORENCE E I SOCIAL MEDIA

Florence Nightingale teneva particolarmente al decoro e se ne rintracciano prove continue nei suoi scritti ed esempi di vita. “La sua abilità nello scrivere, brillantemente dimostrata in Notes on Nursing va attribuita alla sua educazione che fu completata principalmente sotto la guida del padre. Nella sua vita viaggiò molto e fu abile nel trattare con governanti e politici. Molti l’hanno definita un genio” [11].

Chissà oggi come Nightingale commenterebbe le varie diatribe sull’evoluzione professionale, tra un post, un tweet, la sua presenza in LinkedIn e qualche bella foto con le sue allieve su Instagram.

E’ inevitabile, per arginare tutte le problematiche, l’ingresso in campo della disciplina etica.

Pur alla ricerca di nuove definizioni, nell’arco di questo ventennale cammino in etica, continua a convincermi sempre più la seguente : “L’etica è un’attività della ragione alla ricerca del bene morale. Non è, perciò, un sistema di credenze collegato a una fede, né si riduce all’insieme di comportamenti condivisi da quelli che appartengono alla stessa cultura. Si realizza, in concreto, grazie alla capacità argomentativa che rende capaci di presentare in modo convincente le ragioni che sostengono l’una o l’altra opzione. Presentarle agli altri, ma prima ancora a se stessi” [12].

Nel riprendere contatto con la toccante surrealità con cui la filosofa ed infermiera Giovanna Zucca ha immaginato un convivio tra i Maestri del Pensiero, di cui si è parlato in precedenza, in analogia procediamo con la visione etica. L’etica non è una predisposizione d’animo, va intesa come un percorso intellettuale di Compostela contrassegnato dalle tappe e dalla fatica. E’ indispensabile analizzare compiutamente massicci tomi, e poi esporre il proprio pensiero.

L’etica vive un’esistenza propria quando attiva il suo confronto con il concreto. La matassa di lana viene dipanata attraverso l’analisi dei casi clinici, operazione per la quale sono disponibili

in letteratura una serie di teorie e ragionamenti a supporto. Tutto ciò permette di prendere decisioni etiche, la sintesi è opportuna per orientarsi in contesti nei quali la norma non è sempre chiara e neppure utile.

L'etica è disciplina da intendersi in senso proattivo. E' in continuo movimento ed è finalizzata alla riflessione sugli atti quotidiani di ciascun professionista. Questa la ragione per cui, postare foto con il volto di persone assistite o loro familiari, non è un atteggiamento etico, né lo può essere il condividere nel proprio status qualunque riferimento alla propria attività lavorativa e che porti a dare un nome ed un volto a persone a qualunque titolo coinvolte in situazioni clinico – assistenziali. Qui non ci giochiamo il profilo, ma la faccia, anche quando "Sulla rete, nei social network diventa una variabile a disposizione del soggetto la definizione della propria identità, a partire da quella di genere: mi posso fingere uomo o donna, o tutti e due, a seconda del contesto in cui mi trovo inserito; e soprattutto mi posso inventare la trama della mia storia personale come meglio mi grada, senza vincoli apparenti" [13].

E sia con il ruolo che s'intende giocare. Posso intendere la mia azione professionale con correttezza, presentandomi con la reale identità. E' allora che riesco a definirmi persona etica nella connotazione che ne dà Aristotele. Non utilizzo la rete per coinvolgere professionisti, attirandoli alla mia volontà, indicando falsi scopi.

Per fare ciò, per agire correttamente in una community virtuale, bisogna essere liberi ed indipendenti. Per interagire su tematiche professionali, dando anche opinioni che potrebbero influenzare numerosi percorsi, è indispensabile aver compiuto il cammino professionale. E' necessario avere una storia : " Senza la storia, manca la grammatica, lo spazio logico per l'istituzione dei singoli individui come soggetti, ovvero come persone non soltanto agite in senso passivo dalle proprie emozioni, ma agenti in senso attivo, capaci di strutturare in modo responsabile il proprio vissuto, capaci di vivere non secondo il ritmo temporale artificiale della ciclicità ma impostati a partire da principio reale dell'unicità dell'atto e

della tensione verso il fine" [14].

Com'è ormai palese, la comunicazione digitale necessita di riflessione filosofica ed etica, anche perché "è, altresì evidente come la rete, proprio dai soggetti con difficoltà relazionale, viene utilizzata per lanciare appelli, esprimere ciò che non si riesce a dire in contesti faccia a faccia, immettendo in rete dei veri e propri messaggi nella bottiglia, confidando sul fatto che qualcuno li raccolga e risponda " [15].

CODICI ETICI, DEONTOLOGICI E SOCIAL NETWORK

"L'etica è l'ispiratrice della deontologia; la deontologia è il veicolo dell'etica" [16]. Mi è sempre piaciuto immaginare e rappresentare queste discipline ai miei giovani studenti, come una variopinta Matrioska, in cui poi si vanno ad estrarre, dalla più grande alla più piccola, la filosofia, la filosofia morale, la morale, l'etica, la bioetica, il biodiritto ed infine, la più piccola ma non per questo meno significativa, la deontologia.

Un codice deontologico, nell'accezione semantica, è più legato all'etica kantiana del dovere. Questa connotazione diverge nei paesi anglofoni che, quanto alle professioni sanitarie, racchiudono i loro indirizzi e standard comportamentali nei codici etici. In realtà, taluni codici deontologici, nelle loro stesure più moderne, hanno uno sguardo particolarmente rivolto all'etica, alla riflessione sugli atti, che non orientati alla stretta valutazione dei comportamenti.

"Un codice deontologico esplicita i criteri di comportamento degli operatori sanitari e, pertanto, quello che il cittadino deve attendersi dal professionista. Va esplicitato il comportamento minimo considerato corretto o il comportamento ottimale? Rispondere ai bisogni dell'utente, cioè assistere, non è un comportamento particolarmente meritevole. E' parte intrinseca di una professione scelta proprio per rispondere ai bisogni di chi sta male. Tenere le proprie conoscenze aggiornate e fare ricerca non è un 'di più', ma è il minimo dovuto nei confronti delle persone per le quali si lavora. Ribadire che queste sono le scelte di una professione significa riaffermare il dovuto. Sottolineare

eccessivamente significa, come lettura estrema, portare un determinato comportamento nell'area più o meno precaria, della benevolenza di una professione" [17]. La deriva etica e morale che viene dall'utilizzo improprio dei social network, ha inevitabilmente delle ricadute nei cui confronti la deontologia può e deve porre rimedio, nella positiva ottica di accendere il lume della ragione ed in quella negativa di sanzionare i comportamenti rilevanti. Per quanto attiene alle precauzioni da adottare, e le valutazioni sul comportamento dei professionisti sanitari da compiersi, i codici al momento in vigore non ci vengono in particolare soccorso, se non per estensione del ragionamento. E', però, doveroso sottolineare che, nella maggior parte dei casi, le stesure ultime sono antecedenti all'esplosione del fenomeno social network.

La FNOPI, dopo le "Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social network" [18].

si è in questi giorni nuovamente espressa con un Pronunciamento del Consiglio Nazionale di cui si riporta questa particolarmente interessante sottolineatura : "Inoltre configge deontologicamente quando:

1. non tiene conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona;
2. non si impegna a cercare il dialogo nel caso di **conflitti determinati da diverse visioni etiche**;
3. non persegue uno spirito di collaborazione e confronto con i colleghi o con altri professionisti sanitari e non;
4. **non riconosce e valorizza lo specifico apporto degli altri attori nell'equipe**;
5. non tutela il decoro personale ed il proprio nome e non salvaguarda il prestigio della professione [19].

SURREALITA'... REWIND...

Interno diretta : Questa volta sono nel letto di casa; Gianna, Greta e Claudia dormono il sonno del giusto dopo essersi rincorse tutto il giorno e per tutta la casa. Mi auguro che dall'armadio fuoriesca nuovamente Aristotele per comunicarmi la sua riflessione sull'utilizzo dell'Ipad. Invece,

sempre scorrendo Facebook, questa volta mi appaiono le parole dell'amico Edoardo, in risposta alla chiamata in causa da parte di Paola sul ruolo online di Tizio, Caio e Sempronio : " Or dunque cari amici voi mi scomodate Aristotele nei suoi sillogismi, e il Teeteto di Platone con la sua analisi tripartita. Ma son libri desueti che si trovano in cantine umide e sconosciute. Tizio, Caio e Sempronio vivono a finestre colorate, non di dirimpetto e hanno una scatola di puntine da disegno. E le usano, con la sana incoscienza che chiedono. Ora per fermare il dolore dell'altro, ora per appuntarsi nella vita altrui, ora per fare male, ora perché il disegno altrui non cada, ora per dire di sé, ora per dire dell'altro, ora per togliere gioghi, ora per caricare sull'altro". Quanto hai ragione Maestro Edoardo! Una lezione in pochi caratteri, è proprio vero: con le nostre parole possiamo **edificare castelli o persino trulli sia in pietra che di sabbia**, tirare calci o porgere una mano, compiere dei gesti.

Riparto da qui, nell'interrogarmi, nell'evitare mosse incaute, parole che possono ferire. Voglio allenarmi a completare cruciverba positivi.

@BIBLIOGRAFIA

- [1] Zucca, G. (2012) Guarda, c'è Platone in tv! Roma: Fazi - [2] Serra C. (2017) Tabula Rasa, L'Espresso, 23.7 - [3] Massarenti A. (2006) "Socrate al concorso di bellezza" in AA.VV. - Socrate, Vita, pensiero, testimonianze. Milano: Il Sole24 Ore - [4] Fabbrichesi R. (2017) Cosa si fa quando si fa filosofia ? Milano : Cortina - [5] Taddio L. (2017) Tecnocrazia. A colloquio con Emanuele Severino, L'Espresso, 9.7 - [6] Pulvirenti E. Una linea che racchiude il volto : il ritratto di profilo. www.didatticarte.it/Blog/?p=2053 Accessed 5.12.2018 - [7] Barnes J. (2002) Aristotele. Torino : Einaudi - [8] Vastano S. (2017) Sofia nel paese dei sapienti, colloquio con Jostein Gaarder, L'Espresso, 26.3 - [9] https://it.m.wikipedia.org/wiki/Scuola_peripatetica Accessed 5.12.2018 - [10] Ziccardi G. (2017) Perché l'odio sembra più forte. Repubblica, 30.7 - [11] George J.B. (1995) Le teorie del nursing. Torino: Utet - [12] Spinsanti S. (2001) Bioetica e Nursing. Milano : McGraw-Hill - [13] Bressan L. (2012) L'avvento della rete. Riflessi antropologici sull'identità umana in Sanna I. L'etica della comunicazione nell'era digitale: Roma : Studium - [14] Bressan L. op.cit - [15] Giaccardi C. (2002) Tra il virtuale e l'immaginario. La solitudine della rete. In Sanna I. L'etica della comunicazione nell'era digitale. Roma : Studium - [16] Fedrigotti A. (1998) La scoperta dell'etica e la definizione del codice deontologico; Nursing Oggi 1:63-65 - [17] Spinsanti S. Bioetica e nursing. op.cit - [18] <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-17-articolo-207.htm>. Accessed 5.12.2018 - [19] http://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2484/FNOPI%20pronunciamento%20social%20.pdf. Accessed 5.12.2018

Convenzioni 2019

OPI Taranto

Studio di nutrizione umana

Dott. Andrea Urso

Biologo Nutrizionista Dietista

Per l'anno 2019 in convenzione con FNOPI riserverà agli iscritti OPI Taranto 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 impedenziometria

Valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici

Educazione alimentare

Elaborazione diete personalizzate (in condizioni fisiopatologiche accertate dal medico curante) per sovrappeso e obesità

Dislipidemie

Patologie dermatologiche

Celiachia e Intolleranza al lattosio

Età evolutiva

Programmi nutrizionali per sportivi nelle varie discipline

Piani alimentari per vegetariani

Studio di medicina estetica

Dr. Paolo Rosati

Il Dr. Paolo Rosati, medico estetico – Università degli studi di 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 ad OPI Taranto uno sconto del 15% su tutte le prestazioni (esenti da IVA ai sensi del DPR 633/72, art 10).

Servizi offerti

Palestra di Riabilitazione per patologie neurologiche ed ortopediche con apparecchiature all'avanguardia – Terapia strumentale: elettroterapia, ultrasuoni, magnetoterapia, onde d'urto, human tecar, idroforesi, pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale, idrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso, laserterapia tradizionale, laser terapia con n.d.yag con hiro 3.0 – Fisiokinesiterapia: riabilitazione respiratoria, riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale), idrokinesiterapia integrata all'hydrifisio; ginnastica posturale (back school, pilates, patologie della colonna, piamorfismi 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 (contatto telefonico: 099.7792891).

Fit Village

Prezzi convenzionati per iscritti OPI Taranto

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

	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 €	

Attivazione gratuita indirizzo PEC agli Iscritti OPI Taranto

Il Consiglio Direttivo ed il Collegio dei Revisori dei conti dell'Ordine Professioni Infermieristiche di Taranto ha valutato l'opportunità di attivare gratuitamente una casella personale di Posta Elettronica Certificata (PEC) per i propri Iscritti, al fine di facilitare i rapporti fra Ordine ed Iscritti, fra Iscritti e Pubbliche Amministrazioni, fra Professionisti e Cittadini con cui si trovano ad interagire per motivi professionali.

La Posta Elettronica Certificata è sinonimo di comunicazione elettronica certa in quanto permette di dare ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento tradizionale, garantendo la prova dell'invio e della consegna.

Per attivare, in maniera totalmente gratuita, un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) segui i seguenti passi:

- stampa il modulo d'ordine che segue e compilalo;
- allega ad esso copia fronte/retro del documento (carta d'identità, patente di guida o passaporto) indicato nel modulo d'ordine; tieni presen-

te che il documento di riferimento deve essere in corso di validità;

- allega copia fronte/retro del codice fiscale (tessera sanitaria).

Il modulo d'ordine e i documenti necessari per la richiesta di attivazione del servizio di PEC gratuita devono essere inviati all'Ufficio di Segreteria esclusivamente a mezzo posta elettronica.

La documentazione suindicata, prodotta in formato PDF, deve essere allegata ad una e-mail avente come oggetto la seguente dicitura **"Richiesta di attivazione PEC"** seguita da nome e cognome del richiedente ed inoltrata all'indirizzo attivazionepec@opitaranto.it.

Invitiamo i Colleghi che vorranno aderire al seguente servizio di compilare il modulo d'ordine nel modo più chiaro e completo possibile.

La non corretta compilazione, compresa la mancanza della documentazione richiesta, l'assenza di una delle tre firme e l'illeggibilità del contenuto, renderà nulla l'istanza di attivazione dell'indirizzo PEC.

Si specifica che, la parte superiore del

modulo non va compilata e firmata. Tale sezione, contraddistinta da un riquadro arancione, è infatti a cura del Partner di Aruba Pec S.p.A.

Compilare, invece, prestando particolare attenzione, i campi relativi ai propri dati anagrafici e personali.

Nel modulo d'ordine PEC, la parte relativa al Libero Professionista va completata solo nel caso in cui si è liberi professionisti infermieri, mentre la parte del Legale Rappresentante non va completata.

Apporre, alla fine del modulo, negli spazi etichettati il Cliente Partner, tre firme; si specifica che, di fianco alle firme, non va apposto nessun timbro.

L'indicazione nel modulo d'ordine di un indirizzo mail già in proprio possesso è un dato obbligatorio, in quanto sarà utilizzato per l'invio del certificato di attivazione PEC e per la comunicazione della password d'accesso provvisoria. Si raccomanda, pertanto, di scriverlo in modo chiaro, facendo attenzione ad utilizzare le lettere minuscole/maiuscole solo dove effettivamente presenti.

L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata sarà attivo entro e non oltre i 15 giorni lavorativi dall'invio dell'istanza di accesso al servizio. Riceverai sull'in-

dirizzo di posta elettronica ordinario, indicato nel modulo d'ordine, una comunicazione.

L'indirizzo PEC avrà la seguente forma ipotetica: cognome.nome@pec.opitaranto.it

Nel caso di omonimie, ossia Iscritti all'OPI Taranto con lo stesso cognome/i e nome/i, verrà introdotto un numero identificativo per differenziare gli indirizzi di Posta Elettronica Certificata.

Anche in caso di non adesione al servizio PEC gratuita offerto dall'Ordine, si ricorda che permane l'obbligo per tutti gli Iscritti di comunicare al Collegio il proprio indirizzo di Posta Elettronica **Certificata (Decreto Legge n. 185 del 29 novembre 2008, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge n. 2 del 28 gennaio 2009, all'art. 16).**

Per maggiori informazioni sul servizio di Posta Certificata PEC offerto, le regole tecniche per la formazione, la trasmissione e la validazione, anche temporale, consigliamo di consultare il sito web OPI Taranto, disponibile all'indirizzo www.opitaranto.it.

A cura del Partner di Aruba Pec S.p.A.

Compilare in Stampatello

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

Ragione Sociale

90034520735

P. Iva

Benedetta Mattiacci

Legale Rappresentate (Nome Cognome)

Timbro

Firma

MODULO D'ORDINE SERVIZI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA - Cliente Partner

Il/La sottoscritto/a, Nome _____ Cognome _____

C.F. _____ nato/a il ___/___/___ a _____ Pr. (____)

Nazionalità _____ residente in _____ Pr. (____) Cap. _____

Indirizzo _____ n. _____

Indirizzo E-Mail* _____ @ _____ Cellulare _____

Documento identità (da allegare in copia alla presente): Carta d' Identità Patente di Guida Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ___/___/___

(selezionare, se del caso, la voce che interessa)

libero professionista con P.Iva _____

nella sua qualità di titolare/Legale rappresentante della _____ con sede in _____ Pr. (____) Cap. _____

Indirizzo _____ n. _____

C.F. _____ P.IVA _____

in ragione del contratto di fornitura dei **Servizi Posta Elettronica Certificata** concluso con il PARTNER di Aruba Pec S.p.A. sopra indicato, con la sottoscrizione del presente atto, nella sua qualità di CLIENTE PARTNER

CHIEDE

alla società Aruba Pec S.p.A l'erogazione dei Servizi di **POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA** come previsti dal suddetto contratto di fornitura. A tal proposito

DICHIARA

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri e di accettare integralmente, con la sottoscrizione del presente Modulo dopo averne presa espressa ed attenta visione, le **Condizioni di erogazione Servizi Posta Elettronica Certificata - Cliente Partner - versione 2.1**, e gli altri documenti ivi richiamati, che formano e disciplinano il "Contratto" avente ad oggetto l'erogazione dei Servizi Posta Elettronica Certificata Clienti Partner.

Luogo _____, data _____

Il Cliente Partner (Timbro e Firma)

Ai sensi e per gli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le seguenti clausole delle **Condizioni di erogazione Servizi Posta Elettronica Certificata - Cliente Partner - versione 2.1**: 2) Struttura del Contratto e ordine di prevalenza; 4) Perfezionamento del Contratto; 5) Durata del Contratto e cessazione; 6) Attivazione del Servizio, erogazione, durata, rinnovo e cessazione; 8) Requisiti; 9) Caratteristiche del Servizio; 13) Obblighi e limitazioni di responsabilità di Aruba Pec; 14) Obblighi e diritti del Cliente Partner; 15) Sospensione del Servizio; 18) Ultrattività; 20) Clausola risolutiva espressa – risoluzione per inadempimento – condizioni risolutive; 21) Recesso; 23) Modifiche al Contratto e/o alle Policy Aruba Pec; 26) Miscellanea; 27) Legge applicabile e foro competente; 28) Rinvio al Manuale Operativo.

Luogo _____, data _____

Il Cliente Partner (Timbro e Firma)

Preso atto dell'Informativa fornita da Aruba Pec S.p.A., ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003 contenuta nell'art. 18 delle Condizioni di Erogazione sopra indicate, il Sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità ivi indicate.

Luogo _____, data _____

Il Cliente Partner (Timbro e Firma)

Piattaforma ECM 2019

Titolo Evento	Tipo Formazione	Inizio	Fine	Partecipanti	Crediti
"COME FORMULARE UN PIANO DI ASSISTENZA: ACCERTAMENTO, DIAGNOSI INFERMIERISTICA, NOC, NIC."	RES	1° trimestre 2019	1° trimestre 2019	30	10,7
"CURARE QUANDO NON SI PUO' GUARIRE"	RES	1° trimestre 2019	1° trimestre 2019	80	10
"INFERMIERE E OPERATORE SOCIO SANITARIO. QUALE CAMBIAMENTO."	RES	1° trimestre 2019	1° trimestre 2019	80	10
"RETI TERRITORIALI E PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI NELL'EMERGENZA IMMIGRAZIONE"	RES	1° trimestre 2019	1° trimestre 2019	80	21
"CORSO AVANZATO RIVOLTO A CPSI SENIOR (EX INFERMIERI COORDINATORI): VANTAGGI PER I CITTADINI, PER LE AZIENDE SANITARIE, PER LA PROFESSIONE INFERMIERIS"	RES	2° trimestre 2019	2° trimestre 2019	60	50
"CORSO AVANZATO RIVOLTO AGLI INFERMIERI E AGLI INFERMIERI PEDIATRICI SU "NUOVE FRONTIERE INFERMIERISTICHE: COSA BOLLE IN PENTOLA"	RES	2° trimestre 2019	2° trimestre 2019	80	50
"CORSO BASE DI TRIAGE"	RES	2° trimestre 2019	2° trimestre 2019	25	21,7
"NUOVO CODICE DEONTOLOGICO : UNO STRUMENTO PER LA BUONA PRASSI DEL PROFESSIONISTA INFERMIERE"	RES	2° trimestre 2019	2° trimestre 2019	200	3
"LA BUONA COMUNICAZIONE IN MEDICINA , FATTORE K"	RES	3° trimestre 2019	3° trimestre 2019	100	10
"ORDINE E NUOVO CODICE DEONTOLOGICO: PERCORSI PARALLELI PER LA CRESCITA PROFESSIONALE"	RES	3° trimestre 2019	3° trimestre 2019	80	10
"PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI IN ETÀ PEDIATRICA ,MANOVRE DI DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE E RIANIMAZIONE"	RES	3° trimestre 2019	3° trimestre 2019	80	10
"STRUMENTI METODOLOGICI DELLA RICERCA INFERMIERISTICA QUALITATIVA NBN"	RES	3° trimestre 2019	3° trimestre 2019	80	23
"CURARE ANCHE QUANDO NON SI PUÒ GUARIRE : CURE PALLIATIVE NELL'ADULTO E IN ETÀ PEDIATRICA."	RES	4° trimestre 2019	4° trimestre 2019	80	10
"ECG E BUONE PRATICHE CLINICO INFERMIERISTICHE :INTERPRETAZIONE, COMPETENZE, RESPONSABILITÀ . LE ARITMIE"	RES	4° trimestre 2019	4° trimestre 2019	60	14
"MONITORARE E GESTIRE LE TOSSICITÀ: CHEMIOTERAPIA , TERAPIA A BERSAGLIO MOLECOLARE, IMMUNOTERAPIA."	RES	4° trimestre 2019	4° trimestre 2019	60	10

PROPOSITI E AMBIZIONI DELL'ORDINE PER IL 2019

Continuare a far crescere la Professione

Essere punto di riferimento per gli Iscritti

Far conoscere alla Comunità tutta i valori fondanti della Professione

Far emergere la professionalità e le competenze di tutti quanti Voi

**ESSERE INFERMIERE
È UNA PROFESSIONE SPECIALE**