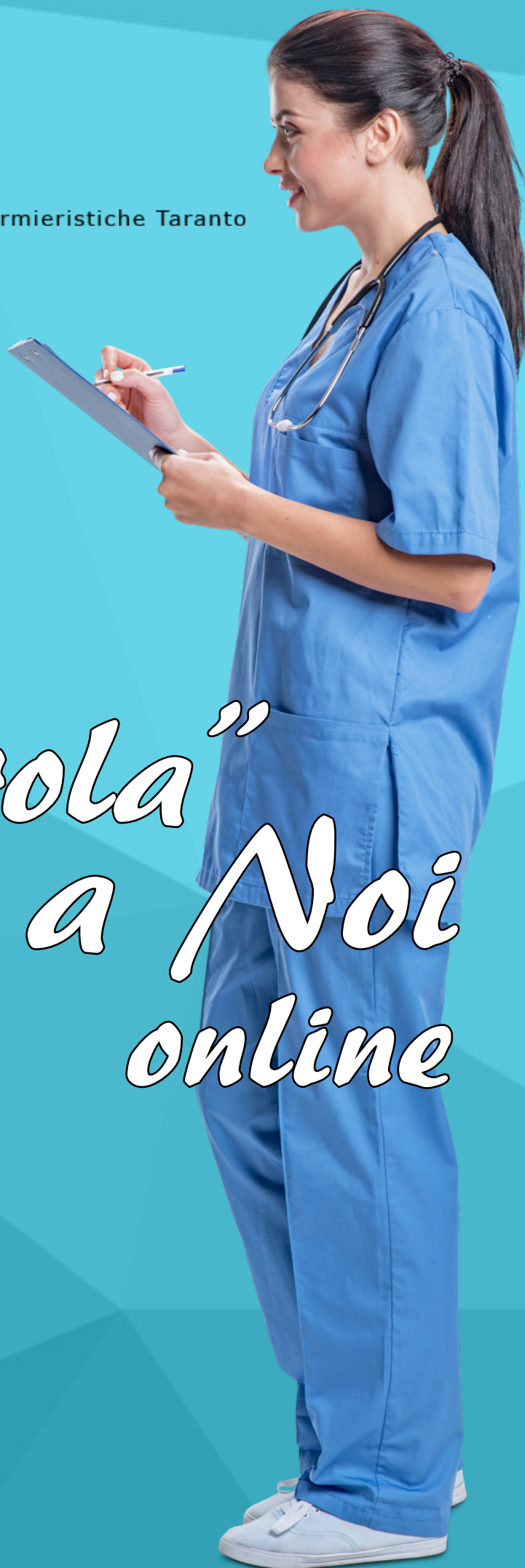


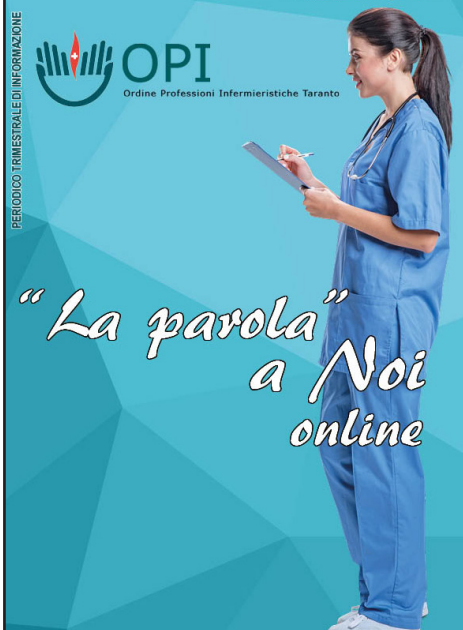


OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

*“La parola”
a Noi
online*



**Comitato di redazione**

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

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato

Cosimo della Pietà
Rossella Amoroso
Monica Cardelicchio
Andrioli Simona
Nosella Viviana
Pierpaolo Volpe
Anna Colautti - Carmela Lacatena
Claudia De Pasquale - Caterina Boccuni
Simona Romano

Impaginazione e grafica
a cura di Francesco Paolo Caforio (RSI)

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



**Questo periodico
è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana**

Sommario

Editoriale	Pag. 3
Il Codice Deontologico è realtà	" 5
Prevenzione e gestione...	" 6
Ciao Gregorio	" 15
Effetti collaterali	" 16
L'infermiere e la malattia	" 24
Sentenza n. 248/18	" 29
Teatro: finzione o realtà?	" 34
"Madlena torna a casa"	" 41
La sicurezza del paziente e dell'infermiere	" 58
OPI: violenza di genere	" 64
Vogliamo ricordarti così	" 67
Convenzioni e PEC	" 68
Codice Deontologico	" 78
Essere Infermiere oggi	" 81

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,

il recente report sui LEA ha disegnato, ancora una volta, una mappa disomogenea della Sanità italiana con **evidenti criticità del “sistema salute” ed altrettanto evidenti necessità di garantire il “bene salute”**,

due estremi di un paradosso in un contesto in cui si devono fare i conti con la riduzione dei finanziamenti, che impongono la definizione di percorsi virtuosi, la cancellazione di sprechi e inefficienze a vantaggio di servizi essenziali, efficaci, appropriati, nonché di innovazioni.

È necessario tarare l'offerta sanitaria sui bisogni, sulla tipologia di domande, partendo dall'assunto che la popolazione è sempre più anziana e presenta una complessità assistenziale che impone un profondo ripensamento delle cure primarie, in un contesto via via più critico di demografia sanitaria, criticità acuita dalla carenza cronica di Infermieri, destinata ad un ulteriore, probabile aggravio per l'esodo di professionisti con quota 100 (si stimano almeno 22.000 Infermieri in meno).

Dicevo di un doveroso ripensamento delle cure da erogare per l'emergenza nell'assistenza ospedaliera, nell'assistenza sociale e territoriale, nella medicina d'iniziativa, nella strutturazione di Case della Salute, nella riabilitazione post ospedaliera, nei modelli territoriali sulle cure intermedie del post operatorio.

Nello specifico del nostro territorio, alcuni di questi progetti ancora non sono stati realizzati, anzi, laddove si cerca di attuarli per migliorare la qualità dell'assistenza (ad esempio avere una dirigenza infermieristica autonoma per migliorare l'organizzazione del lavoro ospedale-territorio, attuando la continuità assistenziale), si incontrano resistenze, resistenze



Benedetta Mattiacci
Presidente OPI Taranto

e
d
i
t
o
r
i
a
l
e

anche quando si tenta di valorizzare le competenze acquisite con sacrifici e professionalità, altrove ricercate ed “esaltate”.

Mi fermo qui perché l’analisi dei bisogni, la conoscenza dei bisogni non ha senso se non rappresenta la fase preliminare per un’adeguata programmazione degli interventi o, almeno, per la valutazione di quanto necessario da parte dei responsabili.

Noi Infermieri guardiamo avanti.

La FNOPI, di conseguenza gli OPI provinciali, con il nuovo sistema ordinistico hanno cambiato marcia, anzi hanno una marcia in più perché non più organi ausiliari ma organi sussidiari dello Stato, quindi con potere di “fare laddove non può fare lo Stato”.

Noi Infermieri siamo il futuro, con 450.000 iscritti il nostro è l’Ordine più numeroso.

Noi siamo in prima linea nella riprogrammazione perché la nostra mission è quella di acquisire conoscenze, di potenziare capacità, di sviluppare competenze certificate, di essere attori nelle scelte di salute, di essere portatori di nuovi contenuti in una sanità in evoluzione continua, dove, comunque, sorgono nuove professioni.

Noi Infermieri ripetiamo da tempo che le competenze e le responsabilità di tutti i professionisti devono essere complementari, devono integrarsi in percorsi assistenziali condivisi, centrati sulla persona assistita e basati sulle evidenze scientifiche, guida per le decisioni. Priorità, oggi, è far funzionare il sistema, **"perché"**, come ha affermato il Sottosegretario del ministero alla Salute, Armando Bartolazzo, nel corso del recentissimo incontro con Barbara Mangiacavallo, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni Infermieristiche e con il portavoce della Federazione, Tonino Aceti, **"il primo tassello per far funzionare il sistema sarà la valorizzazione dell’infermiere di famiglia che verrà affrontata a partire dal nuovo Patto per la salute"**.

L’OPI Taranto, intanto, ha di recente partecipato ad incontri per la rete di tutte le professioni per il sistema Sanità e per essere portavoce del governo centrale nelle realtà locali al fine di una migliore gestione della Sanità stessa.

"Dovremo cercare di fare meno lobby, di anteporre gli interessi dei singoli a quelli della comunità, in una parola rendere appetibile il sistema".

13 APRILE 2019

IL CODICE DEONTOLOGICO È REALTÀ IL NOSTRO PIO LATTARULO TRA I MEMBRI DELLA COMMISSIONE NAZIONALE FNOPI

2009-2019: A dieci anni dalla precedente versione presentato il Nuovo Codice Deontologico che, recependo le istanze di professionisti, leggi e regolamenti, innovazioni, nuove competenze e nuovi percorsi formativi, fornisce agli Infermieri uno strumento per **“esprimere la propria competenza e la propria umanità”**, come ha affermato la presidente FNOPI Barbara Mangiacavalli, all’atto della presentazione ufficiale del **13 aprile 2019** a Roma.

Quasi due anni di lavoro ininterrotto, un cammino non facile, irto di difficoltà, di consultazioni, una serie di passaggi per volere della stessa FNOPI, ovvero:

1. Nomina, per la stesura del testo, di una Commissione ad hoc, composta da rappresentanti tra i più stimati e preparati della professione, tra i quali il nostro **PIO LATTARULO**, la cui competenza, le cui conoscenze, la cui capacità di crescita culturale e professionale, la cui voglia di sapere sono, a noi, ben note da anni, da quando, giovanissimo, è entrato nel Consiglio Direttivo. A lui va il **“grazie”** dell’**ORDINE delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI TARANTO** ed, in particolare della **PRESIDENTE, Benedetta Mattiacci**, dell’intero **CONSIGLIO DIRETTIVO**, del **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**.
2. Bozza sottoposta alla consultazione pubblica on line degli infermieri e di tutte le associazioni e società infermieristiche.
3. Ritorno del testo alla Commissione e agli Ordini che l’hanno riassembleato.
4. Consultazioni con giuristi, bioeticisti, associazioni di pazienti e cittadini, rappresentanze religiose, per una valutazione a tutto tondo, quindi, nuovo passaggio alla Commissione Nazionale e presentazione al ministro della Salute, organo di tutela della professione e dei pazienti. Atto finale sono stati l’analisi, il confronto durato circa 13 ore, il voto dei presidenti dei 102 Ordini provinciali che hanno sancito la nascita del Nuovo Codice Deontologico, una realtà che risponde in pieno alle esigenze del **NUOVO INFERMIERE**.





PREVENZIONE DELLE MALATTIE CR IL RUOLO DELL'INFERMIER

Dott. C
Dottore Magistra

Dott.ssa

NE E GESTIONE ONICO - DEGENERATIVE PROATTIVO E DEL CITTADINO

Cosimo della Pietà
ale in Scienze Infermieristiche

Rossella Amoroso
Infermiera

Secundo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e come riportato dal documento "Non communicable Diseases Progress Monitor 2017", le malattie cronico-degenerative, come le malattie cardiovascolari, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche, sono responsabili del 70% dei decessi in tutto il mondo.

Sulla base di questo dato, è obbligatorio soffermarsi ad analizzare ed individuare il movente responsabile, che, secondo evidenze, ricerche e studi scientifici attuali, è rappresentato da stili di vita non salutari.

Esiste una correlazione tra la scelta di stili di vita inadeguati e una condizione di cronicità, disabilità e morte prematura, che la Sanità sta provando a modificare, orientando lo scenario sociale collettivo verso la promozione e il rispetto del proprio benessere psico-fisico.

La realizzazione di questo obiettivo affronta, come

primo step, il ruolo della popolazione, la quale diviene sempre più e con maggiore consapevolezza parte attiva della Sanità e protagonista della propria salute.

Si sta puntando ad un nuovo modello assistenziale ed organizzativo, orientato alla presa in carico "proattiva" del singolo utente attraverso la collaborazione e la fusione di diverse figure professionali nell'ambito sanitario, che valutano e si prendono cura del bisogno secondo una sfera ed un'ottica multidimensionale.

In questo contesto, assumono un elevato valore gli interventi, le iniziative e i programmi di promozione da parte del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), utili ed indispensabili non solo per la prevenzione ma anche per la gestione di questa irrefrenabile epidemia mondiale.

Alla base di questo elaborato vi è lo studio e l'analisi di un problema sanitario sempre attuale e di forte impatto sociale: le patologie cronico-degenerative.

In particolare, si pone l'attenzione sulla loro prevenzione, gestione e sull'indiscussa figura dell'infermiere (care-manager), il quale, in collaborazione con altri professionisti della salute, ha la doverosa missione di aiutare la popolazione ad acquisire conoscenze, a potenziare le proprie capacità, a sviluppare un'adeguata consapevolezza, necessari per affermare le proprie scelte nell'ambito della sfera salutare.

A tal scopo, è stata condotta un'indagine tramite la somministrazione di un questionario anonimo ad un campione di individui di sesso maschile e femminile, di età compresa tra i 25 e i 65 anni, nelle sale d'attesa dei presidi ospedalieri "SS. Annunziata" e "S. Giuseppe Moscati" di Taranto, nel periodo gennaio- marzo 2018. Le domande vertevano sull'adozione dei corretti stili.

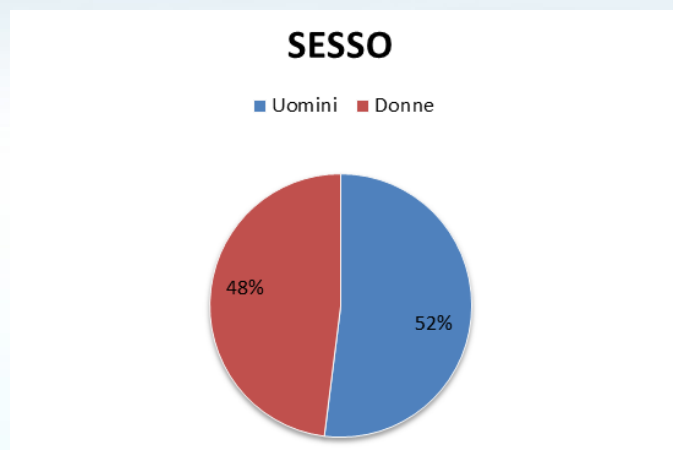
Nonostante il forte impatto sulla salute, alle malattie di maggiore interesse sociale (in particolare le malattie cardiovascolari, il diabete, il cancro e le malattie respiratorie croniche ostruttive) non viene riservata la giusta attenzione e considerazione. Il particolare interesse sociale di queste malattie è nel fatto che esse sono responsabili della maggior quota della mortalità generale, nonché delle cause di invalidità permanente, oltre a richiedere cure prolungate e costose, con un peso economico rilevante per il Servizio sanitario nazionale.

PRESENTAZIONE E ANALISI DATI

Il campione d'indagine è costituito da 100 soggetti, intervistati mediante questionario anonimo. Dall'analisi dell'oggetto d'indagine, sono emersi i seguenti dati.

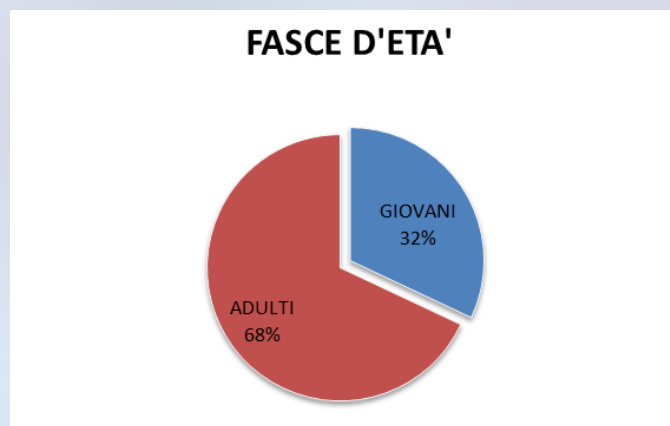
AREA - DATI GENERALI

Per ciò che concerne il sesso (Grafico 1), al questionario hanno partecipato con leggera maggioranza i soggetti di sesso maschile (52%), rispetto a quello femminile (48%).

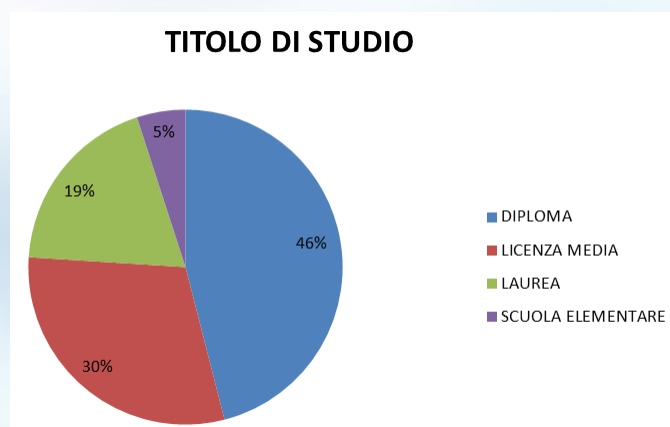


Prendendo in considerazione le fasce d'età (Grafico 2) degli utenti esaminati, è emerso che il 32% circa delle risposte appartiene ad individui tra i 25

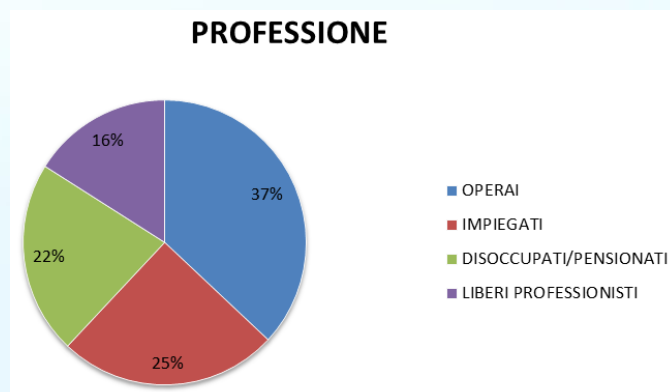
e i 45 anni, mentre il 68% è rappresentato da soggetti con età superiore a 45 anni.



Per ciò che riguarda il grado d'istruzione degli esaminati (Grafico 3), si è evinto che il 46% possiede il diploma di scuola superiore; coloro che hanno conferito il solo titolo elementare o la licenza media costituiscono il 35% mentre soltanto il 19% è rappresentato da laureati.



Per l'ambito lavorativo (Grafico 4) la classe più rappresentativa è quella operaia, la quale costituisce il 37%, il 25% sono impiegati, il 22% sono disoccupati e pensionati e infine il 16% riguarda i liberi professionisti. Quindi, tra i soggetti presi in esame prevale il lavoro manuale, rispetto a quello intellettuale.

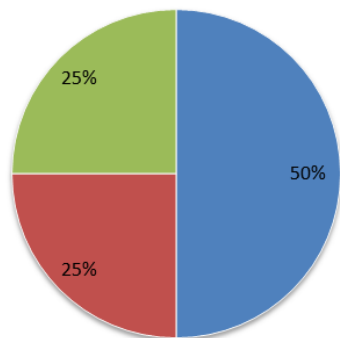


AREA - ATTIVITA' FISICA

Il tempo dedicato all'attività fisica e al movimento (Grafico 5) sembra essere limitato; infatti un quarto degli intervistati cammina meno di mezz'ora al giorno, la metà circa un'ora e soltanto il 25% svolge movimento per più di un'ora.

Per quanto tempo cammina al giorno?

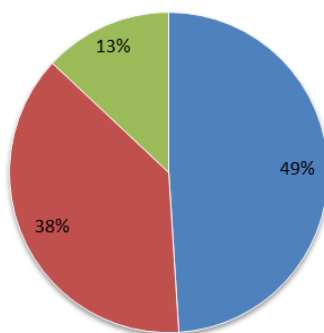
■ 60 min. ■ Più di 60 min. ■ Meno di 30 min.



Purtroppo soltanto il 13% pratica attività fisica con regolarità; il 38% la pratica in maniera saltuaria ma il vero dato allarmante è che il 49% non la pratica affatto (Grafico 6). La regolarità settimanale con la quale viene praticata è constatabile (Grafico 7), che dimostra che solo l'8% la esegue giornalmente, il 27% solo nel fine settimana e 65% saltuariamente.

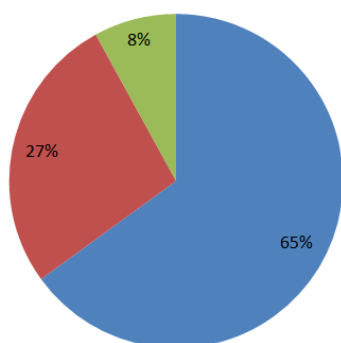
Pratica attività fisica?

■ NO ■ NON REGOLARMENTE ■ REGOLARMENTE

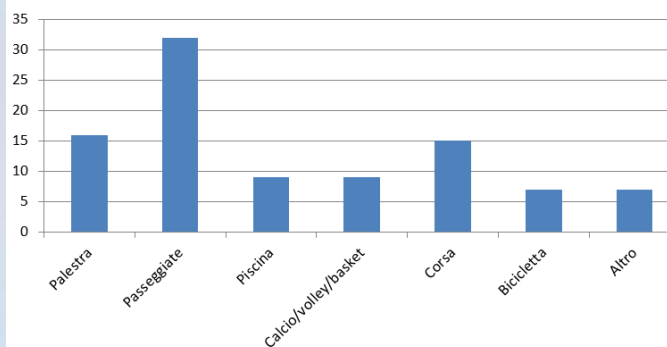


Quanti giorni a settimana?

■ ALCUNI ■ FINE SETTIMANA ■ TUTTI



Che attività fisica svolge?



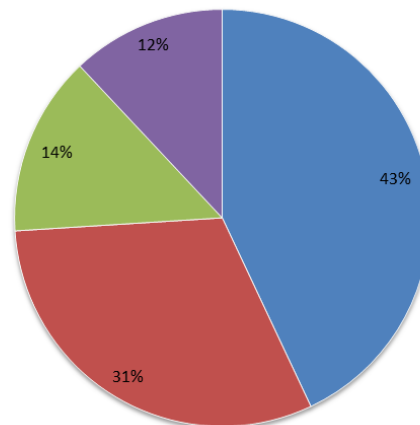
Dai dati emersi dal campione (Grafico 8) si evince che l'attività fisica più praticata è la passeggiata (32 soggetti), a seguire la palestra (16), la corsa (15), la piscina e calcio/volley/basket (18) ed infine bicicletta e altre attività sono svolte da 14 soggetti.

AREA – ABITUDINI ALIMENTARI

Spostando l'attenzione alla sfera alimentare (Grafico 9), raccolti i seguenti dati: il 14% arriva a consumare persino 5 pasti giornalieri; il 31% ne consuma 4; il 43% non supera i 3 pasti giornalieri. Altro dato significativo è che coloro i quali commettono l'errore di saltare la prima colazione ammontano al 12% e consumano soltanto due pasti al giorno.

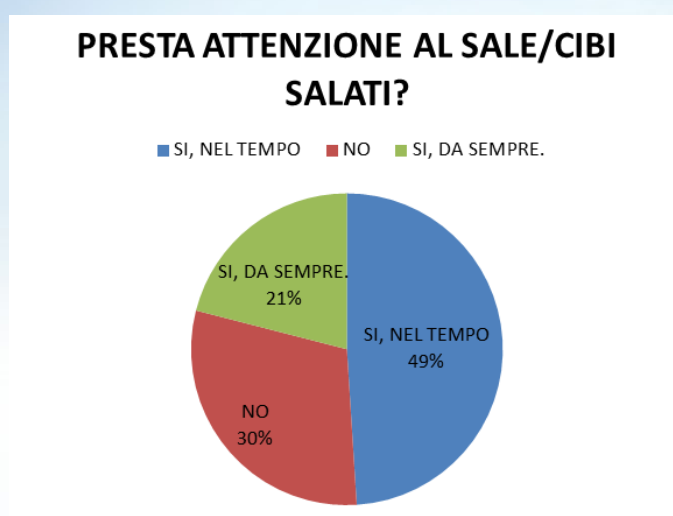
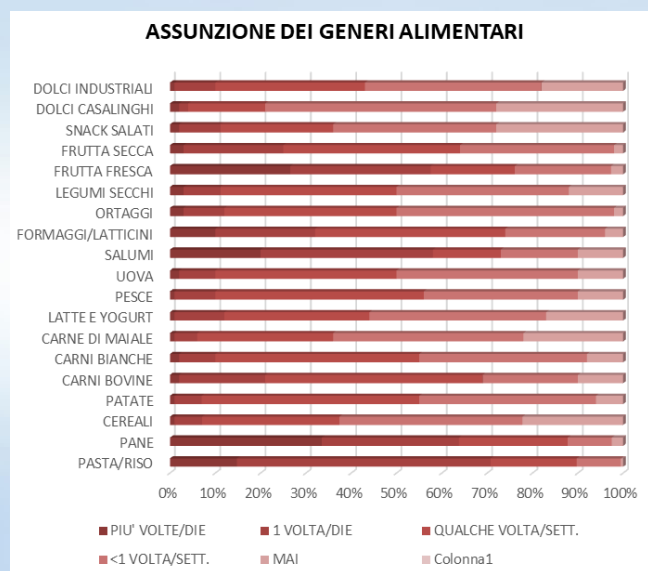
N° PASTI AL GIORNO

■ 3 PASTI ■ 4 PASTI ■ 5 PASTI ■ 2 PASTI



Un aspetto indicativo che sottolinea le abitudini alimentari dell'oggetto campione è il consumo relativo alle classi/generi alimentari (Grafico 10). I risultati richiamano l'attenzione principalmente sul cospicuo consumo di pasta, riso ma soprattutto pane; quindi conformi al regime mediterraneo. Per quanto riguarda la carne, viene consumata con più frequenza la carne rossa rispetto a

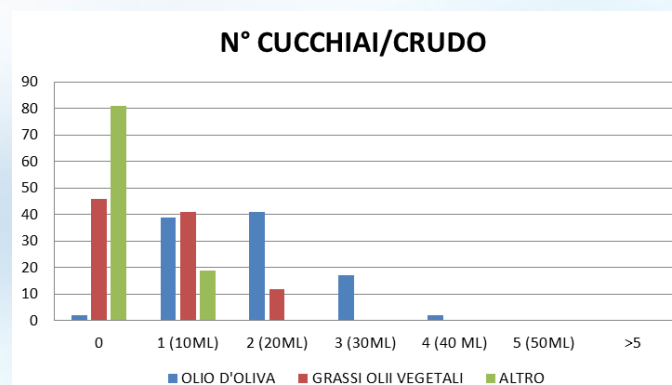
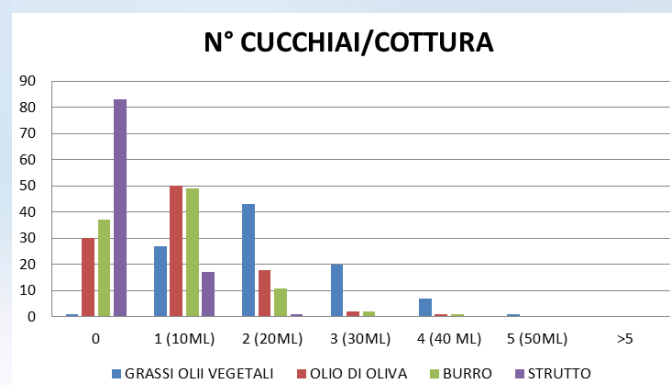
quella bianca e a quella di maiale. Il pesce viene consumato meno di una volta a settimana dalla maggior parte (47/100), lo stesso vale per yogurt e latte, i quali vengono consumati qualche volta a settimana da circa 32 soggetti su 100. Gli ortaggi non vengono consumati a sufficienza, infatti quasi il 50% degli utenti ne consuma una porzione con una frequenza inferiore ad 1 volta settimana. Fortunatamente, sono incoraggianti i dati riguardo al consumo di frutta fresca rispetto a quella secca. Infatti i risultati dimostrano che ben 30 persone su 100 la mangiano più volte al giorno. Ed infine i dolci preferiti sono quelli “home-made”, rispetto a quelli industriali che invece sono consumati dalla maggioranza (39/100) con una frequenza ridotta.



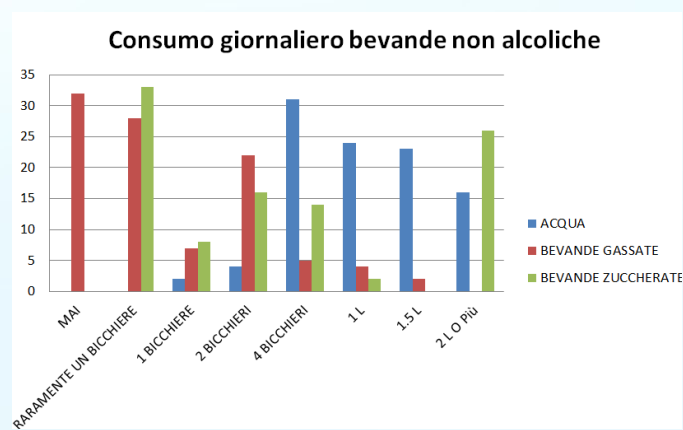
Gli esiti riguardo “l’uso del sale” (Grafico 11) non sono del tutto ottimali, in quanto ben il 30% dei consumatori non presta attenzione alla dose, la metà sostiene di aver ridimensionato, nel tempo, il suo uso e solo il 21% dichiara di averlo sem-

10 **La parola a noi on line**

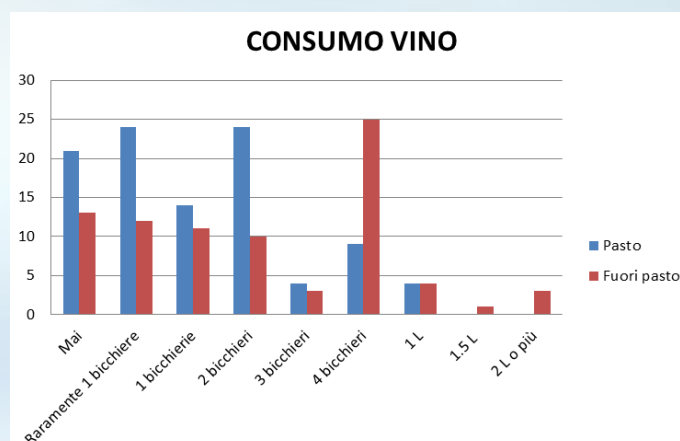
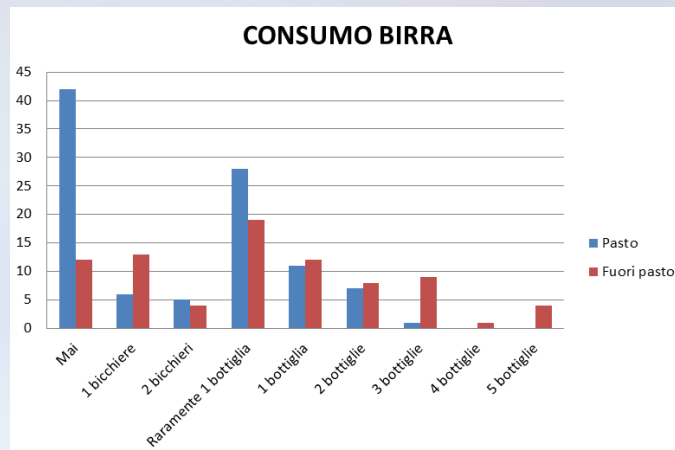
pre adoperato nelle giuste quantità. Sono risultati scoraggianti in quanto il consumo di pasti eccessivamente salati risulta dannoso per la salute, predisponendo a gravi patologie come l’ipertensione, malattie cardiovascolari e renali. Riguardo l’impiego di grassi durante la cottura dei cibi, dalle abitudini degli intervistati si deduce che lo strutto è l’alimento meno utilizzato, seguito dal burro e dai grassi olii vegetali. Il protagonista in cucina, come d’aspettativa, l’olio d’oliva utilizzato non solo per la cottura (Grafico 12) ma soprattutto per il condimento “a crudo” delle pietanze (Grafico 13).



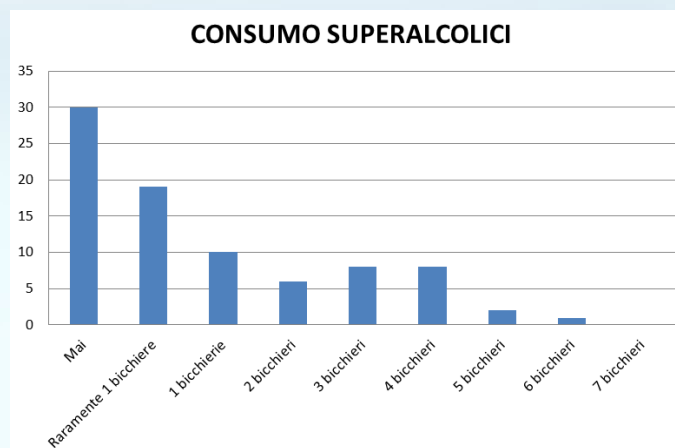
In riferimento al grafico 14 si nota che l’acqua non viene consumata nelle giuste quantità, soltanto 16 persone ne consumano più di 2 l al giorno. Coloro che ne consumano tra 1 L e 1.5 L ammontano nella totalità a 47. Le bevande gassate vengono ingerite raramente da soli 28 soggetti. Altro dato significativo è l’ingente assunzione di bevande zuccherate.



Nell'esaminare l'assunzione di alcool, è stato fatto un distinguo tra birra e vino durante e dopo i pasti. In entrambi i casi si consuma più vino che birra. In generale si rilevano dati allarmanti poiché l'assunzione di birra è pari a 3-5 bottiglie di birra nel 15% dei casi, mentre 1.5 L / 2 L di vino nel 34%. (Grafico 15 - 16).



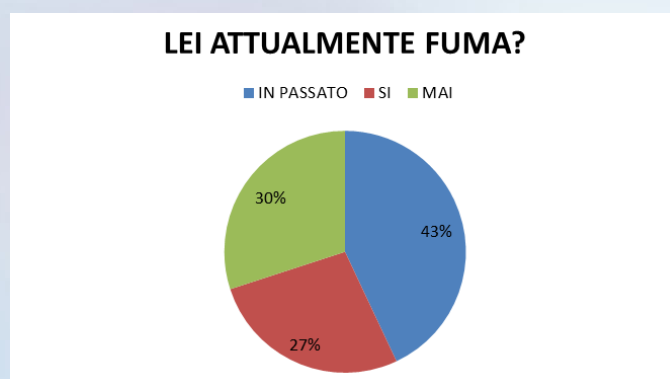
Il consumo di superalcolici (es: liquori) risulta essere nella norma, infatti la maggior parte indica di non assumerne mai o raramente si concede un bicchiere. (Grafico 17)



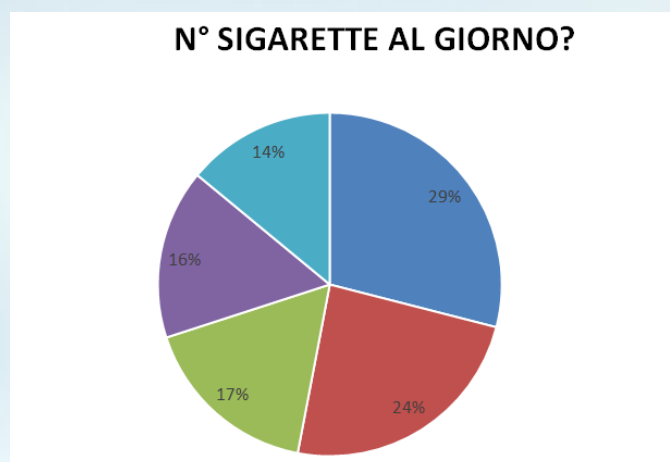
AREA- ABITUDINE AL FUMO

L'abitudine al fumo purtroppo è ancora diffusa (Grafico 18). Infatti il 70% dichiara di fumare o di

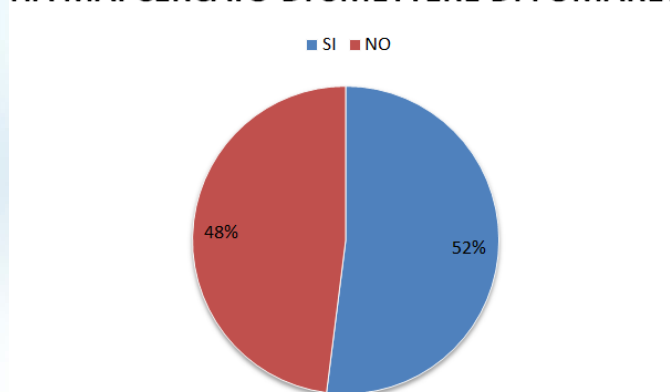
averlo fatto in precedenza, e di questi il 43% conferma di farlo attualmente. Mentre solo il 30% ha rilasciato di non aver mai avuto questa abitudine.



La maggior parte (29%) di coloro che consumano tabacco hanno dichiarato di fumare al giorno da 16 a 20 sigarette, mentre solo il 14% ne fuma meno di 5 al dì. Dati che confermano quanto sia ancora fin troppo radicata l'abitudine al fumo. (Grafico 19)



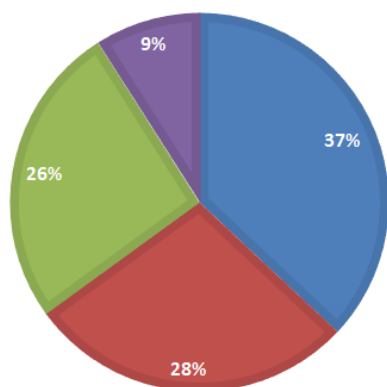
HA MAI CERCATO DI SMETTERE DI FUMARE?



Nonostante il vizzo della sigaretta, più della metà degli intervistati ha dichiarato di aver cercato di smettere di fumare (Grafico 20), ma la maggioranza di questi (30%) afferma che ha resistito per meno di un anno, mentre solo il 9% è riuscito ad astenersi per circa e non oltre i tre anni (Grafico 21)

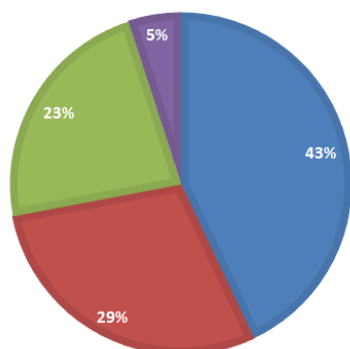
PER QUANTO TEMPO?

■ MENO DI UN ANNO ■ 1 ANNO ■ 2 ANNI ■ 3 ANNI



HAI MAI ASSUNTO PSICOFARMACI?

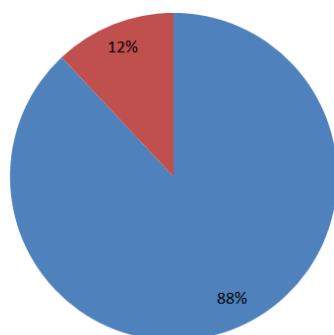
■ NO ■ PER 3 SETTIMANE O PIU' ■ OCCASIONALMENTE ■ PER MENO DI 3 SETTIMANE



Gli esiti rilevati per ciò che concerne l'assunzione di psicofarmaci, il grafico 22 dimostra che circa il 57% del totale intervistato ha ricorso al genere degli psicofarmaci e di questi il 23% in maniera occasionale, il 29% per circa tre settimane, il 5% per meno di 3 settimane.

USO DI STUPEFACENTI

■ CANNABIS ■ EROINA - COCAINA - SOSTANZE ALLUCINOGENE



La restante parte pari al 43% ha dichiarato di non averne mai assunto. Il consumo di stupefacenti (eroina, cocaina e sostanze allucinogene) appare fortunatamente limitato, mentre l'88% degli utenti, soprattutto con età < a 30 anni ha dichiarato di aver fatto almeno una volta nella vita uso di can-

12 **La parola a noi on line**

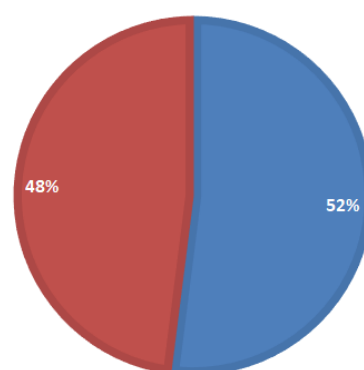
nabis (Grafico 22). In questo caso però, i dati potrebbero essere non fortemente attendibili per una personale tutela, in relazione al quesito posto.

AREA – STATO DI SALUTE

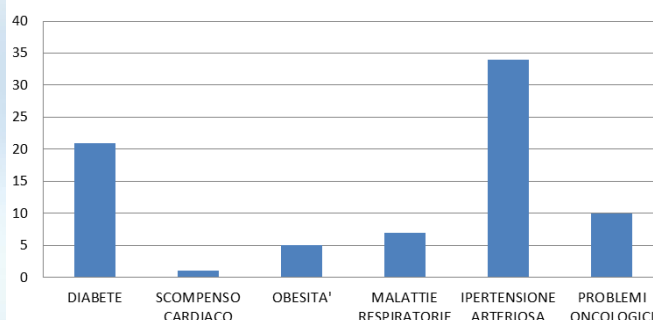
Dal grafico sopracitato (23), si può ben immaginare lo scoraggiante risultato che riguarda la percentuale (52%) di individui affetti da patologie croniche, quali soprattutto: ipertensione arteriosa, seguita dal diabete (Grafico 24), che hanno come principali fattori predisponenti la sedentarietà e la scorretta alimentazione.

MALATTIE CRONICHE/DI LUNGA DURATA

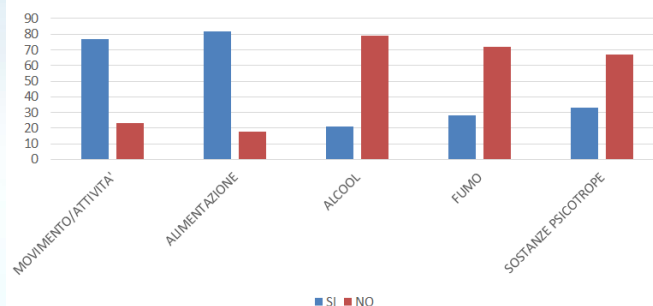
■ SI ■ NO



Da quale malattia cronica è affetto/a?



Vorrebbe consigli da un professionista riguardo a..?



Al termina, mediante l'ultimo quesito (Grafico 25), i partecipanti hanno potuto esprimere la loro volontà nel ricevere informazioni riguardo precise tematiche, nell'ordine:

1. Alimentazione;

2. Attività fisica;
3. Sostanze psicotrope;
4. Fumo;
5. Alcool.

RIEPILOGO E COMMENTO DATI

Attraverso l'analisi e l'elaborazione dei dati si può denotare come le abitudini e le scelte adottate dalla popolazione siano, per la maggior parte, contrastanti con le linee guida redatte dall'OMS e con i consigli delle diverse campagne nazionali, le quali esortano ad eleggere stili di vita sani, finalizzati alla promozione della salute.

I campioni rappresentativi dell'oggetto d'indagine, con età compresa soprattutto tra i 40 e i 65 anni, affermano di dedicare poca importanza e troppo poco tempo al movimento e all'esercizio fisico, il tutto associato ad un'alimentazione squilibrata basata sull'assunzione errata di alimenti, sia nella quantità che nella qualità, aumentando in questo modo la predisposizione degli stessi a patologie importanti e intensificando gli effetti di patologie cronico-degenerative già instauratesi. Infatti, dall'analisi dei risultati è emerso che le patologie croniche di cui sono già affetti gli utenti, sono, in ordine decrescente: ipertensione arteriosa, diabete e problematiche oncologiche.

A tavola le carni bianche e gli ortaggi vengono sostituiti da cibi ad elevato contenuto calorico come pasta, pane e salumi; anche l'assunzione di acqua è sotto la corretta soglia minima (2 L/dì), senza tralasciare il considerevole piacere di accompagnare i pasti con bevande zuccherate e bevande alcoliche. Il dato incoraggiante è l'assunzione della frutta fresca, che sembra non essere oggetto di rinuncia da parte dei candidati.

Altro dato significativo è la sempre attuale e radicata abitudine del fumo. Infatti, nonostante le innumerevoli campagne nazionali pubblicitarie contro il fumo (es. Campagna italiana contro il tabagismo 2018 **“Chi non fuma sta una favola”** a cura del Ministero della Salute), il sondaggio sottolinea una buona percentuale di soggetti (complessivamente pari al 70%) che fuma o che ha fumato precedentemente, il 43 % conferma di continuare a farlo e solo il 30% ha dichiarato di

non aver mai fumato.

Inaspettato è il dato relativo al ricorso di psicofarmaci: più della metà (57%) ha ammesso di averne fatto uso e questo sottolinea la forte presenza tra la popolazione di patologie a carico del sistema nervoso, che può, in qualche modo, riflettere lo scenario di una società stressata, frenetica destinata sempre di più a fare i conti con ritmi di vita insostenibili.

L'ultimo quesito posto agli utenti riguardava la volontà di ricevere informazioni da un professionista su precise tematiche, al fine di correggere comportamenti di vita scorretti. La maggioranza si è dimostrata interessata soprattutto all'alimentazione e alle modalità/benefici di una corretta e regolare attività fisica.

In definitiva, dai dati emersi riteniamo sia di fondamentale importanza affrontare la situazione mediante precisi e diretti interventi, finalizzati a sensibilizzare maggiormente i cittadini, mirando al miglioramento dello stato di benessere collettivo e alla drastica riduzione delle temibili ed infauste conseguenze salutari.

*Questo studio ha cercato di rispondere alla domanda: **“Quanta importanza e tempo dedichiamo alla nostra salute?”**, in particolare si è cercato di capire se la società adotta degli stili di vite sani, è stata condotta un'indagine attraverso l'utilizzo e la somministrazione di un questionario anonimo, redatto per esaminare la condotta di vita dei singoli utenti, riguardo diverse sfere (alimentazione, attività fisica, uso di sostanze psicotrope e dannose come il tabacco e l'alcol). Questi questionari sono stati distribuiti a circa 100 persone, creando in questo modo un campione rappresentativo della fascia di età (25-65 anni) presa in esame. Le risposte ai questionari hanno mostrato l'esistenza di un'alta percentuale della popolazione esaminata che non presta attenzione alla propria salute, assumendo fattori comportamentali fortemente nocivi: alimentazione squilibrata e*

basata principalmente su alimenti grassi e iper-calorici, abitudine del fumo ancora così tanto radicata e un ricorso, abbastanza importante, alle sostanze psicotrope.

Questo risultato conferma un panorama salutistico ancora infermo e antiprogressista, nel quale c'è bisogno di figure istituzionali e sanitarie che sensibilizzino ulteriormente la società, per realizzare un obiettivo che sembra essere ancora utopistico, ma che in realtà dovrebbe essere il nostro primo obiettivo: la salute. Il risultato ottenuto dal lavoro di ricerca rispecchia il quadro sociale dei nostri giorni, nel quale la salute, nonostante sia ritenuta da tutti indispensabile per la crescita e lo sviluppo globale della società e sia considerata condizione basilare per il benessere del singolo individuo e delle popolazioni, non ha ancora una equa distribuzione nella comunità.

Le malattie cronico-degenerative, a causa del loro grave impatto socio-economico, necessitano di ulteriori implementazioni di strategie internazionali e nazionali, con un approccio trasversale, multisettoriale ed innovativo rivolto prevenzione e alla cura. Un valido strumento per modificare il copione di questo drammatico lungometraggio di cui siamo, da tempo, vittime e negligenti spettatori, è rappresentato da solidi e concreti inter-

venti di promozione ed educazione sanitaria, dettati dal profilo di un importante quanto attuale documento di riferimento per lo sviluppo di politiche orientate alla salute: la Carta di Ottawa (1986). È necessario intervenire, sensibilizzando e incentivando i cittadini a stili di vita sani, all'adesione a programmi di prevenzione primaria, ad esami preventivi ed anche alle tanto attualmente discusse vaccinazioni, che al contrario di quanto si può erroneamente pensare, sono presidi sanitari indispensabili nella lotta contro le patologie croniche. Serve una vera e propria rivoluzione culturale, che abbia come obiettivi il benessere personale e collettivo e la riduzione della spesa sanitaria che viene alquanto assorbita per circa l'80% da questo triste scenario, che mette sempre più a dura prova tutte le nazioni, anche quelle più privilegiate. Nel settore sanitario un interprete indispensabile per il potenziale raggiungimento di questo traguardo è senz'altro l'infermiere, che in collaborazione con altri professionisti sanitari, grazie alle sue competenze e all'adozione di strategie di empowerment, self-management e di educazione sanitaria, può risanare la qualità della vita, attraverso la promozione di stili di vita migliori, e salvaguardare una buona prospettiva di vita rivolta a tutte le fasce d'età, specie le più vulnerabili.

BIBLIOGRAFIA

Compendio di Medicina Interna (Ferrara, Camera, D'Agostino, Marotta, Mormile, Sofia, Tritto)
Vivere sani - Guida visuale per conoscere il nostro corpo e mantenerlo in salute (Giunti Editore)
Brunner Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica vol.1 (di Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever)
Il manuale della salute per tutta la famiglia (Editore: Springer-Verlag Italia / Raffaello Cortina)
Igiene (Monduzzi editoriale)

SITOGRAFIA

<http://www.salute.gov.it/i>
http://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=49960mgs/C_17_pubblicazioni_1206_allegato.pdf
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2087_allegato.pdf
<http://www.aspp-prevenzione.it/MSP-I/ASPP2013-CRISTAUDO.PDF>
<http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/DocMondo.asp>

CIAO GREGORIO, GIÀ CI MANCHI!



"Gregorio, ti abbiamo conosciuto che eri già all'interno dei Revisori dei Conti dell'allora Collegio IPASVI di Taranto. Sei rimasto con noi per tanti anni fino a quando non sei diventato Consigliere del tuo Comune privandoci del tuo apporto. Con tantissimo equilibrio sei riuscito a dirimere dissidi e incertezze di noi, appena agli inizi di questa grande avventura, e, anche da lontano, hai continuato a seguirci, ad avere fiducia in ciò che facevamo.

E' stato un piacere conoscerti ed apprezzarti. Ciao Gregorio."

Il Consiglio dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche - TA

"A me, allieva infermiera, hai insegnato tanto. A noi infermieri hai trasmesso le tue competenze, facendoci lavorare in serenità: ci tenevi davvero tanto che gli infermieri fossero rispettati per la loro professionalità. E tu per primo ci hai rispettati da collega e sei sempre stato una persona affidabile".

Anna Maria Spennato (U.O. Malattie Infettive Taranto)

"Di lui non posso che dire poche parole: molto organizzato, responsabile, curava e rispettava molto l'amicizia, sempre disponibile, pronto ad aiutare quelle persone che erano in difficoltà, cercava di risolvere i problemi utilizzando tutti i mezzi a disposizione".

Lucia Cafagna e Mary Zaccaria (U.O. Neurochirurgia Taranto)

"Altruista e amico di tutti".

Rossetti Florenza (U.O. Chirurgia Generale Manduria, TA)

"Ci tenevi al tuo personale, attento ai nostri problemi e disponibile con i pazienti".

Maggi Natalizia (U.O. Chirurgia Generale Manduria, TA)

INFORMAZIONE AL BAMBINO ON SUGLI EFFETTI DELLA PER R



BACKGROUND - La malattia oncologica in età evolutiva è universalmente riconosciuta come una grande fonte di disagio emozionale per il bambino, la famiglia e l'equipe curante. La maggioranza delle malattie tumorali nel bambino hanno caratteristiche clinico-biologiche aggressive. L'incidenza complessiva maggiore si ha nel primo anno di vita, quindi inizia a diminuire dopo il primo quinquennio. La categoria in assoluto più rappresentata è data dalle **leucemie**, che assieme ai **tumori cerebrali** e i **linfomi**, andranno a costituire circa i due terzi di tutte le neoplasie. Il restante terzo è costituito da **tumori solidi** (di varia natura) [1]. Senza dubbio è un evento critico che evoca sofferenza ed angoscia. Accanto alla primaria e imprescindibile esigenza di cure fisiche, appare importante anche la necessità di un sostegno sul piano psichico, in quanto la mente rischia di essere totalmente occupata o schiacciata dal pensiero e dal peso degli eventi fisici. La malattia oncologica configura per il bambino e per i genitori un'occasione di crisi, più o meno intensa e prolungata, in rapporto al **dato di realtà** (gravità, curabilità, evoluzione) [2], alle risorse individuali, all'aiuto ricevuto, ivi compreso l'accompagnamento (delle implicazioni emotive) e l'esperienza garantiti dall'equipe.

COLOGICO COLLATERALI CHEMIOTERAPIA IDURRE L'ANSIA



Dott.ssa Monica Cardellicchio

Infermiera Distretto Unico ASL Taranto

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Il tumore, al giorno d'oggi, rappresenta il prototipo mitizzato della malattia mortale, che determina un impatto emotivo senz'altro più intenso e profondo di altre malattie ugualmente a esito letale.

Questo **“messaggio di morte”**, che viene evocato al solo udire la parola tumore, di per sé già così inaccettabile e innaturale in età evolutiva, risulta più spaventoso, in quanto viene vissuto come uno stato di estrema impotenza, generato dalla difficoltà di sostenere **“la consapevolezza del divenire dell'esistenza umana dalla nascita alla morte”** [3]. Ciò è inscritto in un contesto socio-economico culturale (quello occidentale classico), che è teso a bandire il più possibile dalla vita quotidiana la realtà della fine individuale. In relazione al proprio assetto emotivo interno, che si diversifica soprattutto in base all'età, la condizione di malattia nel bambino può essere vissuta o come un **evento**

aggressivo esterno, che minaccia la propria incolumità ed è insopportabile nel suo aspetto di tortura e/castigo (per colpe reali e/o fantastiche), o come una **situazione di perdita** rispetto alla propria identità e integrità con il conseguente timore di una compromissione dei propri rapporti, che può portare a sostenere dolorosi sensi di solitudine. Entrambe le situazioni sono comunque caratterizzate dalla presenza di un'intensa **sofferenza** collegata soprattutto alla paura del dolore e della morte. Può ritrovarsi, ad intensificare questi sentimenti di **solitudine**, il configurare la situazione di malattia come una condizione di diversità (non tanto a livello fisico ma soprattutto a livello emotivo), che in alcuni casi va a delineare una dimensione quasi "aliena", senza la possibilità di incontro e di scambio con gli altri "esseri umani" [4]. Accresceranno così sentimenti, oltre che solitudine anche di **incomunicabilità** e di **esclusione**, che potrebbero sfociare in atteggiamenti di **profondo isolamento** e di **dispotismo assoluto**. Allo stesso tempo, in rapporto alla condizione di bisogno reale di cure, si delimita uno stato di dipendenza emotiva che può persistere, disturbando l'acquisizione di una progressiva autonomia, che è invece uno degli obiettivi primari del percorso di crescita. Tutto questo può innescare reazioni di **disperazione**, **confusione**, di **rabbia** o viceversa di **negazione** ma anche parallelamente, suscitare **desideri di salvezza**. In effetti, la maggior parte dei tumori, può aprire speranze realistiche, ma senza certezze. Questa condizione di precarietà a livello individuale, è fonte di difficoltà nel bambino, che trova difficoltoso sostenere tale incertezza. E da qui, il suo stato emotivo tende ad oscillare tra la **disperazione**, **illusione** e **confusione**. L'ospedalizzazione in età pediatrica, è una serie di esperienze che possono esser fonte di traumi, più o meno evidenti, che mettono a dura prova le capacità individuali di adattamento del bambino, portando anche a conseguenze negative di carattere psichico. Tali esperienze possono essere legate principalmente a [5]:

- all'impreparazione del bambino ad una situazione traumatizzante (a seconda dello svilup-



po neuro-psico-emotivo),

- alle pratiche diagnostiche e terapeutiche.

Nella situazione di non comunicazione, ogni intervento terapeutico, in quanto improvviso e non preannunciato, sarà sentito come un'**intrusione aggressiva**, che indurrà nel bambino, oltre a sentimenti di **rabbia** e d'**intolleranza**, anche **"la convinzione di vivere una realtà spaventosa, di fronte alla quale tutti scappano"** [6]. Quindi i bambini provano invece un vivo desiderio di sapere, per poter fronteggiare la propria situazione e ridimensionare paure e fantasie, anche perché, sembra, non sia solo il male che li preoccupa, ma anche la sorpresa di non sapere prima ciò che li capiterà. Il "non sapere ufficialmente", per tutta la durata della malattia, favorirà nei piccoli pazienti, vissuti persecutori nei confronti dell'ospedale e del personale, con il derivante rifiuto della terapia e/o intervento. La non comunicazione (della malattia) col bambino, da parte dell'equipè curante è di solito accettata, spesso anche esplicitamente pretesa da parte dei famigliari, come se in loro fosse presente la fantasia di esorcizzare la realtà con il silenzio. Ricadrà così ai genitori il doloroso compito di annunciare tutto quello che non si può proprio non dire (es. un intervento mutilante). Ma nell'equipè curante, si è vista la necessità di instaurare una comunicazione sia con i piccoli pazienti che con i genitori, a partire dalla diagnosi, superando la consuetudine di investire i genitori del compito d'informare il bambino, nel tentativo di evitarne la sofferenza. Questo potrà avvenire in modo flessibile, per rispondere alle esigenze di ogni singola situazione. Un colloquio iniziale con i genitori (con il medico curante, il neuropsichiatra infantile e/o psicologo),



dando informazioni semplici e chiare sulla specifica affezione e il trattamento, sarà fondamentale per pensare, assieme a loro, a come affrontare la nuova esperienza sia sul piano concreto (es. organizzazione familiare, organizzazione del lavoro, organizzazione dell'iter scolastico del figlio,...etc) sia sul piano psico-emotivo (es. ascoltando quello che desiderano in quel momento, ascoltando le loro paure/preoccupazioni,...etc). Si concorderà con loro anche la comunicazione col bambino, con modalità di volta in volta decise considerando l'età del paziente, la sua personalità, le sue conoscenze e fantasie in merito alla malattia, il suo desiderio di sapere, alla capacità di recepire le spiegazioni e all'atteggiamento dei genitori stessi. Questo senza seguire regole rigide né di tempo e né di modi. L'avvio di una comunicazione corretta e sincera rispetto allo svolgersi dell'esperienza consentirà al bambino, secondo un suo cammino naturale, di approfondire gradatamente la caratterizzazione della sua situazione. A questo tipo di compito, partecipa attivamente il personale infermieristico, il quale potrà seguir meglio un bambino che conosce la propria malattia, perché **“sa come parlargli e può consolarlo se piange o è depresso”** [7].

L'apertura alla **condivisione del dolore**, fa sì che il personale infermieristico (e l'equipè) accolga il bisogno di esprimere la sofferenza presente nel bambino (es. il loro pianto verrà considerato come una normale manifestazione del dolore sia fisico che mentale). Possono manifestarsi anche **protesta** e/o **delusione**, se il bambino sperimenta che proprio chi si “occupa” di lui, non lascia uno spazio di incontro per esprimere le proprie ansie e chiarire i dubbi. L'iter terapeutico è

un elemento di protezione contro la malattia (agirà come un fattore positivo sul piano psicologico), ma può indurre una condizione di **dipendenza** dall'ospedale e di **precarietà** della propria vita, notevolmente **ansigena**. L'ospedale potrà quindi esser fantasticato come il posto che da un lato tiene in vita, ma dall'altro imprigiona, e dove ci si sente aggrediti; verranno così provati dal bambino, sentimenti di **rabbia** e **aggressività**. Se nella routine quotidiana, prevale nel bambino il sentimento di essere non curato ma aggredito, si determinerà in lui un atteggiamento di **chiusura**, **rifiuto** e **disperazione** (es. su uno sfondo di silenzio ostile, al momento delle pratiche medico-infermieristiche, si delineano scene di ribellione e/o pianto). Tutta questa serie articolata di reazioni ed emozioni, possono esser influenzate sia dal livello dello sviluppo **psico-affettivo-relazionale** [8] e del **concetto di morte** [9] (che variano a seconda dell'età), e sia dai meccanismi di difesa adottati inconsapevolmente, per far fronte all'angoscia, al senso di solitudine e abbandono.

OBIETTIVI E METODO - Data la rilevanza dell'argomento che comporta un'adeguata valutazione e gestione di una comunicazione ed informazione corretta e sincera ai piccoli pazienti e alle famiglie nel reparto e nei day hospital di oncologia pediatrica, si è deciso di effettuare una ricerca bibliografica su PubMed ,

Cochrane Library e Google scholar, attraverso un'accurata selezione e analisi degli articoli reperiti, ponendo dei limiti riguardanti la tipologia di studio. Le parole chiave utilizzate sono: anxiety chemotherapy, child, cancer, information on chemotherapy nurse, side effects of chemotherapy, anxiety in the child combinate tra loro attraverso l'operatore booleano **AND**. La strategia di ricerca ha permesso di trovare su PubMed un totale di dieci articoli , di questi solo tre articoli sono stati considerati pertinenti alla domanda di ricerca. Su Cochrane Library sono stati trovati otto articoli, di questi però solo uno è stato considerato pertinente all'argomento. Su Google scholar invece, sono stati trovati due articoli pertinenti all'argomento.

FACETS ANALYSIS - Individuato l'argomento di interesse, è stato necessario analizzare attentamente i possibili aspetti e contenuti da prendere in considerazione.

Molto utile si è rivelato l'uso del sistema (PICO) "Facets Analysis" che aiuta a focalizzare gli elementi considerati importanti per la ricerca. La tabella che segue mostra in quale modo è stata condotta questa analisi.

<i>Popolazione</i>	<i>Intervento</i>	<i>Comparazione</i>	<i>Outcomes</i>
Bambino Oncologico cui viene praticata chemioterapia e altro	Informazione da parte del personale infermieristico sugli effetti collaterali della chemioterapia		Ridurre l'ansia nel bambino oncologico

OBIETTIVI E METODO - La ricerca ha prodotto sei articoli i quali sono stati tutti ritenuti inerenti all'argomento di ricerca.

Autori	Titolo dell'articolo	Rivista/Altro
Silva FM, Jacob E, Nascimento LC.	Impact of childhood cancer on parents' relationships: an integrative review.	J Nurs Scholarsh. 2010 Sep 1;42(3):250-61.
Månsson ME, Björkhem G, Wiebe T.	The effect of preparation for lumbar puncture on children undergoing chemotherapy.	Source Department of Pediatrics, General Hospital, Helsingborg, Sweden.
Rita Ranmal ² , Megan Pictor ¹ , J Tim Scott ³	Interventions for improving communication with children and adolescents about their cancer	Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD002969. DOI: 10.1002/14651858.CD002969.pub2.
Ishibashi, Akiko MN, RN	The Needs of Children and Adolescents With Cancer for Information and Social Support	Cancer Nursing: February 2001 - Volume 24 - Issue 1 - pp 61-67 Articles
Mariann Hedström, Inger Skolin and Louise von Essen	Distressing and positive experiences and important aspects of care for adolescents treated for cancer. Adolescent and nurse perceptions	European Journal of Oncology Nursing Volume 8, Issue 1, March 2004, Pages 6-17
Ann Marie McCarthy, RN, PhD, PNP, Valerie A. Cool, PhD. Maria Petersen, RN, MA, PNP, Debra A. Bruene, RN, MA	Cognitive Behavioral Pain and Anxiety Interventions in Pediatric Oncology Centers and Bone Marrow Transplant Units	

ANALISI DEI RISULTATI - Nel primo articolo sono emersi cinque temi: l'ansia nel bambino in chemioterapia, cambiamenti nella relazione con i genitori durante la traiettoria di malattia del bambino, difficoltà di comunicazione tra le coppie, differenze di genere nello stress dei genitori e di adattamento alla nuova situazione, difficoltà di comunicazione del personale infermieristico con il bambino e la famiglia. In questo articolo si evidenzia come gli operatori sanitari devono promuovere il dialogo e incoraggiare i genitori a esprimere i loro sentimenti, devono cercare il sostegno reciproco, e stabilire una collaborazione nel trattare la malattia del loro bambino, cercare quindi complicità con il bambino per acquistare quella fiducia che serve durante tutto il trattamento. Tale articolo pertanto, sottolinea l'importanza della preparazione degli operatori sanitari.

Nel secondo articolo lo studio è stato condotto presso l'Ospedale Universitario di Lund, in Svezia, ed è stato sviluppato un programma di preparazione per i bambini sottoposti a punture lombari durante la chemioterapia per la leucemia o il linfoma. Tale studio è stato effettuato per determinare se un programma di preparazione per i bambini prima del trattamento ridurrebbe la loro ansia e migliorerebbe la loro cooperazione. Inoltre, tale studio è stato intrapreso per valutare se rafforzare l'informazione di preparazione prima di ogni puntura lombare o qualsiasi trattamento sarebbe utile. Hanno partecipato allo studio 30 bambini, sono stati divisi in tre gruppi: un gruppo di controllo i cui membri non hanno ricevuto la preparazione e altri due gruppi i cui membri sono stati esposti a un diverso numero di programmi di preparazione ed informazione. I genitori e l'infermiera responsabile hanno valutato le reazioni dei bambini durante il trattamento con due scale di valutazione a sei punti: una scala di ansia e una scala di comportamento non-cooperazione. Due imparziali, osservatori addestrati hanno visto le registrazioni video delle reazioni dei bambini e li hanno valutati utilizzando gli stessi strumenti. Sulla base di questi giudizi, i gruppi sono stati analizzati per determinare se all'interno del gruppo c'erano differenze tra un trattamento e l'altro per poter stabilire se

tra i gruppi c'erano differenze nei vari momenti del trattamento. Poche differenze statisticamente significative sono state trovate, ma i risultati indicano che i bambini del gruppo più informato presentano una riduzione sostenuta nella percezione del dolore. Questo può significare che il rafforzamento delle informazioni, preparazione prima di ogni puntura lombare e qualsiasi trattamento permette a questi bambini di affrontare il dolore in modo più efficace.

Nel terzo articolo lo studio è stato effettuato per valutare gli effetti degli interventi per migliorare la comunicazione con i bambini e / o adolescenti sulla loro malattia che è il cancro, il trattamento e le problematiche connesse.

Sono stati inclusi dieci indagini che hanno coinvolto 438 partecipanti. Le indagini sono state diverse in termini di interventi valutativi, di disegni di studio utilizzati, di tipi di persone che hanno partecipato e dei risultati misurati. L'analisi di un CD-ROM di leucemia ha riportato un miglioramento della sensibilità dei bambini sulla propria salute. L'approfondimento dell'arte terapia come supporto per i bambini durante le procedure dolorose ha segnalato un aumento in positivo del comportamento collaborativo. Due su due analisi di programmi di reinserimento scolastico hanno riportato miglioramenti in alcuni aspetti del benessere psicosociale con assenza di ansia e depressione.

Gli autori di questo articolo sostengono che gli interventi per migliorare la comunicazione che coinvolgono bambini e adolescenti affetti da cancro non sono stati ampiamente e rigorosamente valutati. L'evidenza debole che esiste, suggerisce che alcuni bambini e adolescenti con cancro possono trarre qualche beneficio da informazioni specifiche, dando supporto prima e durante particolari procedure, da interventi che mirano a facilitare il loro reinserimento nelle attività scolastiche e sociali, che migliorino nella conoscenza e comprensione per far fronte l'ansia. Sono necessarie ulteriori ricerche per indagare sugli effetti di questi e altri interventi correlati.

Nel quarto articolo si vuole favorire l'informazione per aiutare i bambini e gli adolescenti affetti da cancro ad affrontare la loro malattia, condurre una

vita normale e capire le loro esigenze. Tuttavia, i ricercatori recenti hanno riportato che i giovani con il cancro esprimono un chiaro interesse a ricevere maggiori informazioni e sostegno sociale. Giovani pazienti affetti da cancro hanno mostrato grande incertezza sul cancro. Inoltre, gli adolescenti con cancro sono stati più in conflitto con i genitori di giovani sani. Le discussioni sui progetti futuri o la morte sono difficili per i giovani con il cancro. Inoltre sono spesso assenti dalla scuola nel corso del tempo. Per soddisfare le esigenze di questi giovani, gli infermieri devono tener conto di alcuni concetti ritenuti di notevole importanza come la competenza, l'interesse superiore del bambino/adolescente, le conoscenze, i valori e gli atteggiamenti.

Nel quinto articolo l'indagine ha riguardato le esperienze negative e positive che fanno i giovani con diagnosi di cancro quando sono informati, la diagnosi definitiva, se sono trattati con la chemioterapia e se sono ammessi nel reparto di oncologia. I dati sono stati raccolti attraverso interviste semi-strutturate con 23 adolescenti e 21 infermieri, e valutati utilizzando una analisi del contenuto. I risultati indicano che al cancro durante l'adolescenza è collegata una serie di esperienze negative come la paura di alienazione, i timori di aspetto alterato, paure di morire, ansia e vari problemi fisici. Le esperienze positive sono le buone relazioni con il personale dell'ospedale e la sensazione di essere ben curato. La cura importante per gli adolescenti trattati per il cancro consiste principalmente in un incontro piacevole, personale cordiale, solidale e competente, che forniscono loro informazioni adeguate all'età. I risultati indicano che gli adolescenti con cancro mettono in atto una serie di esperienze negative e positive relative alla malattia e del suo trattamento, e che una buona cura per gli adolescenti con il cancro è un ampio, fenomeno complesso e multidimensionale.

Nel sesto articolo si evidenzia che anche se la ricerca condotta sul trattamento del dolore e dell'ansia nei bambini ha rilevato una serie di interventi cognitivo comportamentali per essere efficace, non si sa fino a che punto questa ricerca

è stata messa in pratica. Lo scopo di questo progetto era quello di ottenere informazioni sull'uso di interventi cognitivo comportamentale per aiutare i bambini e le famiglie ad affrontare il dolore e l'ansia provata durante punture lombari e le aspirazioni del midollo osseo. In questo studio descrittivo, 15 Pediatric Bone Marrow Transplant Unit e 32 Pediatric Hematology / Oncology Center, sono stati intervistati utilizzando un questionario sviluppato per ottenere informazioni sull'uso e l'efficacia degli interventi cognitivo comportamentali e la disponibilità di servizi di supporto. Questa indagine indica che la maggior parte dei centri utilizza una serie di interventi cognitivo comportamentale per aiutare i bambini ad affrontare le procedure dolorose. Alcuni interventi, quali l'informazione prima e dopo le procedure, vengono utilizzati più frequentemente di altri come la respirazione ritmica, la distrazione, proiezione d'immagini, che richiedono più tempo e formazione. Una varietà di servizi di supporto sono stati disponibili, anche se i servizi psicologici sono stati utilizzati in base alle necessità e gruppi di sostegno; prima addirittura non erano solitamente offerti su base continuativa. In generale, gli infermieri sono i principali fornitori di questi interventi, con altri professionisti fornendo interventi specifici per la loro formazione. Gli infermieri hanno bisogno di continuare a studiare per integrare l'uso appropriato di efficaci interventi cognitivo comportamentali nella cura di routine dei bambini con il cancro.

CONCLUSIONI - I risultati riportati suggeriscono l'importanza che per il personale infermieristico è necessario ottenere una comunicazione bidirezionale con il bambino in modo da fornire una buona cura. E' importante che il personale faccia domande specifiche ai bambini sulle loro percezioni, il valore di chiedere ai pazienti invece di fare ipotesi è chiaramente indicato (Lunde 1993), Jarrett e Payne (1995) essi sostengono che la comunicazione è l'informazione sono assolutamente necessarie. L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella cura dei piccoli pazienti affetti da tumore, fin dall'inizio, quando la malattia viene spiegata al paziente e alla sua famiglia, l'in-

fermiere fornisce conforto e sostegno, così come spiega le informazioni fornite dal medico. L'infermiere, in quanto professionista che più di tutti è a contatto con il piccolo paziente e la sua famiglia, si fa carico di sostenerli, di saper esporre loro la realtà dei fatti mantenendo la giusta sensibilità anche quando la porta del medico "è già chiusa", di spiegare loro gli esami e le terapie che dovranno affrontare di giorno in giorno e di farsi carico di tutte quelle problematiche connesse a quella che fino a quel momento ha costituito a tutti gli effetti la loro sfera sociale. L'infermiere organizza e coordina gli appuntamenti per soddisfare le esigenze, fornisce assistenza completa con attenzione ai dettagli. La comunicazione fornirà una prospettiva del ruolo assunto dall'infermiere il suo sforzo per garantire la cura complessiva del paziente e della famiglia. L'infermiere diventa infatti l'interlocutore privilegiato del bambino che affida a lui quelle che sono le sue paure, che vanno quindi accolte, così come la fiducia che ne è alla base per essere poi reindirizzate in termini di voglia di reagire e combattere la malattia, fungendo da raccordo con gli altri professionisti del team multidisciplinare e sviluppando una corretta mentalità palliativa che gli permetta di garantire durante tutto il percorso una buona qualità di vita al piccolo paziente.

Prendersi cura del bambino oncologico è indubbiamente uno degli ambiti più difficili dell'intera assistenza infermieristica, in cui ci si trova non solo a doversi rapportare con un bambino malato che potrebbe non farcela, ma ci si trova anche a doversi rapportare con i suoi familiari, rassicurandoli e supportandoli in un momento delicato quale quello che stanno vivendo ed è proprio l'infermiere, in quanto perno dell'équipe di cura, a dover fare da unione tra il bambino e i genitori, da coinvolgere come partner preziosi riguardo ciò che li attenderà da quel momento in avanti. È un ambito in cui l'infermiere si trova a dover garantire al piccolo paziente un benessere fisico, psichico e sociale, trovandosi contemporaneamente anch'egli a fare i conti con quanto tutto ciò sia per lui gravoso, fisicamente e psicologicamente; si trova a dover mobilitare tutte le sue strategie di adattamento, che si ripercuotono a lungo termine anche

sul suo stato d'animo, motivo per il quale lo stesso professionista deve partire da una presa di consapevolezza del proprio vissuto rispetto ai concetti di sofferenza e morte, al fine di non soccombere a sua volta all'enorme carico emotivo che si trova a sostenere. Da tutto questo studio si evince che occorrerebbe eseguire ulteriori ricerche qualitative, necessarie per identificare le esigenze dei bambini/adolescenti che hanno come patologia il cancro e poter soddisfare così i bisogni che presentano attraverso un piano di assistenza infermieristico adeguato.

[1] Lovera G.; "Il malato tumorale"; Ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 1999

[2] Saccomani R., (A.I.E.O.P. – Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica); "Tutti Bravi-Psicologia e clinica del bambino portatore di tumore"; Ed. Raffaello Cortina, Milano 2001

[3] "Ibidem, p. 7 "

[4] "Ibidem "

[5] Petrillo M., Ranger S.; "Assistenza psicologica al bambino ospedalizzato"; Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1993

[6] "Ibidem"

[7] "Ibidem, p. 11"

[8] Petrillo M., Ranger S., Milano 1993; "OP. cit. p. 9"

[9] Zucca Micaela (psicologa dell'età evolutiva); Tratto dall'articolo : "Il problema della morte nel bambino"; su www.ilnido.isnet.it/psicologia/ , 2003

BIBLIOGRAFIA - Ann Marie McCarthy, RN, PhD, PNP, Valerie A. Cool, PhD. Maria Petersen, RN, MA, PNP, Debra A. Bruene, RN, MA | Ishibashi, Akiko MN, RN Cancer Nursing: February 2001 - Volume 24 - Issue 1 - pp 61-67 | Lovera G.; "Il malato tumorale"; Ed. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino 1999 | Månsson ME, Björkhem G, Wiebe T. Source Department of Pediatrics, General Hospital, Helsingborg, Sweden | Mariann Hedström , Inger Skolin and Louise von Essen European Journal of Oncology Nursing Volume 8, Issue 1, March 2004, Pages 6-17 | Petrillo M., Ranger S.; "Assistenza psicologica al bambino ospedalizzato"; Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1993 | Rita Ranmal², Megan Pictor¹, J Tim Scott³ Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art | No.: CD002969. DOI: 10.1002/14651858.CD002969.pub2 | Saccomani R., (A.I.E.O.P. – Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica); "Tutti Bravi-Psicologia e clinica del bambino portatore di tumore"; Ed. Raffaello Cortina, Milano 2001 | Silva FM, Jacob E, Nascimento LC. J Nurs Scholarsh. 2010 Sep 1;42(3):250-61 | Zucca Micaela (psicologa dell'età evolutiva); Tratto dall'articolo : "Il problema della morte nel bambino"; su www.ilnido.isnet.it/psicologia/ , 2003

L'infermiere e la Malattia di Anderson Fabry

*"Tutte le famiglie felici si
somigliano; ogni famiglia
infelice è infelice a modo suo"*

Tolstòj- Anna Karenina

CPS Inf. Dott.ssa Andrioli Simona
CPS Inf. Dott.ssa Nosella Viviana
P.O. Orientale Manduria (TA)

La malattia di Anderson-Fabry, comunemente detta Malattia di Fabry, è una malattia genetica rara che fa parte di un gruppo di patologie chiamate malattie da **accumulo lisosomiale**. Le malattie da accumulo lisosomiale sono così chiamate in quanto interessano i lisosomi che sono organuli rivestiti da membrana, presenti in tutte le cellule del corpo. I lisosomi contengono enzimi e proteine capaci di degradare varie macromolecole biologiche tra queste gli **sfingolipidi**.

La malattia di Fabry è causata dalla carenza totale o parziale dell'enzima lisosomiale alfa-galattosidasi A, necessario per la degradazione di alcuni lipidi di cui il più rappresentato è lo sfingolipide chiamato globotriaosilceramide, abbreviato come GL-3 o Gb3.

Quando l'enzima alfa-galattosidasi A non funziona correttamente la capacità della cellula di smaltire il Gb3 risulta rallentata o bloccata del tutto e il Gb3 non degradato rimane all'interno dei lisosomi. Ne

consegue un accumulo progressivo di questo lipide nei lisosomi della maggior parte delle cellule del corpo e successivo danno cellulare.

La Malattia di Anderson-Fabry è un raro disordine genetico legato al cromosoma X.

Il gene GLA, che è localizzato sul cromosoma X, codifica l'enzima alfa-galattosidasi A. Quando la sequenza del gene GLA viene alterata da mutazioni che cambiano la sequenza normale del DNA si ha produzione di varianti dell'enzima alfa-galattosidasi A che possono funzionare meno o non funzionare affatto.

Tali mutazioni sono responsabili della malattia di Fabry e, ad oggi, sono state descritte oltre 800 diverse mutazioni del gene GLA.

È considerata una malattia rara ed ha un'incidenza stimata mondiale 1/40.000 ma da diversi studi (newborn screening) risulta che l'incidenza effettiva potrebbe arrivare ad 1/3.100 maschi. Quindi più che **rara** va considerata **non comune**.

La carenza enzimatica ed il conseguente accumulo progressivo di Lyso Gb3 (causa fondamentale

della malattia) porta al coinvolgimento vascolare essenzialmente a livello renale, cardiaco e del sistema nervoso centrale.

I pazienti affetti da questa patologia possono andare incontro ad un peggioramento della qualità di vita a causa di complicanze di natura renale, cardiaca, cerebrovascolare o ad una combinazione di esse che possono portare alla morte del paziente entro la quinta decade di vita, se non tempestivamente diagnosticata.

Una diagnosi precisa e tempestiva è essenziale per avviare precocemente i pazienti alla terapia, che è in grado di rallentare o arrestare la progressione della malattia, migliorandone così la qualità e le aspettative di vita.

Ci sono due possibilità: la **terapia enzimatica sostitutiva (ERT)**, che viene effettuata mediante infusione endovenosa ogni 14 giorni, e la **terapia orale chaperonica**, efficace sui pazienti che presentano alcune particolari mutazioni genetiche definite 'suscettibili'.

Si tratta di terapie che hanno un funzionamento diverso. La ERT endovenosa permette di infondere direttamente l'enzima mancante.

La terapia orale chaperonica invece, sfruttando un meccanismo d'azione diverso, è in grado, in parte, di ripristinare l'attività enzimatica in quei casi in cui risulti compromessa. Sono entrambi terapie che vanno seguite per tutta la vita.

Visto il carattere progressivo della Fabry, poterla diagnosticare in età pediatrica sarebbe importante per prevenire serie complicazioni.

La diagnosi di malattia di Fabry può risultare difficile!

Infatti può capitare che, se non diagnosticato un piccolo Fabry viva un'infanzia accompagnata da febbre ricorrente, dolore e bruciore agli arti e stan-

chezza tale da non permettergli di vivere una normale e spensierata fanciullezza.

Tutti sintomi che vengono sottovalutati dai genitori perché, anche se più sfumati, sono accusati dagli altri due fratellini.

E può accadere che il bambino Fabry venga etichettato come svogliato e capriccioso, soprattutto quando in estate, a causa della spiccata intolleranza al caldo e all'assenza di sudorazione, gli è molto difficile uscire di casa.

Il ragazzo Fabry di-

venta un adolescente introverso, talvolta scontroso, irrequieto e contestatore tanto da esser costretto a cambiare scuola per incompatibilità ambientale. Anche praticare uno sport diventa impensabile.

Diventa adulto ma la sua salute non migliora.

La febbre che lo assale per 3-4 giorni consecutivi lo lascia sempre più stanco, dorme poco, e lui si chiude sempre di più in sé stesso.

I gravi problemi cardiaci non tardano a venire e, se prima la sua era una vita malata, ora la sua vita è in pericolo.

Sono anni di grande sofferenza, prima muore la madre per edema polmonare acuto, in seguito anche la sorella viene colpita da infarto del miocardio, così come è successo alla nonna materna, poi il fratello minore è vittima di un ictus cerebrale, tutti legati al filo genetico del destino.

Finalmente, quasi per caso, arriva la diagnosi di malattia di Fabry. Una diagnosi che sconvolgerà il futuro di un'intera famiglia.

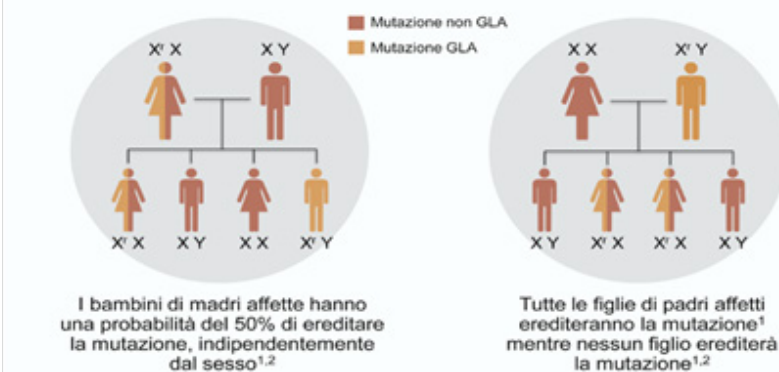
Partendo dal probando, in quella famiglia, sono state fatte altre cinque diagnosi di malattia di Fabry!

Questo purtroppo è l'esito della diagnosi tardiva di malattia di Fabry in una famiglia che pensava solo di essere sfortunata.

Le manifestazioni cliniche, pertanto, sono molte-

Modalità di trasmissione

X-linked



1. Gorman, Orphanet J Rare Dis 2010;5:30; 2. Wilcox et al. Mol Genet Metab 2008;93:112-28.

plici e coinvolgono vari apparati.

Sistema nervoso

- Acro parestesie (sensazione urente continua alle estremità)
- Crisi dolorose parossistiche alle estremità
- Febbre ricorrente
- Sordità nervosa
- Lesioni della materia grigio bianca
- Ictus precoce, emiplegia, emianestesia
- Attacchi ischemici transitori
- Ipoacusia, acufene, iperacusia, vertigini
- Nistagmo, diplopia
- Patologie psichiatriche quali la depressione

Pelle

- Angiocheratomi (lesioni vascolari cutanee)
- Ipoidrosi – anidrosi

Occhi

- Opacità corneale o lenticolare (cornea verticillata)
- Vasculopatia (retina, congiuntiva)

Tratto gastrointestinale

- Nausea, vomito, diarrea
- Gonfiore post prandiale e dolore, sazietà precoce, svuotamento gastrico ritardato
- Attività peristaltica ridotta, stitichezza
- Perdita dei riflessi gastrocolici, ispessimento delle pareti intestinali, dilatazione, diverticoli
- Difficoltà nell' acquistare peso

Reni

- Microalbuminuria, proteinuria, ematuria, cilinduria
- Insufficienza renale, GFR ridotta, uremia, ipertensione, stadio finale della malattia renale

Cuore

- Aritmie, ipertrofia ventricolare sinistra
- Insufficienza vascolare
- Infarto miocardio
- Anomalie nell' ECG
- Cardiopatia valvolare (insufficienza mitrale)

Polmoni

- Tosse
- Ostruzione delle vie aeree, dispnea, respiro affannato
- Intolleranza all'esercizio fisico

Apparato scheletrico

- Osteopenia, osteoporosi

La sintomatologia è talmente aspecifica che spesso, troppo spesso, la Malattia di Fabry non viene riconosciuta.

In caso di sospetto di Malattia di Fabry, la raccolta di informazioni relative alla storia familiare del paziente può ulteriormente orientare verso la diagnosi. Data la natura ereditaria della malattia, generalmente all'interno di una famiglia vi sono più persone affette, che potrebbero aver manifestato gravi problemi di salute, quali problemi renali, problemi cardiaci e/o ictus. In questo caso, è consigliabile sottoporle a **test genetici** di laboratorio.

Lo **screening familiare** porta ad un monitoraggio più precoce e ad un trattamento più efficace della malattia di Fabry e permette la ricostruzione dell'albero genealogico.

Per effettuare l'indagine genetica ci sono vari sistemi.

Il nostro centro si avvale dell'uso dei **Dried Blood Spot (DBS)**, che sono comodi e di facile utilizzo.

Il test viene effettuato ai pazienti sospetti e ai familiari del probando, per l'indagine genetica, e ai pazienti noti per dosare periodicamente il LYSO Gb3.

L'infermiere del centro provvederà al prelievo e al trasferimento di qualche goccia di sangue sul cartoncino apposito.

Non serve che il soggetto osservi il digiuno ma, debitamente informato dal medico del centro, dovrà prima firmare il Consenso informato.

Una volta asciugato il DBS verrà inviato al laboratorio di genetica, tramite corriere espresso. La risposta solitamente arriva entro 10 giorni circa.

Il momento del prelievo per il test è di fondamentale importanza perché è il primo vero contatto che

l'infermiere ha con il paziente sospetto. L'ansia per una possibile malattia, fin poco prima sconosciuta, merita tutta la comprensione del personale sanitario che deve essere in grado di rispondere alle domande e trasmettere serenità al paziente che spesso però cerca conforto ma molte volte non il confronto.

Da una diagnosi di malattia di Fabry deve necessariamente partire la ricostruzione dell'albero genealogico per cercare altri possibili soggetti positivi. Questo è un processo molto lungo ed impegnativo perché sono necessarie centinaia di telefonate e l'esecuzione di decine e decine di test. Spesso è difficile reperire e contattare i famigliari che mostrano resistenza nei nostri confronti e nei confronti di una malattia a loro sconosciuta. Serve molto tatto e discrezione. La legge sulla privacy non ci permette di arrivare direttamente agli interessati e di dare notizie sui nostri pazienti.

Altro passaggio importante è l'organizzazione dei **follow up clinico terapeutici**.

Compito dell'infermiere che si occupa di Malattia di Fabry è accompagnare i pazienti lungo questo percorso.

Nel caso sia indicata la terapia enzimatica sostitutiva (ERT), sarà il centro che provvederà all'organizzazione della stessa, ad informare adeguatamente sulla modalità di somministrazione ed illustrare i possibili eventi avversi, a far firmare Consenso informato al trattamento dei dati, e all'infusione e contattare il servizio farmaceutico del presidio per l'approvvigionamento del farmaco. Da linee guida, la terapia sostitutiva viene somministrata, in ospedale, tramite infusione ev ogni 14 giorni, in regime di Day service. I tempi di infusione variano a seconda del farmaco utilizza-

to. La conoscenza dei farmaci, il corretto utilizzo e i possibili effetti collaterali, sono fondamentali per l'infermiere che si occupa di Malattia di Fabry. Su indicazione del medico del centro e dopo un sufficiente numero di infusioni effettuate in ospedale, il paziente in ERT può venir avviato alla terapia domiciliare, che può venir erogata dal solo SSN (ADI) o da aziende private in partnership con il SSN. Ciò porta ad un miglioramento della qualità di vita del paziente e ad un netto risparmio economico per le Aziende sanitarie.

Come si evince da quanto detto, l'**approccio** è necessariamente **multidisciplinare ed olistico** ed è necessaria, nei centri che si occupano di malattia di Fabry, la presenza di un team, guidato da un case manager, che faccia da ponte tra i vari specialisti, i pazienti, le famiglie, i servizi farmaceutici, le aziende, le associazioni malati Fabry.

La figura dell'infermiere formato per la gestione dei malati di Fabry è determinante perché è necessario **prendersi cura del paziente**, oltre che curarlo, non trascurare gli aspetti psicologici e sociali, -conosce la storia naturale della patologia- e sapere cosa può accadere nel futuro. È compito dell'infermiere organizzare, su indicazione del responsabile del centro, i vari follow up clinico terapeutici, talvolta facendo salti mortali per far conciliare le esigenze dei pazienti e quelle degli specialisti.

L'obiettivo della formazione infermieristica specifica per la Malattia di Fabry è quello di avere figure che possano accompagnare i loro pazienti lungo un percorso difficile che ha come scopo quello di abbandonare una vita di malattia per intraprendere una vita migliore, di cura.



Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

LA CORTE COSTITUZIONALE INTERVIENE SULLA SANZIONE IN CASO DI UTILIZZO ABUSIVO DEI CONTRATTI A TEMPO DETERMINATO DA PARTE DELLA P.A.

Dott. Pierpaolo Volpe, Master in infermieristica forense

Alla luce della sentenza “natalizia” della Corte costituzionale in materia di precariato pubblico, ritengo opportuno fornire il mio punto vista ed una “diversa” lettura rispetto a quella che in prima battuta si potrebbe dare alla sentenza. La Corte costituzionale il 27/12/2018 ha depositato la sentenza n. 248 intervenendo (definitivamente?) sulla adeguatezza delle misure preventive e sanzionatorie presenti nell’ordinamento italiano ed in grado di prevenire e sanzionare debitamente l’abuso dei contratti a termine da parte della pubblica amministrazione, anche alla luce della giurisprudenza comunitaria.

Ci si attendeva dal Giudice delle leggi una sentenza di sistema, una sentenza in grado di interpretare in modo chiaro ed inequivocabile il quadro normativo in essere, secondo una interpretazione costituzionalmente e comunitariamente orientata. Purtroppo non è stato così. La Corte costituzionale con la sentenza n. 248/2018 ha lasciato irrisolti molti dubbi sulla reale adeguatezza delle misure interne destinate a prevenire e sanzionare gli abusi da parte della Pubblica amministrazione. La sentenza Sciotto della Corte di giustizia depositata il 25/10/2018, esattamente due giorni dopo l’udienza pubblica che si è tenuta in Corte costituzionale sul precariato pubblico (che ha dato origine alla prefata sentenza n. 248), ha avuto modo di affermare che “la clausola 5 dell’accordo quadro sul lavoro a tempo determinato, concluso il 18 marzo 1999, che figura in allegato alla direttiva 1999/70/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999, relativa all’accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato, deve essere interpretata nel senso che essa osta ad una normativa nazionale, come quella di cui trattasi nel procedimento principale, in forza della quale le norme di diritto comune disciplinanti i rapporti di lavoro, e intese a sanzionare il ricorso abusivo a una successione di contratti a tempo determinato tramite la conversione automatica del contratto a tempo determinato in un contratto a tempo indeterminato se il rapporto di lavoro perdura oltre una data precisa, non sono applicabili al settore di attività delle fondazioni lirico-sinfoniche, **qualora non esista nessun’altra misura effettiva nell’ordinamento giuridico interno che sanzioni gli abusi constatati in tale settore**”.

Al punto 71 della sentenza, la Corte giustizia individua nella conversione del contratto da determinato ad indeterminato la soluzione per sanzionare debitamente l’abuso subito dal lavoratore: **“Nel presente caso, dal momento che la normativa nazionale di cui trattasi nel procedimento principale contiene norme applicabili ai contratti di lavoro di diritto comune dirette a sanzionare il ricorso abusivo a una successione di contratti a tempo determinato, prevedendo la conversione automatica di un contratto a tempo determinato in un contratto a tempo indeterminato**

qualora il rapporto di lavoro perduri oltre una data precisa, un'applicazione di tale norma nel procedimento principale potrebbe pertanto costituire una misura preventiva di un siffatto abuso, ai sensi della clausola 5 dell'accordo quadro".

La Corte costituzionale, invece, nella sentenza di cui si occupa, ha categoricamente negato la possibilità che nel settore pubblico si possa convertire giudizialmente un contratto a termine anche se ci si trova di fronte al superamento del limite massimo (36 mesi) ed al superamento di una selezione pubblica anche per soli titoli per il reclutamento di personale a tempo determinato. E' opportuno precisare e sottolineare che in sanità in questi mesi, sono stati stabilizzati migliaia di lavoratori precari perché il possesso del requisito della anzianità di servizio di 36 mesi negli ultimi 8 anni e del superamento di una selezione pubblica anche per soli titoli per il reclutamento di

personale a tempo determinato, in applicazione del D.lgs. 75/2017 e dalla successiva Circolare n. 3/2017 del Ministero della Funzione Pubblica. La selezione pubblica per soli titoli è stata, pertanto, ritenuta idonea alla stabilizzazione in quanto rientrante tra le procedure concorsuali pubbliche di cui agli artt. 35 e 36 del d.lgs. n. 165 in grado di rispettare i dettami costituzionali di cui all'art. 97 della Costituzione. La Corte costituzionale si è limitata nella sentenza 248 a dichiarare ***"non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 10, comma 4-ter, del decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368 (Attuazione della direttiva 1999/70/CE relativa all'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato concluso dall'UNICE, dal CEEP e dal CES), e dell'art. 36, commi 5, 5-ter e 5-quater, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), sollevate, in riferimento, nel complesso, agli artt. 3, 4, 24, 35, primo comma, 97, quarto comma, 101, secondo comma, 104, primo comma, 111, secondo comma, e 117, primo comma, della Costituzione, in relazione alla clausola 4, punto 1, e alla clausola 5, punti 1 e 2, dell'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato, concluso il 18 marzo 1999, allegato alla direttiva 1999/70/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999, relativa all'accordo quadro CES, UNICE e CEP sul lavoro a tempo determinato, e all'art. 4, paragrafo 3, del Trattato sull'Unione europea, dal Tribunale ordinario di Foggia, in funzione di giudice del lavoro, con l'ordinanza in epigrafe"***, senza argomentare nel merito la questione e rinviando alle statuizioni della sentenza 5072/2016 della Corte di cassazione a Sezioni Unite e della Corte di giustizia con la sentenza Santoro C-494/16. Al punto 9) della sentenza, infatti, la Corte costituzionale afferma ***"che nelle more del giudizio incidentale è intervenuta la sentenza della CGUE 7 marzo 2018, in causa C-494/16, Santoro, che si è pronunciata sul rinvio pregiudiziale del Tribunale ordinario di Trapani (richiamato dal rimettente). Essa si è occupata nuovamente della misura risarcitoria e in particolare***



che nelle more del giudizio incidentale è intervenuta la sentenza della CGUE 7 marzo 2018, in causa C-494/16, Santoro, che si è pronunciata sul rinvio pregiudiziale del Tribunale ordinario di Trapani (richiamato dal rimettente). Essa si è occupata nuovamente della misura risarcitoria e in particolare

della sua entità, affermando che «La clausola 5 dell'accordo quadro [...] dev'essere interpretata nel senso che essa non osta a una normativa nazionale che, da un lato, non sanziona il ricorso abusivo, da parte di un datore di lavoro rientrante nel settore pubblico, a una successione di contratti a tempo determinato mediante il versamento, al lavoratore interessato, di un'indennità volta a compensare la mancata trasformazione del rapporto di lavoro a tempo determinato in un rapporto di lavoro a tempo indeterminato bensì, dall'altro, prevede la concessione di un'indennità [...], **accompagnata dalla possibilità, per il lavoratore, di ottenere il risarcimento integrale del danno dimostrando, mediante presunzioni, la perdita di opportunità di trovare un impiego o il fatto che, qualora un concorso fosse stato organizzato in modo regolare, egli lo avrebbe superato, purché una siffatta normativa sia accompa-**



gnata da un meccanismo sanzionatorio effettivo e dissuasivo, circostanza che spetta al giudice del rinvio verificare»». La decisione

della Corte comunitaria, quindi, secondo la Corte costituzionale, ha sancito "...la compatibilità eurounitaria delle statuizioni contenute nella sentenza della **Corte di cassazione, sezioni unite civili**, 15 marzo 2016, n. 5072 – pronunciata nel giudizio nel corso del quale era intervenuta la sentenza della CGUE 7 settembre 2015, in causa C-53/04, Marrosu e Sardino – che, **dopo aver ribadito il divieto di conversione del rapporto di lavoro a termine in rapporto a tempo indeterminato**, ha affermato che il dipendente pubblico, a seguito della reiterazione illegittima dei contratti a termine, ha diritto al risarcimento del danno previsto dall'art. 36, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001, con esonero dall'onere probatorio, nella misura e nei limiti di cui all'art. 32, comma 5, della legge 4 novembre 2010, n.

183...". La Corte di giustizia al punto 52) della sentenza Santoro C-494/16, invece, ha rilevato che nella normativa nazionale esistono, oltre al danno comunitario quantificato dalla giurisprudenza nel risarcimento del danno dalle 2,5 alle 12 mensilità secondo i parametri ex art. 32, legge 183/2010, altre misure destinate a prevenire e sanzionare il ricorso abusivo a contratti a tempo determinato e nello specifico:

- l'art.36, comma 5, d.lgs. n.165/2001 il quale dispone che le amministrazioni sono tenute a recuperare, nei confronti dei dirigenti responsabili, le somme pagate ai lavoratori a titolo di risarcimento del danno sofferto a causa della violazione delle disposizioni relative al reclutamento o all'impiego, quando detta violazione sia dovuta a dolo o colpa grave;
- l'art.36, comma 5-quater, d.lgs. n.165/2001 il quale prevede che la violazione dell'assunzione nulla del lavoratore, perché priva del concorso pubblico e delle stesse condizioni eccezionali o temporanee che la possano giustificare, dovrebbe essere, presa in considerazione ai fini della valutazione dell'operato di detti dirigenti i quali, a causa della citata violazione, non potrebbero ottenere un premio di

risultato;

- l'art.36, comma 6, d.lgs. n.165/2001, prevede che le amministrazioni pubbliche che abbiano agito in violazione delle norme relative al reclutamento o all'impiego non possano procedere, a nessun titolo, ad assunzioni nei tre anni successivi a detta violazione.

La Corte costituzionale ha avuto la straordinaria occasione (persa), in quanto sollecitata dagli avvocati difensori dei lavoratori, sia attraverso il deposito di memorie scritte, sia oralmente durante la discussione pubblica della causa in Corte costituzionale il 23/10/2018, di chiarire con una sentenza di sistema se il risarcimento del danno individuato secondo i parametri ex art. 32, legge 183/2010, la sanzione per i dirigenti, il blocco delle assunzioni e il danno da perdita di chance siano effettivamente applicabili e quindi possano essere ritenute misure idonee a rispettare il principio di effettività richiesto dalla Corte di giustizia, per far rendere compatibile con la clausola 5 della direttiva 1999/70 il sistema preventivo e sanzionatorio italiano. Nessuna indicazione in merito ci è stata fornita dal Giudice delle leggi. La Corte ha lasciato, quindi, decine di migliaia di lavoratori pubblici precari italiani, i loro avvocati e i Giudici di merito, ancora privi di risposte ai quesiti che ancora aleggiavano nel dibattito dottrinale: a quanto ammonta il risarcimento da perdita di chance?; le pubbliche amministrazioni recuperano effettivamente le somme pagate ai lavoratori a titolo di risarcimento del danno sofferto a causa della violazione delle disposizioni relative al reclutamento dagli incolpevoli Dirigenti che, a causa del blocco del turnover, sono costretti a ricorrere ai contratti a tempo determinato per far funzionare la macchina amministrativa?; viene effettivamente applicato il blocco delle assunzioni nei tre anni successivi alla condanna per utilizzo abusivo dei contratti a tempo determinato? In caso di assenza di una risposta affermativa ai quesiti posti, e della non quantificazione e/o effettivo riconoscimento del risarcimento chance, va dichiarata l'incompatibilità eurounitaria del sistema sanzionatorio italiano con possibile nuovo rinvio pregiudiziale alla Corte di giustizia. Una storia infinita che lascia privi di tutele effettive i lavoratori precari pubblici. Occupiamoci ora della quantificazione del risarcimento da perdita di chance. Le Sezioni unite nella sentenza n.14432/2017, nell'accogliere il motivo di ricorso del lavoratore legato alla mancata integrale applicazione dei principi enunciati dalle stesse Sezioni unite nella sentenza n.5072/2016 sul **risarcimento per perdita di chance** per la determinazione del danno da abusiva reiterazione di contratti a termine, oltre all'indennità forfetaria già liquidata in quattro mensilità della retribuzione globale, hanno precisato che *"la "chance" consiste nel dimostrare la sussistenza di **elevate probabilità, prossime alla certezza, di essere chiamati e quindi di ottenere l'assunzione.** In base ad un consolidato e condiviso orientamento di questa Corte, in simili situazioni il danno conseguente alla **lesione di tale "chance" può essere provato, pur se solo in modo presuntivo, tramite il ricorso ad un calcolo delle probabilità che evidenzii i margini di possibile raggiungimento del risultato sperato, mentre è legittima, da parte del giudice di merito, una valutazione equitativa di tale danno, commisurata al grado di probabilità del risultato favorevole** (Cass. 27 giugno 2007, n. 14820; Cass. 17 aprile 2008, n. 10111; Cass. 20 giugno 2008, n. 16877; Cass. 23 gennaio 2009, n. 1715; Cass. n. 24833 del 2015 cit.). Si è anche specificato che il giudice, ai fini del suddetto giudizio probabilistico, deve prendere in considerazione ogni elemento di valutazione e di prova ritualmente introdotto nel processo (vedi, tra*

le tante: Cass. 3 marzo 2010, n. 5119; Cass. 5 marzo 2012, n.3415), potendo dare rilievo anche al comportamento processuale delle parti (ex art. 116, secondo comma, cod. proc. civ.) e, quindi, **al difetto di attività di allegazione e prova dell'ente datore di lavoro, tenuto a svolgere la propria attività - nella specie di mera certazione, come si è detto - nel rispetto dei criteri di correttezza e buona fede, che sono applicabili in materia alla stregua dei principi costituzionali di cui all'art. 97 Cost. e che comportano che la P.A. sia tenuta ad operare in maniera trasparente e a motivare adeguatamente le scelte che effettua, come richiede anche il rispetto del principio del giusto procedimento, che ha rilevanza costituzionale** (vedi: Corte costituzionale sentenza n. 310 del 2010)". La Commissione europea, nella risposta alla Commissione per le Petizioni del Parlamento Ue del 30 maggio 2018 fornita sulla scorta anche della mia petizione, ha evidenziato che **"la recente sentenza nella causa C-494/16 Santoro ha affrontato il problema del risarcimento e dovrebbe rendere più semplice in futuro per i lavoratori del settore pubblico vittime di un utilizzo abusivo di contratti a tempo determinato ottenere, all'interno del sistema giudiziario nazionale, un risarcimento del danno derivante dalla perdita di opportunità"**. Pur dubitando decisamente che quanto affermato dalla Commissione europea possa effettivamente realizzarsi, possiamo ipotizzare che il risarcimento da perdita di chance consista nelle differenze retributive tra quanto si è guadagnato e quanto si sarebbe effettivamente guadagnato se il lavoratore fosse stato assunto dalla Pubblica amministrazione, oppure nel riconoscimento di tutte le retribuzioni fino all'età pensionabile ecc. Ci si potrebbe dilettere all'infinito nel trovare le soluzioni più bizzarre e creative possibili, il risultato non cambia: non troveremo mai un Tribunale che riconoscerà la perdita di chance e che sarà mai in grado di quantificarla in termini di risarcimento del danno subito. L'unica soluzione rimasta è quella di attendere le sentenze dei Tribunali di merito (già comunque numerose) e auspicare un nuovo rinvio della questione alla Corte di giustizia. Resta nel dibattito aperto, comunque, una piccola apertura della Cassazione, che con l'ordinanza 15 ottobre 2018, n.25728, ha statuito che in materia di utilizzo abusivo dei contratti a termine e conseguenze sanzionatorie **"la Corte territoriale non ha valutato se - eventualmente con una decorrenza diversa da quella della firma del primo dei contratti a termine della serie - le procedure selettive superate dalla ricorrente potessero, o meno, rientrare tra le procedure concorsuali pubbliche, in base agli artt. 35 e 36 del d.lgs. n. 165, come interpretati dalla suindicata giurisprudenza"**; aprendo ad una possibile conversione giudiziale del contratto a termine, nei limiti imposti dalla sentenza, se il lavoratore ha superato i 36 mesi ed ha superato una selezione pubblica in grado di rispettare il dettato costituzionale (cd. art. 97). Resta il fatto che al lavoratore precario, anche stabilizzato, spetta comunque il risarcimento del danno per l'illegittima reiterazione abusiva dei contratti termine nei termini indicati dalla sentenza 5072 della Cassazione secondo le indicazioni già preannunciate nella prossima sentenza che la Corte di giustizia emetterà tra gennaio-marzo 2019 nella causa Rossato. Al lavoratore precario pubblico non stabilizzato perché non ha avuto la "fortuna" di aver raggiunto i 36 mesi di servizio negli ultimi 8 anni alla data del 31/12/2017, non resta che osservare il sistema di ingiustizie che aleggia nel nostro paese. Al legislatore nazionale del "Decreto Dignità" lo scettro per sanare questa ingiustizia sociale e disparità di trattamento, restituendo dignità al mondo del lavoro.



Dott.ssa Anna Colautti

Infermiera Clinica D'Amore Hospital

Dott.ssa Carmela Lacatena,

Relatore, Direttore della didattica Corso di Laurea

Infermieristica Scuola di Medicina Polo Jonico Taranto

TEATRO: FINZIONE DA VICINO NESSUNO È NOSTRO



*Come è noto,
Eduardo "ruba" dalla realtà e dalla
società comportamenti e stati d'animo,
per trasferirli in tutta la loro cruda
e autentica verità nelle sue rappre-
sentazioni teatrali, così come sono,
rigorosamente immutati.*

*Se Eduardo avesse potuto osservare
anche la realtà ospedaliera, quale
sorgente satura di emozioni e di senti-
menti che ogni giorno, ogni ora, mi-
nuto e secondo vi originano, avrebbe
scritto una commedia incentrata sul-
la figura dell'infermiere, considerata
"comparsa" ma sempre "protagoni-
sta" dell'assistenza sanitaria verso i
cittadini.*

NE O REALTÀ?
MALE

La volontà di condurre questo lavoro nasce da un percorso artistico, cominciato molti anni fa a livello professionale, come attrice diplomata in arte drammatica e membro di compagnie teatrali che hanno girato per molti teatri d'Italia.

Nell'approcciarmi all'arte dell'infermieristica, la "scoperta" è stata quella di capire, che l'infermiere non svolge un lavoro fatto esclusivamente di scienza, ma è soprattutto un lavoro fatto di comunicazione, empatia e simpatia, quest'ultima intesa con il senso greco del termine "sympatheia", cioè condividere il pathos, la sofferenza altrui, cosa molto importante per un infermiere. Per un attore di teatro, la condivisione con il pubblico è il fulcro di tutto il suo lavoro; la condivisione con il paziente per l'infermiere deve essere il fulcro di tutto il suo lavoro.

Il desiderio di applicare questo sentimento in materia di Salute Mentale nasce dalla passione che durante gli anni universitari mi è stata trasmessa dai docenti e dalla volontà personale di abbattere ogni tipo di stigma nei confronti delle persone che soffrono di patologie mentali, perché questi pazienti, seppur etichettati come tali, non sono affatto "diversi" dalle persone affette da altre patologie.

Ma come si coniugano teatro, infermiere e salute mentale?

Per rispondere a questa domanda mi sono avvalsa dell'aiuto di un gruppo di utenti di un centro diurno che da anni, coordinati da un maestro d'arte, frequentano un laboratorio teatrale ormai diventato una vera e propria "compagnia di giro", che affronta palchi e tournée ogni anno e per diverse repliche.

Dobbiamo capire innanzitutto di cosa si occupa l'infermiere in riabilitazione.

Così come negli altri ambiti, l'infermiere si occupa di comunicare efficacemente con la persona per una migliore compliance utilizzando empatia nei termini citati precedentemente. Ecco che così, come per l'attore, la condivisione del pathos per l'infermiere deve essere ed è fondamentale.

Inoltre, tecnicamente, l'infermiere in riabilitazione si occupa di riconoscere e favorire le abilità residue della persona, garantire la maggiore autonomia possibile nei vari contesti, favorire le interazioni socializzanti inserendo la persona in gruppi di lavoro, intervenendo nei contesti sociali propri della persona; ad esempio in alcuni condomini l'infermiere potrebbe trovarsi ad organizzare degli incontri con gli inquilini preoccupati di avere un vicino di casa con problemi di salute mentale.

Il teatro è una delle più efficaci sfumature di psicoterapia che l'uomo si sia concesso nel corso della storia.

Durante le improvvisazioni teatrali si sperimentano situazioni e stati d'animo mai esperiti nella quotidianità.

Il teatro quindi viene utilizzato in ambito:

- **PREVENTIVO**: per lavorare su problematiche come la timidezza, la paura di parlare in pubblico;
- **CURATIVO**: per problemi cognitivi quali depressione, stati d'ansia, borderline;
- **RIABILITATIVO**: per reintegrare persone ai margini della società in conseguenza ai problemi citati prima;
- **EDUCATIVO**: in ambito formativo, come nelle scuole per risolvere blocchi creativi e incapacità di creare nuovi ruoli e farli propri, con lo scopo di rendere armonico il rapporto con se stessi e con gli altri attraverso corpo-voce-mimica.

Gli effetti benefici delle sedute di gruppo producono risultati anche al di fuori della scena, poiché gli stimoli ricevuti precedentemente diventano parte integrante della vita delle persone. Questa forma di terapia non si sostituisce ad una psicoterapia individuale, ma può affiancarla per dare alle persone la possibilità di avere più visioni di sé. La sua finalità non è propriamente artistica, non si lavora per costruire una scenografia anche se a volte nasce l'esigenza di allestire le scene.

Durante i primi incontri lo scopo è depurare il rapporto tra corpo, voce e mente nella relazione con gli altri e se stessi attraverso il linguaggio non verbale ottenuto dalla postu-

ra, dalla mimica e dal movimento, in modo che la persona accetti il proprio corpo e di conseguenza questo venga accettato dagli altri. Lavorare con questa forma di terapia significa operare sulle numerose parti che compongono il nostro individuo, sugli aspetti sconosciuti, quelli rifiutati, quelli che non vogliamo riconoscere perché li temiamo e abbiamo paura di cambiare. Il teatro diviene così il mezzo per raggiungere uno stato di benessere perché ci consente di concentrare l'attenzione su noi stessi. Questo permette alle persone con problemi di salute mentale, in particolare che sono chiusi nel loro mondo, di aprirsi a gli altri.

Così come i bambini attraverso il gioco sperimentano i loro sé per costruirsi un'identità, gli adulti, attraverso la messa in scena dei propri sogni e paure, conoscono e riconoscono altri aspetti della loro personalità fino ad allora nascosti. Il metodo della teatro terapia si avvale dell'improvvisazione che consente all'attore di far emergere dall'inconscio sentimenti e bisogni. Improvvisare significa "fare finta", uscire dal nostro personaggio principale, quello che ogni giorno portiamo in giro attraverso atteggiamenti e comportamenti e che definiscono il nostro essere. Attraverso la finzione molto spesso si riesce a dare voce ad altri "noi", perché ci sentiamo protetti e non giudicati. Il tutto avviene in una scena che l'attore stesso si crea usando materiali e oggetti che gli sono più adatti.

"OLTRE I PREGIUDIZI" UN LABORATORIO TEATRALE COME PROGETTO RIABILITATIVO

Il centro diurno è una struttura semiresidenziale con funzione terapeutico-riabilitativa i cui interventi, individuali e di gruppo, sono volti a promuovere la riacquisizione di autonomie personali e sociali di abilità nelle relazioni interpersonali e nella gestione della quotidianità attraverso progetti a termine e individualizzati.

Nel corso di questi anni tra i progetti riabilitativi realizzati l'attività teatrale ha seguito un

lungo percorso di crescita con evidenti benefici sia personali che dello stare in gruppo. Spesso la diagnosi di malattia mentale induce nelle persone atteggiamenti negativi e di rifiuto, di paura, senza che ci sia una conoscenza del problema.

Lo stigma, che accompagna la malattia mentale, crea un circolo vizioso di alienazione e discriminazione, intesa come privazione di diritti e benefici, per la persona malata, la sua famiglia e tutto l'ambiente circostante, diventando spesso la fonte principale di un grave isolamento sociale, dell'incapacità di trovare una casa o un lavoro, di comportamenti di abuso di alcol e di sostanze e di fenomeni di emarginazione. Nella pratica psichiatrica, gli interventi che mirano a constatare questi atteggiamenti, hanno assunto un ruolo sempre più rilevante proprio perché la persona che soffre di una malattia mentale si trova a dover combattere su due fronti: da un lato l'esperienza della malattia, con tutto ciò che questo comporta in termini di sofferenza e disabilità; dall'altro con le relazioni dell'ambiente sociale e lo stigma che circonda il disturbo mentale.

Le condizioni di vita soggettiva e oggettiva della persona con malattia mentale non dipendono, quindi, solo dalla gravità della malattia, ma anche dal grado di accettazione all'interno della famiglia e della società in generale.

In primo luogo, utilizzare il teatro come mezzo riabilitativo tende a rafforzare la capacità comunicativa espressiva o relazionale e di condivisione del soggetto con disabilità psichica; inoltre, il teatro ha anche un significato di integrazione sociale, che diffonde un'immagine positiva delle persone con problemi di natura psichica.

Il palcoscenico diventa lo strumento per sensibilizzare il mondo esterno ed abbattere gli stereotipi che spesso si celano dietro il disturbo, salendo in scena, spingendo a coinvolgersi, condividendo con tutti tale esperienza, significativa di abilità che si possono apprendere trasmettere. Tale attività mette in luce un diverso percorso di presa in carico delle persone con disturbo

psichico: la “recovery”, il puntare sulla ripresa, sulla ricostruzione dei contesti, sulle capacità dell'individuo di trovare risorse in sé, di pilotare tale percorso, ridefinendo di fatto tutta l'operatività dei servizi in tale direzione. Rintracciare i percorsi della salute, creare i luoghi delle possibilità, dello stare insieme, della socializzazione, della condivisione delle proprie emozioni di lavorare, di apprendere, di progettare, di programmare insieme agli altri; sono i cardini di una ripresa possibile.

La rappresentazione, quindi, è rappresentazione stessa di una modalità di percorso sanitario: non servizi che gestiscono la malattia, ma servizi che promuovono la salute e la inclinano eticamente verso il soddisfacimento di una pluralità di bisogni. Il teatro apre un dibattito su quelli che sono gli stereotipi del disturbo psichico e sulla sua evoluzione, sullo stigma che identifica il disturbo come cronicità, sulla gestione di essa.

L'intento è quello di abbattere le barriere tra la sofferenza psichica e la società civile, intento sicuramente molto ardito, a causa dell'ignoranza, dei luoghi comuni, della paura, della vergogna, della solitudine, del silenzio, e dello stigma.

Pericolosità, inguaribilità, incomprendibilità, improduttività sono i pregiudizi che l'OMS ha individuato come condizioni diffuse che impediscono in tutti i paesi l'accesso ottimale ai processi terapeutici ed emancipativi di queste persone, ed ha invitato tutti governi a fare tutto quanto in loro potere per fronteggiare la condizione di stigmatizzazione e, di fatto, di debolezza del diritto delle persone affette da disturbi mentale e delle loro famiglie. In virtù di tutto ciò, lo scopo del laboratorio è stato quello di utilizzare il linguaggio teatrale come forma terapeutica riabilitativa di supporto: i partecipanti hanno l'opportunità di migliorare rapporti interpersonali, la capacità di comunicazione, di utilizzare la creatività come mezzo per superare le paure, le ossessioni, le disabilità, queste ultime intese come la non abilità nel fare qualcosa. Ma il teatro è anche un mezzo di comunicazione meraviglioso efficace per vincere lo

stigma e la paura. Non esistono controindicazioni alla sua applicabilità, l'arte è considerata una terapia non convenzionale accessibile ad individui di ogni età ed accostabile a trattamenti già in atto, è un valido strumento di prevenzione del disagio psicologico e può rappresentare una cura adeguata per lo sviluppo armonico dell'individuo.

Ho incontrato i ragazzi del centro diurno, in un pomeriggio appena dopo l'estate. Mentre

lo spazio disperato che compie l'uso
nel Tentativo di dare alla vita
un qualsiasi significato è Teatro.
Eduardo de Feli...

mi avviavo verso il centro diurno ero emozionata e preoccupata allo stesso tempo. Avevo il timore che i ragazzi potessero non aprirsi con me, che avrebbero potuto percepirmi come una estranea che invadeva i loro spazi, la loro privacy, ed invece mi sono ritrovata in un gruppo che mi accoglieva come se fossi l'amica da chissà quanto tempo. Mentre aspettavamo che arrivassero tutti, chiacchieravo con ognuno di loro; chi mi offriva il caffè, chi dei biscotti, ridevamo e scherzavamo come se ci conoscessimo da sempre.

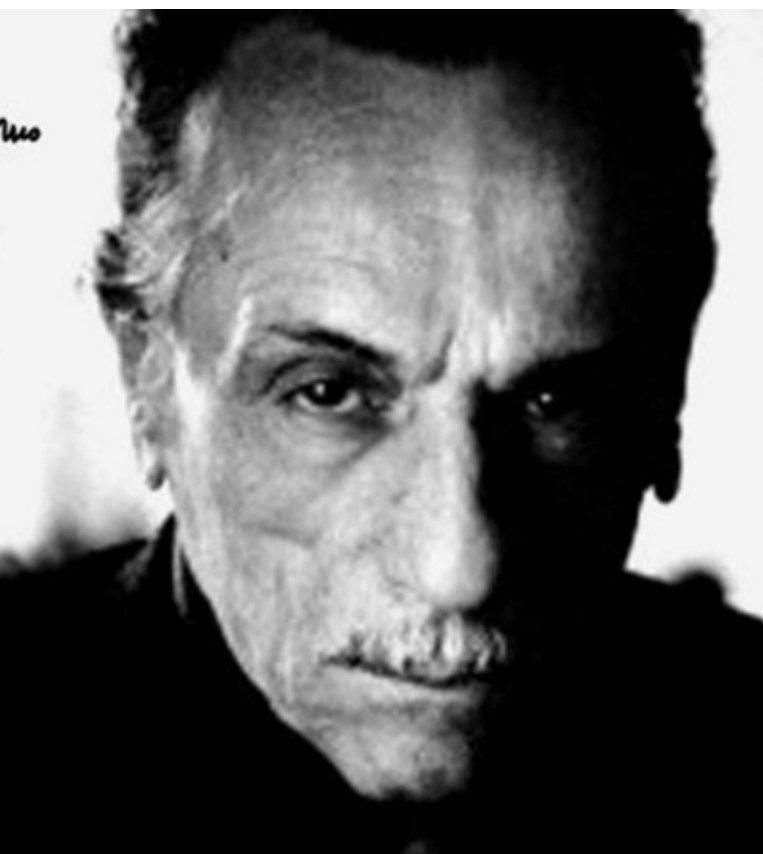
Non appena arrivati tutti, mi è stato chiesto di aspettare fuori dalla stanza per qualche secondo: i ragazzi volevano farmi una sor-

presa.

Sono uscita e dopo qualche minuto sono rientrata. Ad attendermi i ragazzi, il maestro d'arte e l'educatore in cerchio, si tenevano per mano, c'era posto anche per me.

Ci siamo presi per mano e mi hanno trasmesso, guardandomi negli occhi, e tenendomi le mani, un'energia ed un calore che mi ha emozionata ancora di più.

Il direttore di scena del gruppo ha posiziona-



to una sedia al centro della stanza, e mi ha fatto accomodare. Ad uno ad uno, intorno a me, i ragazzi recitavano i loro monologhi. Ma non sono più così sicura che il termine recitare sia così giusto.

Ogni singola parola era reale, era come una conversazione, ero partecipe di quell'evento in maniera attiva, non solo perché ascoltavo con attenzione ciò che mi dicevano, ma perché loro con le loro parole, con il loro gesti, con i loro sguardi rendevano attivo il nostro comunicare. Dopo la "pièce" che mi hanno regalato, ci siamo seduti in cerchio, ed ho spiegato loro il perché della mia presenza. Ho chiesto, con molto timore, se da quel momento in poi avrei potuto registrare la no-

stra chiacchierata, al fine di poterli guardare negli occhi uno ad uno ma senza perdere alcuna parola.

La mia prima domanda è stata... **Come è stato il vostro percorso, cosa vi è piaciuto e cosa non vi è piaciuto?**

Le loro risposte:

- *c'è tanto da dire...;*
- *parlarne fa sempre bene, io ne parlo sempre, perché parlare di questo percorso mi fa bene, è stato un regalo*
- *mi ci è voluto un po' per essere umile perché non sembra, ma fare quello che ti si dice, e farlo bene, un po' ti ferisce in un certo senso; e quindi si mette un po' da parte l'orgoglio, il fatto di essere uomini, il fatto delle discriminazioni, un po' entri in un'ottica culturale ben precisa*
- *la mia esperienza nel teatro è molto bella perché permette l'espressione del carattere, della coscienza di una persona*
- *mi ha dato gioia, forza per ricominciare, ripartire e poi di vedermi in modo diverso*
- *la cosa più bella che mi ha lasciato è la bellezza di conoscersi*

Le loro risposte, non interamente riportate per necessità di sintesi sono state così esaustive che non mi hanno portato a chiedere altro se non una frase, anche una sola parola che per loro fosse rappresentativa di questo percorso.

Ndr: anche qui per necessità di sintesi verranno riportate solo le principali parole chiave significative:

- Vivere a modo proprio concentrandosi su sé stessi
- L'amore
- La verità
- La relazione con l'altro
- L'ascolto
- La comunicazione.

CHI È DI SCENA

I ragazzi del centro diurno sono andati in scena con il loro spettacolo, io ero tra il pubblico. Tra loro, gli attori che avevo incontra-

to, in scena c'era anche un'altra persona. Un signore più grande. Credo il più grande del gruppo.

Anche lui ha interpretato un monologo; un monologo che parla di un ragazzo a cui viene diagnosticata una **SCHIZOFRENIA TICCOSA GRAVE**.

Racconta dei trasferimenti nelle varie strutture, della privazione dell'affetto dei cari. Racconta di questo ragazzo che non riusciva a calmarsi neanche con dosi elevate di Bromuro. Eppure quel ragazzo trova sollievo nelle carezze di sua zia, l'unica "terapia" che finalmente lo rilassò consentendogli di dormire.

Ma ciò, probabilmente, non bastava ai medici, non bastava alla patologia.

Questo ragazzo viene trasferito in una clinica del nord Italia, dove subisce 20 sedute di elettroshock.

Per tutto il monologo, l'attore parla in terza persona, finché sul finale commuove ulteriormente i presenti dicendo: *"ma io avevo solo 13 anni"*.

È un colpo al cuore, e allo stomaco.

Alla fine dello spettacolo tutti gli attori salutano il pubblico porgendogli la mano. Anche l'attore anziano lo fa. Per me, è stato inevitabile tirarlo a me per abbracciarlo.

Lo spettacolo è finito, le emozioni sono tante e fortissime.

Saluto tutti i ragazzi, sono felici di vedermi, lo sono davvero, non c'è finzione.

Saluto anche l'attore che non avevo conosciuto prima. Mi fermo un po' a chiacchierare con lui.

Mi racconta che ha problemi di memoria perché gli elettroshock subito l'hanno danneggiato.

Mi racconta che col tempo hanno scoperto che altro non era che un disturbo ossessivo compulsivo, non schizofrenia.

Mi racconta del suo privato, mi trasmette gioia e tenerezza.

Ha gli occhi buoni, sinceri, del colore del mare.

Lo abbraccio ancora una volta, abbraccio tutti gli altri, li saluto e vado via con un solo pensiero nella testa: **siamo noi che aiu-**

tiamo loro, o sono loro che aiutano noi?

Nel sud Italia, la figura dell'infermiere in campo riabilitativo è ancora poco sviluppata; l'infermiere viene visto dalla popolazione come una figura sanitaria che volge il proprio ruolo solo in ambito ospedaliero e non è preparata a vederlo come educatore e riabilitatore delle attività latenti di queste persone

Solo chi ha lavorato, o lavora, con queste Persone può capire quanta ricchezza ognuno di loro dona a chi sfiora le loro vite, e quanto sia necessario da parte di ognuno di noi, come persone e come professionisti sanitari, fare in modo che una persona con problemi di salute mentale non sia una persona da nascondere, ma una persona da valorizzare, affinché essa possa dare il meglio di sé, per sé stesso e per la società

SITOGRAFIA

<http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

https://books.google.it/books?id=Oy7hs4tkFaAC&pg=PA280&lpg=PA280&dq=infermiere+riabilitazione+psichiatrica&source=bl&ots=yxl-HsmjEg&sig=L0Cm-BAVSo3EABXI9-gE_Y4pG3Kk&hl=it&sa=X&ved=0ahUKEwjXtcz-qu3WAhVNY-VAKHTA3BSg4ChDoAQgxMAE#v=one-page&q=infermiere%20riabilitazione%20psichiatrica&f=false

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=8710

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/infermiere-in-psichiatria.html>

http://www.psicoterapiarca.it/181_0/default.ashx

http://www.guidaconsumatore.com/psicologia/teatro_terapia.html

<https://doc.studenti.it/altro/tecniche-di-riabilitazione-psichiatrica/teatro-terapia.html>

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

<http://www.tartavela.it/la-salute-mentale-nella-storia.html>

“... Madlena torna a casa ...”

DIMISSIONI PROTETTE, GARANZIA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DEI MALATI FRAGILI



Dott. Cosimo Della Pietà

ABSTRACT

Obiettivo del progetto è la realizzazione di un percorso assistenziale, vede coinvolti i malati di terzo livello con patologie croniche (SLA, Ictus cerebrali, Traumatizzati, patologie neurodegenerative ecc...) che dall'ospedale, in modo particolare dai reparti di terapia intensiva, sono dimessi al proprio domicilio.

Si intende costruire un percorso diagnostico terapeutico e assistenziale per coordinare gli interventi dei servizi sanitari e sociali, interessati a garantire la continuità della presa in carico globale del paziente al momento della dimissione.

Tale passaggio vede coinvolte diverse figure professionali con competenze specifiche, medici ospedalieri, medici del distretto, infermieri ospedalieri e del territorio, OSS, assistenti sociali, MMG ecc..., che insieme devono integrarsi per un fine comune.

Si vuole descrivere un percorso che accompagni, tramite un iter educativo, il malato e la sua famiglia verso l'acquisizione di quelle

competenze, per svolgere al meglio il loro ruolo e alla costruzione e definizione di un ambiente domiciliare adatto allo scopo, ovvero definire il ruolo dell'Infermiere ADI che prenderà in carico il malato, i suoi rapporti di collaborazione con l'Infermiere Case Manager ospedaliero, e altri professionisti e operatori sanitari.

Obiettivi: garantire omogenee modalità di presa in carico dei pazienti ricoverati che necessitino di continuità delle cure alla dimissione.

Offrire risposte adeguate alla complessità dei bisogni dei malati che si rivolgono ai servizi ospedalieri. Sviluppare l'integrazione tra servizi sanitari e sociali ospedalieri e territoriali, per ridurre i ricoveri impropri e i tempi di degenza e agevolare l'intervento dei servizi territoriali dopo la dimissione dall'ospedale.

Si descriveranno alcuni approcci teorici utilizzati per definire la famiglia e le sue dinamiche socio relazionali nell'affrontare la malattia e l'eventuale passaggio al domicilio di un proprio componente.

CURE DOMICILIARI: PRIMO PASSO ALTERNATIVO AL RICOVERO OSPEDALIERO

I complessi bisogni assistenziali di una popolazione sempre più anziana e meno autosufficiente, l'attenzione crescente per la qualità della vita e la necessità allo stesso tempo di un rigoroso controllo delle spese sanitarie e di un riorientamento degli accessi ospedalieri verso prevalenti condizioni di emergenza-urgenza non gestibili a livello territoriale, hanno portato alla ricerca di nuove forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero.

Nel tentativo di coniugare le aspettative dei cittadini con le risorse disponibili ed i vincoli finanziari, il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani", stralcio dal piano sanitario nazionale 1991-95, il piano sanitario 1994-96 e varie normative regionali hanno individuato nella assistenza domiciliare (AD) una valida risposta ai bisogni di cura, riabilitazione ed assistenza legati alla non autosufficienza.

L'AD è, in riferimento al piano sanitario dell'OMS per l'Europa, una attività di assistenza sanitaria primaria (ASP) e in riferimento al piano sanitario 1994-96, una attività di assistenza sanitaria di base.

L'Assistenza Domiciliare si definisce come una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata a domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte del medico di famiglia e di altri operatori (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, operatori sociali) dei servizi territoriali ed ospedalieri e delle associazioni di volontariato, secondo le necessità rilevate.

L'obiettivo delle cure domiciliari è mantenere la persona assistita presso il proprio domicilio, garantendo continuità assistenziale, favorire il recupero delle capacità di autonomia e di relazione, migliorare la qualità di vita e sostenere i familiari nel percorso di cura.

Le cure a domicilio sono garantite dal MMG, dagli infermieri dei Distretti, dal medico responsabile delle attività sanitarie distrettuali e da altri ope-

ratori.

Il MMG è responsabile dell'assistenza primaria con l'impostazione di un programma diagnostico-terapeutico ed eventualmente riabilitativo. E' inoltre responsabile dell'assistenza a domicilio che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o malati cronici, di pazienti dimessi da ospedali, di pazienti in fase avanzata di malattia, coordinando l'assistenza domiciliare.

Il medico responsabile delle attività sanitarie distrettuale valuta, in accordo con il medico di famiglia, le necessità assistenziali a domicilio e concorre, in integrazione con gli infermieri, alla definizione dei piani individuali di assistenza domiciliare.

L'infermiere domiciliare è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica (preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa) è di natura tecnica, relazionale, educativa, rivolta a persone di tutte le età. L'infermiere identifica i bisogni assistenziali della persona in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, pianifica l'intervento assistenziale. Il progetto di cure a casa può realizzarsi solo con la collaborazione attiva della persona e dei suoi familiari che sono coinvolti nell'assistenza con compiti semplici e definiti di cui accettano di condividere la responsabilità.

Gli obiettivi che il Servizio si propone sono :

- Fornire a domicilio tutti gli interventi professionali necessari per la sua attuale condizione di salute;
- Sostenere le capacità di auto-cura dell'individuo e della famiglia, che rappresentano il contributo continuo alla propria esistenza, alla propria salute e al proprio benessere, trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento.

L'intervento a domicilio è subordinato alla impossibilità della persona, per motivi sanitari, di recarsi presso le sedi ambulatoriali. Tale situazione può essere variabile nel tempo.

L'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) è un

modello di cura domiciliare caratterizzata dall'azione integrata e coordinata di operatori sanitari e sociali a domicilio, al fine di ridurre i ricoveri ospedalieri o rendere possibile una precoce dimissione dall'ospedale con un programma terapeutico e assistenziale concordato, per un periodo di tempo prestabilito tra il medico di famiglia ed il Distretto Sanitario, con il consenso della persona e dei familiari. L'ADI trova dunque indicazione quando sia utile evitare o ritardare il ricovero ospedaliero o accelerare le dimissioni. Perché tale assistenza abbia successo è però indispensabile la collaborazione attiva dei familiari, che entrano nel progetto A.D.I. con compiti semplici e specifici, concordati in modo preciso, al fine di consentire un'assistenza più qualificata ed umana.

COME SI ATTIVA?

Segnalazione scritta del medico di famiglia, al servizio **CURE DOMICILIARI** distrettuale; oppure Segnalazione scritta dal reparto ospedaliero (dimissione protetta) al servizio cure domiciliari prima della presunta data di dimissione, tempo necessario al suddetto servizio per predisporre l'assistenza al domicilio.

Alla segnalazione segue la valutazione infermieristica al domicilio dell'utente e successiva riunione di progetto alla quale partecipano il medico di famiglia, il medico del distretto, il coordinatore infermieristico, i familiari ed eventualmente l'assistente sociale, se è stato riscontrato un problema socio-assistenziale. In tale riunione si decide se esistono i requisiti fondamentali per attivare l'A.D.I. e si concorda un progetto terapeutico assistenziale individualizzato.

E' fondamentale l'adesione e la partecipazione attiva dei familiari al progetto A.D.I. per poterlo mettere in atto.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLE FAMIGLIE

La Famiglia può essere definita come un'unità biologica, psicologica e sociale molto complessa.

Il concetto che la famiglia sia uno dei maggiori obiettivi dei servizi sanitari ed infermieristici è stato largamente espresso negli USA e in Canada, e più recentemente in Europa.

L'America Nurses Association (ANA), nei suoi comunicati sulla politica sociale, nel 1980 e nel 1995, descrive la famiglia come uno degli obiettivi dell'assistenza infermieristica.

Il concetto di famiglia spesso non è definito nei risultati della ricerca, né in altre descrizioni d'interventi d'assistenza infermieristica rivolta alla famiglia. Cinque sono gli elementi critici per definire la famiglia:

- *La famiglia è un sistema complesso.*
- *C'è un impegno affettivo tra i membri che implicano doveri futuri.*
- *Le funzioni di sostegno familiare consistono nella protezione, sostentazione e socializzazione dei suoi componenti.*
- *I membri della famiglia possono essere o non essere imparentati e possono o non possono vivere insieme.*
- *Nel sistema possono esserci o non esserci bambini.*

Più recentemente, la classificazione della pratica dell'assistenza infermieristica dell' ICNP (International Classification for Nursing Practice), ha adottato la seguente definizione di Famiglia:

Un insieme di persone che sono viste come unità sociale o collettività, composta da individui uniti da legami di sangue, parentela, da unione emotiva o legale, includendo altre persone significative. L'unità sociale della famiglia è un complesso, un intero che va oltre gli individui ed i loro legami di sangue, parentela, emotivi o legali che la compongono.

Friedman nel 1992 nel suo lavoro "Family Nursing and practice" dice:

"La famiglia si riferisce a due o più persone che sono unite da condivisioni d'emozione e vicinanza e che s'identificano come famiglia. Può comprendere una famiglia allargata che vive nella stessa o in più case, famiglie senza figli, coppie di fatto,

famiglie composte da gay o lesbiche e famiglie composte da genitori singoli. I membri della famiglia non necessariamente devono vivere sotto lo stesso tetto: le unioni emozionali possono acquistare una maggiore importanza rispetto a quelle legali o biologiche”.

Tante sono le definizioni, perché tanti studiosi, in particolare, psicologi e sociologi, propongono nuovi aspetti di questo sistema. Tutte però mettono l'accento sulla dinamicità dell'insieme familiare e come esso sia fluido ed in costante mutazione.

Non dobbiamo dimenticare che, fin dai tempi di F. Nightingale, la famiglia è sempre stata vista come obiettivo continuo di cure. I suoi scritti dimostrano la sua consapevolezza dell'importanza della famiglia e della situazione familiare nella cura dei malati. Fin dagli ultimi anni del 19° secolo e nei primi del 20°, le infermiere di sanità pubblica hanno curato le famiglie nelle loro case. Tuttavia, il successivo sviluppo della medicina specialistica, degli ospedali e l'incremento delle politiche e dei finanziamenti pubblici a sostegno della sanità ospedaliera hanno ostacolato l'evoluzione della cura della salute basata sulla famiglia.

L'assistenza infermieristica alla famiglia negli Stati Uniti incominciò ad evolvere in modo significativo intorno agli anni 70, quando gli infermieri cominciarono a considerare la promozione della salute un obiettivo fondamentale dell'assistenza. Friedman (1998) afferma che certe specializzazioni infermieristiche - di salute pubblica, psichiatria e salute mentale, materno-infantile e familiare-pediatrico - hanno contribuito a mantenere e ad incrementare l'interesse dell'assistenza infermieristica alla famiglia. Queste specialità hanno integrato sviluppi e conoscenze specifiche, includendo studi sociali e

familiari, con innovazioni pratiche dell'assistenza. Questi sviluppi coincidono con altri cambiamenti, come la crescente enfasi sul benessere e sul prendersi cura di se stessi.

Si sono aggiunte, inoltre, a dare slancio, leggi statunitensi che riguardano bambini con bisogni particolari. Conseguentemente, autori come Friedman, Miller e Winstead-Fry, Wright, Leahey e



Bomar, incominciarono a considerare la famiglia come obiettivo della pratica infermieristica e cominciò ad emergere una sostanziosa letteratura sulla teoria dell'assistenza infermieristica alla famiglia e sul relativo sviluppo professionale.

La medicina, come altre professioni nell'ambito del sociale, ha sostenuto a lungo un ruolo centrale nella cura alla famiglia. La American Medical Association e l'American Board of Medical Specialties hanno riconosciuto la pratica familiare come specialità medica dal 1969. I programmi

per i medici di famiglia negli USA descrivono la pratica famigliare come una specialità medica che fornisce continue ed estensive cure a persone di tutte le età, diagnosticando e trattando un grande spettro di malattie, inclusi gli stress emotivi e disturbi psichiatrici.

Da quando è emerso il concetto di cura centrato sulla famiglia, i gruppi sanitari professionali sono

le persone; Riconoscere che i pazienti e le famiglie possono definire la famiglia in modo differente; Promuovere un sistema sanitario che integri globalmente tutte le discipline che hanno come obiettivo la cura della famiglia; Cercare di coinvolgere la completezza della famiglia nelle attività degli erogatori di cure.

MODELLI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLE FAMIGLIE

L'assistenza infermieristica alla famiglia ha attinto molto da altre scienze sociali come l'antropologia, la psicologia, e la sociologia. Anzi, Friedlman non vede attualmente una sola teoria o un solo modello concettuale capace di descrivere questa assistenza.

Viene identificata una forma integrata di teorie che si possono ridurre a tre fondamentali fonti concettuali. Un certo numero di teoriche dell'assistenza infermieristica, come Nightingale, King, Neuman, Orem, e Rogers, hanno contribuito alla evoluzione della teoria della assistenza infermieristica alla famiglia, ma Friedman conclude che questo genere di teorie si sono rivelate di scarsa utilità alla pratica infermieristica perché queste teorie hanno come loro centro di interesse l'individuo.

Poiché è solo dagli anni 1950 che la famiglia nella sua globalità è considerata come cliente nella letteratura infermieristica, c'è poca evidenza nell'assistenza infermieristica, sino ad allora, di una formale teoria della famiglia, unica e distinta.

Le teorie della famiglia nelle scienze sociali sono le più sviluppate e riguardano l'interazione della famiglia con l'ambiente. Esse trattano d'interazioni all'interno della famiglia e come la famiglia cambia e reagisce ai problemi di salute. I maggiori contributi concettuali in questo campo sono:

- (1) **strutturale -funzionale**, (2) **interazionale**, (3) **evolutivo**.



più attenti a promuovere servizi multidisciplinari che condividano l'approccio dei vari erogatori di salute. Un esempio di servizio multidisciplinare centrato sulla famiglia si vede nell'Istitute of Family Centred Care negli USA. Fondato nel 1992 per portare avanti l'obiettivo e la pratica della cura centrata sulla famiglia, a medici, infermieri e altri professionisti che hanno sviluppato un bagaglio di conoscenze a sostegno della pratica.

Queste conoscenze comprendono: Riconoscere che la famiglia è una costante nella vita di tutte

Gli attuali approcci emergenti per studiare le famiglie sono quadri concettuali che hanno come obiettivo concetti di scambio economico, sociale, legale o conflittuale.

Le teorie di terapia familiare, sebbene derivino dalle scienze sociali e familiari, hanno una origine clinica e professionale. In altre parole sono teorie che si sono sviluppate lavorando con disfunzioni familiari. Sebbene si basino essenzialmente su patologie, descrivono aspetti di dinamiche e di modelli che esistono comunemente nelle famiglie.

VALUTAZIONE DELLA FAMIGLIA E MODELLI D'INTERVENTO

Molti approcci possono essere utilizzati per raccogliere informazioni con scopi valutativi. Tuttavia, Hanson afferma che nessuno dei modelli utilizzati nell'assistenza infermieristica possa adattarsi a tutte le famiglie e possa rispondere a tutte le necessità d'analisi del professionista. Si possono in ogni caso prendere in considerazione alcuni modelli sviluppati da infermieri di famiglia:

Il modello di valutazione e di intervento orientato alla famiglia

Basato sul Modello di sistema di cura della salute elaborato da Betty Neuman, Berkey e Hanson hanno esteso il Modello all'obiettivo famiglia. Il modello postula che, per mantenere il suo equilibrio nel tempo, la famiglia sviluppa una serie di risposte ad agenti stressanti conosciuta come linea di difesa e di resistenza. Quando l'elemento stressante penetra il sistema di difesa la famiglia manifesta il problema. La sua reazione dipende dalla carica del fattore di stress e dalla sua capacità di mettere in atto risorse per preservare il suo equilibrio. Il modello è orientato: a) alla promozione della salute e alle attività che danno benessere; b) all'identificazione di problemi, o situazioni familiari (es. alloggio inadeguato, perdita del lavoro per il capofamiglia, presenza di un figlio portatore di handicap etc.) e capacità della famiglia di far fronte ad esse; c) al mantenimento della stabilità e del funzionamento ai livelli di

prevenzione/intervento. Il Family System Stressor-Strength Inventory (FS31) è uno strumento di valutazione basato su questo modello.

Il Modello di valutazione secondo Friedman

Questo modello si è sviluppato basandosi sui sistemi struttural-funzionali e sulle teorie dell'evoluzione familiare. L'approccio di Friedman vede la famiglia come un sistema aperto che interagisce con altre istituzioni della società come quelle della salute, dell'educazione, religiose, con finalità rivolte alla famiglia stessa, nella sua struttura e nelle sue funzioni. La struttura concettuale, sviluppata per la prima volta nel 1970, allarga i suoi obiettivi nelle versioni più recenti (3° e 4°) includendo la diagnosi infermieristica e gli interventi nella pianificazione assistenziale rivolta alla famiglia, nonché prospettive multiculturali.

Modello di valutazione e intervento di Calgary

Contributo canadese in questo campo, la CFAM la CFIM fondono concetti dell'assistenza infermieristica e della terapia familiare e li sviluppano all'interno della teoria dei sistemi, del postmodernismo, della cibernetica, delle teorie della comunicazione, delle teorie del cambiamento e sulla biologia cognitiva. Il punto focale della valutazione consiste nel collegare opportunamente le informazioni circa le condizioni strutturali, evolutive e funzionali delle famiglie. Un'enfasi particolare è posta nell'identificare i punti di forza e le risorse della famiglia.

Il Postmodernismo abbraccia molteplici filosofie, la sua applicazione al nursing permette di affermare che: **"Ci sono tanti modi di conoscere e provare una malattia quante sono le famiglie che vivono la malattia, e che il cambiamento di un membro della famiglia coinvolge tutti i componenti della famiglia stessa"**.

La cibernetica postula che i sistemi familiari possiedano capacità di autoregolazione che contribuiscono al cambiamento evolutivo dei modelli comunicativi e comportamentali.

La teoria della comunicazione considera non solo ciò che viene detto, pone in grande risalto la comunicazione non verbale che si realizza in presenza di altre persone.

Il CFAM è una mappa della famiglia e presuppone che la famiglia sia quella che dice di essere. I mezzi di valutazione, sviluppati per la prima volta nel 1983, sono stati tradotti in francese, giapponese, coreano e svedese. Recentemente hanno subito cambiamenti in funzione degli interessi e delle influenze d'altri paesi, come la riduzione delle giornate di degenza in ospedale, la gestione dell'assistenza, l'aumento della partecipazione degli utenti e l'aumento delle differenze culturali, dall'impatto delle cure sanitarie. E' così emerso un approccio più "collaborativo, di consultazione, non gerarchico".

Il CFIM, introdotto nel 1994, fornisce uno strumento per decidere gli interventi coerenti alla valutazione che è stata fatta della famiglia. Con questo strumento è fondamentale riconoscere che ciascuna famiglia è unica e possiede risorse specifiche che le sono proprie. Gli interventi mirano a rafforzare, promuovere e/o sostenere un efficace funzionamento della famiglia, sia in ambito cognitivo sia affettivo e comportamentale. L'obiettivo consiste nell'aiutare i suoi membri a scoprire nuove soluzioni che aiutino a ridurre e cancellare le sofferenze emotive, fisiche e spirituali.

Il Modello OMS/EURO d'Assistenza Infermieristica alla Famiglia

Il modello infermieristico di salute familiare (FHN) della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO EURO) si sviluppa su diversi quadri concettuali già menzionati. Combina aspetti della teoria dei sistemi (per analizzare la complessità delle cure sanitarie); della teoria dell'interazione (per considerare la relazione dell'assistenza infermieristica con la famiglia e gli individui); e della teoria evolutiva (per stimolare la consapevolezza e la comprensione delle diverse tappe dello sviluppo degli individui e della famiglia e meglio definire le famiglie stesse). Nel contesto di questo modello, l'infermiere è definito

come colui che **"aiuterà gli individui e le famiglie a contrastare la malattia e le affezioni croniche, le minacce dello stress, spendendo una gran parte del suo tempo al domicilio dei pazienti e con le loro famiglie"**.

La teoria del cambiamento tratta il fenomeno di come e che cosa costituisca un cambiamento nel sistema familiare. Gli infermieri devono simultaneamente interpretare le interazioni nella famiglia e le loro con la stessa.

La biologia della conoscenza concettualizza l'idea che come esseri umani sviluppiamo diversi modi di vedere il mondo basati sulla biologia e la fisiologia, non sulla filosofia. Le persone producono le esperienze interagendo con il mondo, se stesse e gli altri. (Wright and Leahey (2000)

In questo modello sono identificate quattro modalità d'intervento:

- 1. Prevenzione primaria:** verificare la possibile presenza di fattori dannosi che minacciano la salute e lavorare attivamente per evitare che questo si ripercuota sulla famiglia.
- 2. Prevenzione secondaria:** attraverso attività come screening, programmi vaccinali ed una approfondita conoscenza della famiglia, permettere rapidi interventi per ridurre al minimo la disaggregazione individuale e familiare, coinvolgendo altre risorse e altri professionisti della salute.
- 3. Prevenzione terziaria:** ha come obiettivo la riabilitazione e la ricostruzione delle "risorse di resistenza" della famiglia.
- 4. Interventi in casi critici /assistenza diretta:** implica una collaborazione tra l'infermiere e la famiglia o con il singolo per appropriati interventi di cura, riabilitazione, cure palliative e o altri supporti.

Attualmente sembra che la consistenza e la congruenza del linguaggio e le basi teoretiche dell'assistenza infermieristica familiare siano variabili. Inoltre, la qualità dei servizi erogati rimane inestricabilmente condizionata alle diverse realtà dei servizi sanitari, alle loro priorità, valori e risorse, nonché alla formazione ed alle competenze dei professionisti. Ciò nonostante, si possono

individuare delle costanti nei diversi modelli esistenti cui fa riferimento la pratica infermieristica nel settore:

1. L'esercizio professionale include una prospettiva olistica di assistenza, che colloca l'individuo bisognoso di supporto o di cura all'interno del gruppo familiare e prende l'intera famiglia come obiettivo dell'assistenza.
2. La pratica evidenzia che la struttura, i punti di forza, le debolezze e le dinamiche della famiglia influenzano direttamente il potenziale ottimale di salute o il livello di malattia, e perciò influenzano direttamente la stima infermieristica ed i modelli d'intervento.
3. L'infermiere promuove un significativo coinvolgimento dei familiari nella stima, nella pianificazione e decisione così come nella erogazione delle cure.
4. La professione mette in campo una serie di risorse e servizi che comprendono la valutazione, la formazione e l'assistenza. Questo determina la mobilitazione di risorse da altre professioni e servizi in campo sanitario e sociale.

Modello concettuale di Dorothea Orem

La disciplina infermieristica è fondata su modelli teorici di riferimento che presentano concetti e relazioni riguardanti la professione. Tra i vari modelli emerge Dorothea Orem, teorica americana, che sviluppò i suoi concetti di nursing intorno agli anni 50.

Il modello teorico di D. Orem può essere preso come riferimento nell'assistenza domiciliare in quanto le poche risorse a disposizione richiedono uno sviluppo massimo della capacità di auto assistenza da parte del paziente e da chi gli è vicino.

Il modello Concettuale di D. Orem, prende in considerazione l'individuo nella sua globalità, tenendo conto delle sue capacità di autocura, sia in condizioni di salute che in momenti particolari della vita cui necessita di cure specifiche anche ad opera di altri.

La domanda di assistenza nasce dallo squilibrio

fra il bisogno di cure e la capacità dell'individuo di soddisfarle autonomamente o con l'aiuto dei familiari, dei servizi sociali e sanitari a disposizione. L'obiettivo è quello di raggiungere il massimo benessere possibile per quell'individuo, e per questo l'infermiere si deve avvalere, oltre che delle proprie capacità, anche delle risorse disponibili che gli provengono dalla famiglia e dalla società. Si deve tener conto della possibilità di **aumentare la capacità di self-care della persona e della famiglia**, della possibilità di modificare l'ambiente per renderlo più idoneo e favorevole allo sviluppo dell'autonomia personale. Il sistema di nursing pianificato dovrà essere di natura dinamica, quindi valutato e riadattato via via che cambiano le richieste e le capacità di self-care della persona.

I suoi concetti di nursing si basano su "inadeguata cura di sé" che viene suddivisa in:

- teoria dell'auto assistenza: la cura di sé è la pratica dell'attività che gli individui intraprendono ed eseguono per raggiungere un ottimale equilibrio di salute psicofisica;
- teoria della mancanza dell'auto assistenza: viene sperimentata quando l'individuo non è in grado di curare se stesso, le persone possono trarre beneficio dal nursing quando sono soggette a limitazioni collegate allo stato di salute che li rendono incapaci di una continua auto assistenza o di un'assistenza dipendente o l'assistente mettere in atto ed efficacia incompleta.

I deficit di self – care sono definiti completi o parziali: completo, significa non avere nessuna capacità di soddisfare una richiesta terapeutica di cura di sé; un deficit parziale può essere esteso o limitarsi all'incapacità di soddisfare uno o più requisiti della cura di sé nell'ambito di una richiesta terapeutica di cura.

Nel corso dell'assistenza – secondo la Orem – l'infermiere può: agire in vece del cliente, orientarlo e guidarlo, sostenerlo sul piano fisico e psicologico, promuovere la creazione di un ambiente favorevole allo sviluppo dell'individuo, e fornirgli un'educazione continua.

Nella teoria dei sistemi infermieristica, a seconda

della maggiore o minore autosufficienza di colui che richiede l'aiuto, sono distinti tre diversi sistemi d'assistenza infermieristica:

1. Sistema totalmente compensato-

rio: quando la persona non può avere cura di sé e l'infermiere compensa la sua totale incapacità, per esempio una persona in stato di coma.

2. Sistema parzialmente compensa-

torio: dove l'infermiere compensa le carenze del cliente e regola lo svolgimento d'alcune cure di sé, per esempio una persona con emiplegia capace di partecipare alla cura di sé purché opportunamente aiutata ed istruita.

3. Sistema educativo e di sostegno:

quando il cliente è in grado di compiere e di apprendere i vari aspetti della cura di sé, per esempio l'educazione all'igiene e sostituzione della colostomia in una persona autosufficiente.

Anche all'interno del codice deontologico dell'Infermiere 2009, si evince che ***“l'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia la disabilità, svantaggio, fragilità”***.

PROGETTO DI GESTIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI DEI MALATI DI TERZO LIVELLO, DALL'OSPEDALE AL DOMICILIO

Obiettivi

Garantire omogenee modalità di presa in carico dei pazienti di terzo livello assistenziale ricoverati, che necessitino di continuità delle cure al proprio domicilio, dopo la dimissione.

Le finalità

Offrire risposte adeguate alla complessità dei bisogni dei malati che si rivolgono ai servizi ospedalieri, sviluppare l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, ospedalieri e territoriali, ridurre i ricoveri impropri e i tempi di degenza, agevolare

l'intervento dei servizi territoriali dopo la dimissione dall'ospedale, garantire un canale comunicativo tra professionisti che operano nell'ospedale e al domicilio.

Ambito di applicazione

L'istruzione operativa descrive le attività messe in atto per coordinare gli interventi dei servizi interessati a garantire la continuità della presa in carico globale dei pazienti al momento delle dimissioni.

Un importante riferimento nazionale per la costruzione del presente elaborato, deriva dal modello organizzativo realizzato nella regione Piemonte, che tramite il DGR 27-3628 del 28/3/2012, ha dato mandato alle Aziende Sanitarie di costituire i NOCC (Nuclei Ospedalieri Continuità delle Cure), per la gestione del percorso di continuità assistenziale; a seguito di questo assetto normativo, l'Azienda Città della Salute ha formalizzato la costituzione dei NOCC con delibera n° 1149/2013 del 5/12/13, costruendo un percorso assistenziale ospedale territorio che può essere di riferimento per i nostri obiettivi. Questo per la dettagliata e originale modalità operativa, con cui è stata applicata la normativa alla realtà organizzativa e, per la sua notevole validità al fine di poter essere usata come esempio per l'applicazione, con i dovuti adattamenti, ad altre realtà organizzative socio sanitarie nazionale.

Le attività in dettaglio

Segnalazione del caso da parte del personale della struttura di degenza.

Il personale della struttura di degenza per tutte le persone ricoverate deve valutare il più presto possibile, durante il percorso assistenziale, se al momento della dimissione il paziente potrà presentare:

- **bisogni assistenziali sanitari:** si intendono tutte quelle pratiche assistenziali sanitarie non gestibili in modo autonomo dal singolo paziente; ad esempio necessità di terapie endovenose, gestione di cateteri, medicazioni avanzate e complesse, presenza di disabilità, previsione di peggioramento delle

condizioni generali, ecc.

- **bisogni esclusivamente sociali:** si intende quei pazienti che pur presentando alla dimissione bisogni assistenziali gestibili in modo autonomo (dal paziente stesso o dai famigliari) lasciano emergere durante il ricovero “segnali di allarme” di una possibile situazione sociale che rappresenti un rischio potenziale anche per la salute; ad esempio abitazione non adeguata, problematiche personali o familiari, abbandono, ecc.

Nel caso siano presenti bisogni assistenziali e sociali il personale della struttura di degenza (in particolare il coordinatore) deve inviare la segnalazione con il Modulo **“Scheda segnalazione intra ospedaliera per continuità assistenziale”** tempestivamente (e comunque entro massimo 15 giorni dalla data di dimissione prevista – ovviamente per ricoveri inferiori ai 15 giorni la segnalazione va fatta a maggior ragione il prima possibile) al NOCC.

Nel caso in cui non siano presenti bisogni assistenziali ma si ravvisino solo possibili bisogni sociali la segnalazione va inviata solo al servizio Sociale (Modulo di richiesta di consulenza sociale).

Modalità di valutazione del caso

La valutazione del caso, da parte del NOCC, deve avvenire entro 3 giorni lavorativi dalla segnalazione tramite un incontro preferibilmente congiunto (Assistente Sociale e Coordinatore Infermieristico) con il personale dell'area di degenza interessata (in genere il Coordinatore ed un infermiere di riferimento) di presentazione del caso, durante il quale si valutano i bisogni assistenziali e sociali del paziente e si inizia a compilare il modulo di segnalazione al distretto di residenza (proposta di percorso in continuità assistenziale per pazienti adulti). Può essere utile e/o necessario in questa fase anche un primo colloquio con il paziente e/o la famiglia.

Presa in carico del caso

La presa in carico del caso è sia sociale che assistenziale: presa in carico sociale attraverso collo-

quio con paziente e/o care giver, indagine sociale, informativa benefici di legge tramite colloquio e consegna dell'informativa relativa.

Coinvolgimento servizi territoriali e presa in carico assistenziale attraverso la valutazione delle necessità assistenziali e/o cliniche dopo la dimissione. Individuazione dei presidi e materiali necessari, individuazione del care giver.

L'assistente sociale definisce il livello di complessità sociale (bassa - media – alta) attraverso la redazione della scheda sociale che comprende: area abitativa, area familiare, area economica, area istituzionale, area trasporti. Mentre il coordinatore infermieristico e il medico del NOCC definiscono il livello di complessità assistenziale al fine di valutare la modalità più appropriata di dimissione protetta e per identificare le opportune risorse da attivare. Si può utilizzare la classificazione proposta per il territorio dalla DGR Piemonte 41-5952 del 7 maggio 2002.

Nel caso in cui emerga che i bisogni assistenziali non richiedono la presenza di un care giver ma siano evidenziati bisogni sociali, il paziente viene preso in carico dal Servizio Sociale; nel caso in cui non si evidenzino neanche bisogni sociali la struttura di degenza procederà con una dimissione ordinaria al domicilio.

Individuazione ausili, presidi sanitari e diritti di Legge

Il coordinatore infermieristico del NOCC collabora con il personale della struttura di degenza per l'individuazione di ausili e presidi necessari e facilita il percorso di richiesta con l'Asl di residenza e aiuta a predisporre la modulistica necessaria (**Modulo richiesta ausilio**).

L'assistente sociale provvede ad individuare i benefici previsti dalla Legge, ad informarne il paziente e/o la famiglia e a supportare sia il personale della degenza che i famigliari nell'avvio delle procedure per l'ottenimento degli stessi.

Individuazione del care giver e indagine sociale. Il personale sanitario del NOCC, in accordo con la struttura di degenza, provvede a sostenere il paziente e/o la famiglia nella scelta del care giver: scelta del care giver di un paziente maggiorenne,

il care giver viene di norma individuato dal paziente stesso.

L'assistente sociale nel contempo conduce l'indagine sociale per valutare se le condizioni abitative, familiari e le caratteristiche del care giver permettono la dimissione al domicilio.

Individuazione soluzioni alternative al domicilio.

Nel caso in cui non sia individuabile un care giver ovvero non vi siano le condizioni sociali necessarie, esperiti tutti gli interventi per il superamento delle eventuali difficoltà al ritorno al domicilio e superata la fase acuta di malattia, si dovranno individuare le possibili soluzioni alternative al ricovero offerte dal territorio sotto qualsiasi forma a seconda delle preferenze e disponibilità del paziente e/o della famiglia (**strutture pubbliche, convenzionate, private, del volontariato**) e della idoneità alle necessità assistenziali del paziente.

Nel caso sia appropriato avviare un percorso per ricovero in hospice – previo consenso del paziente ed ella famiglia – si utilizza la modalità procedurale descritta nell'apposita scheda **“istruzione operativa valutazione hospice”**.

Per i malati con elevata complessità assistenziale, ma con una completa stabilizzazione delle condizioni cliniche si può prevedere un periodo di ricovero presso una struttura di **“Dimissione protetta cure intermedie”** al fine di preparare, facilitare o attendere l'organizzazione del successivo percorso di cura al domicilio o in struttura protetta.

Addestramento dei care giver

L'addestramento del care giver deve avvenire seguendo un programma strutturato definito dagli operatori della struttura di degenza, con il coinvolgimento degli infermieri ADI che prenderanno in gestione il caso al domicilio. Tale percorso termina una volta che il Coordinatore dell'area di degenza ne possa attestare il raggiungimento delle competenze.

Al termine dell'addestramento verrà esplicitata una valutazione sulla idoneità del care giver in modo congiunto da operatori sanitari e sociali della continuità.

Nel caso di non idoneità e di assenza di care giver alternativo, il paziente dovrà essere indirizzato verso soluzioni alternative alla dimissione al domicilio.

Programmazione delle dimissioni - Il coordinatore infermieristico e l'assistente sociale del NOCC provvedono ad inoltrare il più presto possibile, una volta acquisiti il minimo di elementi necessari, la segnalazione al territorio utilizzando un'apposita modulistica **“segnalazione dimissione ospedaliera”**.

Nel caso in cui il servizio territoriale non fornisca riscontro entro 3 gg. lavorativi, il NOCC provvederà a contattare direttamente il Medico di Medicina Generale.

Nel caso in cui vi sia necessità di sottoporre il progetto sul paziente all'unità di valutazione (geriatrica, handicap, minori) il NOCC si occuperà di attivare il percorso in sinergia con i servizi sociali territoriali. Se richiesto e/o necessario può essere concordato un incontro con gli operatori del territorio; durante tale incontro il personale della struttura di degenza e quello del NOCC presentano il caso agli operatori del territorio.

Nel momento in cui le condizioni del paziente permettono le dimissioni e, verificata con la famiglia la presenza di tutti gli ausili richiesti e l'avvenuto collaudo, la fornitura dei farmaci e dei presidi monouso necessari, si organizzerà ove previsto e se necessario, il trasporto in ambulanza del paziente al domicilio.

Le dimissioni di un paziente in tutte le forme di cure domiciliari possono avvenire esclusivamente nel giorno concordato con il Responsabile territoriale delle Cure Domiciliari, in quanto è previsto dalla normativa in materia che la presa in carico avvenga nel giorno stesso di arrivo al domicilio previa visita congiunta del personale infermieristico territoriale che del MMG.

Per quanto riguarda l'archiviazione, tutta la documentazione (**sia sanitaria che sociale**) relativa a ciascun caso di continuità assistenziale verrà archiviata in formato informatizzato dopo scannerizzazione dell'originale cartaceo in cartelle dedicate per ciascun paziente e archiviate nel

percorso di cura. Il cartaceo verrà attentamente smaltito nel rispetto della Privacy.

Individuazione e formazione del Care giver, descrizione sintetica

L'istruzione operativa intende descrivere le modalità secondo le quali il care giver viene formato e reso idoneo ad assolvere al suo ruolo. Il presente documento ha validità tre anni dalla data di emissione, salvo che mutate esigenze dell'Azienda o nuove necessità organizzative non ne richiedano la revisione in tempi più brevi.

Le richieste di modifica possono essere effettuate dal responsabile del processo o dal responsabile del documento. Alla scadenza del terzo anno dalla emissione, la revisione del documento viene effettuata dal responsabile del documento.

Lo scopo è quello di uniformare la formazione e l'addestramento del care giver durante la degenza ospedaliera in merito alle diverse tecniche e pratiche assistenziali da eseguire a domicilio, alla luce della specificità del paziente.

Il termine **“care giver”**, preso in prestito dalla lingua inglese, esplica in modo sintetico il concetto di **“persona che deve prestare assistenza continuativa e rilevante, in genere a familiari colpiti da una malattia”**. Il care giver, attraverso l'educazione terapeutica, deve appropriarsi degli strumenti cognitivi e delle tecniche necessarie alla gestione del paziente e deve raggiungere una propria autonomia in merito alle capacità di auto-sorveglianza, cura, ragionamento e decisione implicati dalla condizione patologica.

In ogni ambito è molto difficile per un parente accettare la malattia del proprio familiare e calarsi in un ruolo diverso, nel quale diventare partner del percorso di cura: il coinvolgimento emotivo infatti rende inizialmente insicuri sulle proprie possibilità di successo e sulla capacità di sostenere serenamente la gestione della patologia a domicilio. I familiari si sentono frequentemente inadeguati e spaventati e soltanto l'accompagnamento professionale e i costanti e numerosi esercizi si rivelano strategie utili per fortificare la autonomia e la fiducia in se stessi.

Gli operatori sanitari diventano un punto di appoggio e di riferimento fondamentale per il paziente e la sua famiglia, consentendo progressivamente di sentirsi meno dipendenti, attraverso l'acquisizione di competenze riferite al contesto. La valutazione delle esigenze sociali e personali, in senso lato, del care giver è fondamentale per garantire la migliore assistenza possibile al paziente e la sua sostenibilità nel tempo.

Il contesto sociale ed ambientale di appartenenza è importante e la sua valutazione dovrà basarsi su un'analisi approfondita che metta in relazione i dati oggettivi portati dai diretti interessati, ed eventualmente verificati con i servizi territoriali, con le specificità dei bisogni sanitari malato.

L'indagine sociale dovrà inoltre tenere conto del grosso impatto sull'intera famiglia del lavoro di cura, con conseguenti rischi di isolamento, stress e limitazioni della vita sociale e lavorativa, mettendo in campo tutte le risorse possibili che comprendono i percorsi previdenziali (congedi parentali, invalidità civile-riconoscimento situazione di handicap grave ai sensi della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” ...), il sostegno del volontariato, l'erogazione da parte del territorio di assegni di cura con cui poter offrire soluzioni alternative o integrative al care giver familiare, l'attivazione di custodie minori, affidi, buoni servizio (Legge n.328 del 8/11/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”).

L'assistente sociale opera quindi in ottemperanza alle linee guida regionali in materia di continuità assistenziale tra ospedale e territorio per i pazienti in età evolutiva, ed adulti costruendo una rete che implichi l'incontro e la progettazione del percorso di cura.

Criteri generali per l'individuazione del care giver

Devono essere formati almeno due care giver per garantire, in assenza dell'uno o dell'altro, l'esecuzione della tecnica in modo efficace e tempestivo e per consentire reciproci momenti di sollievo.

Dei due care giver, uno deve essere preferibilmente convivente con il malato.

Deve essere scelto quello che trascorre maggiore tempo con il malato, con un carico di lavoro meno oneroso rispetto all'altro, che manifesta minore disagio emotivo e difficoltà nell'assumere tale ruolo.

Il secondo care giver può essere individuato dal primo care giver, nell'ambito della famiglia o all'esterno di essa (altro parente, educatore, badante).

Se non è possibile l'identificazione del care giver primario e secondario nell'ambito familiare, o se il caso è di elevatissima complessità (es. dipendenza da alta tecnologia), l'assistente sociale con le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza del malato, provvedono ad individuarne uno esterno, valutando tutto quello che ciò comporta (es. addestramento specifico, forme integrative di pagamento...)

Il care giver straniero deve possedere un livello accettabile di conoscenza della lingua italiana che consenta una comunicazione efficace, valutabile dall'équipe curante e sempre condivisa con il servizio di Mediazione Interculturale.

Il care giver non deve presentare segni manifesti relativi all'uso di sostanze e/o alcool, perché è fondamentale che sia "lucido" ed orientato, capace di garantire l'assunzione del ruolo nel rispetto della tutela del malato; se l'infermiere o il personale medico rilevano qualche segno che possa anche solo far sospettare una dipendenza patologica, una fragilità psichiatrica o comunque un qualunque altro indicatore di disagio, deve segnalarlo alle assistenti sociali ospedaliere che provvedono ad ulteriori approfondimenti.

Tramite un colloquio dell'équipe di cura informa i parenti della necessità di individuare due care giver, per la gestione domiciliare del paziente secondo quanto sopra indicato. L'équipe di cura contatta l'Assistente Sociale ed insieme approvano i nominativi.

Per l'individuazione dell'infermiere case manager ospedaliero di riferimento per l'addestramento, il coordinatore infermieristico identifica uno o due infermieri che provvederanno all'addestramento

del care giver valutando:

- l'esperienza professionale maturata durante il periodo di servizio,
- l'attitudine e predisposizione all'insegnamento e alla formazione,
- le competenze relazionali.

Contenuti dell'addestramento - Per ogni tecnica assistenziale gestibile al domicilio è opportuno, prima di iniziare l'addestramento:

- definire il limite minimo di osservazioni e ripetizioni della tecnica in autonomia su manichino (se effettuabile),
- definire il limite minimo di osservazioni e di ripetizioni della tecnica in autonomia sul paziente,
- definire le conoscenze (sapere e saper fare) necessarie per la gestione della situazione di urgenza/emergenza per ciascuna tecnica,
- definire i segni e sintomi delle complicanze che il caregiver deve essere in grado di riconoscere,
- definire gli elementi peculiari ed irrinunciabili affinché il domicilio sia reso un ambiente idoneo ad eseguire la pratica appresa,
- definire la check list per la valutazione dell'area del sapere fare e il questionario per la valutazione dell'area del sapere.

Predisposizione del piano di addestramento

Il Coordinatore Infermieristico predispone un piano di addestramento personalizzato che integri e tenga in considerazione i seguenti elementi:

- tempo complessivo di presenza del caregiver in ospedale,
- compliance del caregiver,
- complessità del paziente e complessità assistenziale,
- organizzazione del reparto e risorse umane disponibili.

Al variare delle sopraindicate condizioni il piano può essere modificato ed adattato ai cambiamenti sopraggiunti. In esso deve essere definito, a livello teorico, il tempo complessivo che si ritiene essere necessario all'addestramento.

Gli infermieri individuati, sulla base del piano stilato, devono concordare con il care giver un programma di addestramento, in cui si specificano le date degli incontri e si esplicitano le modalità dei medesimi (**Modulo:Programma di addestramento del care giver**).

Effettuazione dell'addestramento

È preferibile disporre di un luogo tranquillo in cui il care giver possa esercitarsi indisturbato.

Ciascun incontro di addestramento deve essere registrato dall'infermiere su un apposito modulo; il care giver e l'infermiere appongono la loro firma nella casella del modulo relativa a ciascun incontro. L'addestramento si compone di fasi coerenti con quanto definito nella specifica di ciascuna tecnica assistenziale e che comprendono: spiegazione verbale al care giver della procedura; Osservazione della dimostrazione della procedura eseguita dal professionista prima sul supporto tecnico (manichino) e poi sul malato; Esecuzione della procedura da parte del care giver su supporto tecnico, in presenza del professionista; Consegna al care giver della scheda informativa relativa alla procedura; Esecuzione della tecnica sul malato, in presenza del professionista; Analisi congiunta infermiere- care giver delle criticità e del superamento delle stesse per l'effettuazione a domicilio.

E' opportuno predisporre nella fase finale del percorso formativo, un incontro con l'infermiere ADI che prenderà in gestione il caso, per creare una continuità nelle informazioni che si vengono a trasmettere al care giver.

Durante l'addestramento gli infermieri incaricati segnalano ogni criticità di rilievo (ad esempio mancati appuntamenti, apparente indifferenza del care giver, mancata disponibilità, inidoneità delle condizioni logistiche a domicilio,ecc.) al coordinatore che provvederà a cercare di capirne le ragioni e ad effettuare un'azione correttiva, che se non efficace o non attuabile porterà alla segnalazione della criticità alla continuità assistenziale, ai medici, al servizio sociale, in quanto andrà ridiscusso e ridefinito l'intero programma di dimissione.

Per la verifica infermieristica dell'avvenuto addestramento, al termine del periodo di formazione previsto per ciascuna tecnica, si deve constatare l'avvenuto apprendimento del care giver. Tale valutazione va eseguita mediante l'osservazione diretta dell'esecuzione della tecnica,utilizzando come check list delle schede informative. La documentazione riferita all'addestramento deve essere conservata nella cartella clinica del paziente.

Il coordinatore infermieristico e gli infermieri addestratori certificano alla dimissione l'avvenuto addestramento con il modulo "Programma di addestramento del care giver" che viene controfirmato dal/i care giver addestrati.

Il monitoraggio è attribuito per competenza ai professionisti del territorio di residenza/domicilio del paziente. In caso di richiesta da parte del territorio o in occasione di successivi contatti con l'Ospedale è prevista la possibilità di una verifica infermieristica a lungo termine rispetto alla corretta esecuzione della tecnica insegnata, in occasione di visite domiciliari, ricoveri successivi del malato, accessi al settore diurno.

Aspetti etici

Il nuovo assetto che si vuole delineare, nei diversi Sistemi Sanitari Regionali, rinforza il ruolo degli ospedali nella gestione del paziente in situazione di acuzie e la necessità di contenimento dei costi, richiede sempre più una efficienza gestionale che si fonda su un tasso di occupazione dei posti letto elevato. Peraltro, l'aumento costante della richiesta di prestazioni necessita da parte degli ospedali di garantire un efficiente turn over dei pazienti e la massima appropriatezza. In questo contesto la possibilità di assicurare **dimissioni sicure e rapide** presuppone una gestione delle relazioni con il territorio precisa e capillare, ma soprattutto tempestiva al fine di poter attivare le risorse necessarie. La corretta gestione dei casi cronici e complessi può essere preparata solo assicurando una valutazione olistica non solo dei bisogni assistenziali sanitari ma anche delle condizioni sociali ed ambientali in cui il nucleo familiare è inserito, al fine di evitare il burn

out della famiglia stessa e un precoce ed inappropriato rientro in ospedale.

Esiste inoltre, nei confronti dei malati, una responsabilità giuridica di tutela della persona malata da parte dell'Azienda Sanitaria, relativamente alla capacità di rispondere a tutti i suoi bisogni dopo la dimissione. Questi due aspetti richiedono una collaborazione tra tutte le figure professionali coinvolte affinché la valutazione sia il più possibile globale e arricchita sulla base delle competenze specifiche dei professionisti. Gli aspetti relativi alla comunicazione e all'informazione sono particolarmente critici, in quanto ci si trova di fronte a situazioni cliniche gravi e talora croniche che impegnano dal punto di vista assistenziale soprattutto emotivo e relazionale, oltre ad avere un elevato impatto sulla qualità di vita del paziente e dell'intero nucleo familiare. Inoltre, spesso ci sono situazioni familiari in cui il livello culturale e le relazioni parentali o amicali non sono sufficienti a garantire il sostegno al paziente e ai care giver. Per tali motivi durante gli incontri con il paziente e/o la famiglia è necessario garantire: privacy (trovare preferibilmente uno spazio in cui non transitano o sostano persone non coinvolte, inclusi gli altri operatori sanitari); silenzio (evitare le interruzioni anche telefoniche); tempo dedicato ma definito (indicare all'inizio quanto tempo è a disposizione del colloquio). L'utilizzo dell'istruzione operativa garantisce un uniforme addestramento dei care giver da parte degli infermieri sia ospedalieri che del territorio. Questi ultimi infatti, evidenziano la necessità di assicurare, in modo omogeneo, la trasmissione di informazioni complete, sostenute da dimostrazioni di procedure ed esercizi per rinforzare l'apprendimento delle stesse. È fondamentale, sin dall'inizio del ricovero, utilizzare una comunicazione finalizzata ad aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e tutto ciò che il suo trattamento comporta. L'informazione deve essere adeguata alle esigenze del paziente e dei care giver, deve rispondere alle loro domande e tenere conto del loro livello culturale. È bene avere particolare riguardo nei confronti dell'utenza straniera prevedendo il coinvolgimento dei mediatori culturali al

di la della pura comprensione linguistica.

Si sottolinea inoltre l'importanza di un reciproco aggiornamento con le altre figure professionali coinvolte nel processo di domiciliazione, siano sanitarie, sociali, psicologiche o di mediazione. Questo finalizzato a assicurare le famiglie e a dare maggiore autorevolezza alla progettualità intrapresa.

Conclusioni

La letteratura documenta quanto sia difficile garantire la continuità dell'assistenza alla dimissione, soprattutto per scarso coordinamento tra i soggetti coinvolti e l'inadeguatezza delle informazioni trasmesse tra gli infermieri dell'Ospedale e quelli del Distretto.

La documentazione scritta, le rendicontazioni informatizzate, hanno molti limiti, alcuni intrinseci come la grande quantità di tempo richiesto per la compilazione (inevitabilmente sottratto a quello dedicato all'assistenza), ma, soprattutto, estrinseci legati alle scelte (la struttura della documentazione è molto variabile), all'uso che ne fanno gli operatori (scarsa quantità e qualità delle informazioni trasmesse), ma anche ai contenuti (documentare ciò che è accaduto in reparto o ciò che sarebbe necessario fare a domicilio).

Nel 1997 Tornkvist et al, hanno condotto uno studio sulla documentazione infermieristica in uso sul territorio, evidenziando che la maggior parte degli infermieri intervistati, si dichiarava insoddisfatta per la mancanza di un modello comune, e per gli elevati tempi di compilazione o di lettura della modulistica, non sempre compatibili con l'esigenza di efficienza dei servizi.

Le criticità evidenziate in questo lavoro, dovranno essere oggetto di ulteriori approfondimenti del gruppo che si impegnerà nel progetto di continuità assistenziale Ospedale/Territorio, e dovranno portare alla realizzazione e stesura di un documento, i cui contenuti siano condivisi dall'intero gruppo.

Tuttavia secondo gli studi disponibili l'efficacia della documentazione scritta sulla continuità dell'assistenza del paziente dimesso è ancora dubbia.

Limitarsi a scrivere o dedicare risorse, non assicurano la continuità delle cure come vorremmo. Probabilmente, potrebbero avere maggiore efficacia, se integrate in un piano di dimissione che includa:

- il concetto di pianificazione dell'assistenza,
- la documentazione scritta,
- il massimo coinvolgimento di tutti gli operatori per garantire la continuità dell'assistenza,
- un supporto costante prima e dopo il ricovero del paziente,
- la capacità di tener conto delle preferenze del paziente che dovrebbe sentirsi in grado di "autogestirsi" quanto più possibile.

La metodologia adottata nel progetto di continuità delle cure è sovrapponibile a quella documentata dalla letteratura, prevede l'integrazione del piano di assistenza nella documentazione scritta, il coinvolgimento degli operatori, la conoscenza organizzativa dei servizi e il coinvolgimento della famiglia. Alla base di tale progetto di integrazione, per garantire la continuità assistenziale al malato di terzo livello, emerge lo sforzo, l'impegno e la grande volontà adoperati per poter lavorare insieme nel raggiungimento di un fine comune: **"migliorare la qualità di vita percepita dal malato e dalla sua famiglia"**.

Bibliografia

- AA.VV., *"Indagine sulla salute degli anziani"*, Dicomano, 1988
- ASL 10 Firenze, *"Attività infermieristica domiciliare della città di Firenze"*, Firenze, 1996
- Becchi M.A. e Carri E.B., *"Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare. Linee guida in conformità alle Norme ISO 9000"*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- *Bollettino Ufficiale della regione Puglia*, n. 148 del 13/11/2006,
- Calamandrei C, Orlando C. *La dirigenza infermieristica, manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. Ed. McGraw-Hill, seconda edi.
- Calvo V., *"il colloquio di counseling. Tecniche di intervento nella relazione di aiuto"*. Bologna, Il Mulino – *Aspetti della Psicologia*, 2007,
- Cascioli S., *"L'assistenza agli anziani. Il processo di programmazione e gli strumenti manageriali a supporto"*, Franco Angeli, Milano, 2001
- D.G.R. 26-10669 del 2-2-2009 (*Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure Domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte relativamente ai soggetti in età evolutiva*) ad integrazione della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002).
- D.G.R. Piemonte 15-7336 dell'ottobre 2002 (*Programma di Cure Palliative*),
- D.G.R. Piemonte 20-13204 del 8/2/2010 (*Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli Hospices*),
- D.G.R. Piemonte 41-5952 del 7 maggio 2002 (*Linee guida regionali per la realizzazione del nuovo modello integrato del servizio di cure domiciliari, modulato su livelli di intensità delle cure domiciliari sanitari e sociali che devono essere erogate in relazione alla complessità dei bisogni assistenziali espressi dalle persone*),
- D.G.R. Piemonte 72-14420 del 20 dicembre 2004 (*Percorso di Continuità assistenziale per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente all'interno di una rete di servizi*),
- D.G.R. Piemonte 13-14538 del 10 gennaio 2005 (*Linee guida per la ventilazione meccanica domiciliare a pressione positiva e le dimissioni protette del paziente pediatrico con insufficienza respiratoria cronica*),
- D'Alesio L, Vellone E, Rega M.L., Galletti C, *"La ricerca infermieristica –Ma-*

nualei ntroductivo”, Carocci Faber, Torino, 2007

- Dal Ponte M, *Lavorare con la cronicità (Formazione, organizzazione, rete dei Servizi)*. Roma. Ed. Carocci. 2004,
- *Delibera del dir. Generale ASL Taranto n. 2688 del 27-07-2010, (percorsi ADI)*
- *Delibera del dir. Generale ASL Taranto n.4056 del 30-11-2009,*
- *DGR 50-12480 del 2711/2009 (Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del servizio sociale aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte),*
- Dorothea E. Orem, *Nursing concetti di pratica professionale* 1992. Il Mulino,
- Fabris F., Pernigotti L., “Ospedalizzazione a domicilio. Curare a casa malati acuti ecronici: come e perché”, *Quaderni di promozione sociale*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1987
- Fain A.J., “La ricerca infermieristica: Leggerla, comprenderla e applicarla”, McGraw-Hill, Milano, 2004
- Friedman M. M., *Family Nurs theory and practice*, Appletonslange, Horwalk, 1992,
- Lingiardi V., “L'alleanza terapeutica. Teoria, clinica, ricerca”, Cortina Raffaello, Milano, 2002
- Mario Degan, “Piccolo manuale di assistenza domiciliare –Guida per i familiari eo-peratori“, Carocci Faber, Urbino, 2003
- Mislej M, Paletti F. “L'infermiere di famiglia e di comunità (Il diritto di vivere a casa anche quando sembra impossibile)”, Bologna Ed. Maggioli. 200,
- Regione Toscana, “Assistenza domiciliare in Toscana”, Firenze, 2005
- Roberto Cipriani, “L'analisi qualitativa: teorie, metodi, applicazioni”, Armando Editore, Roma, 2008
- Saccomani R., “Le reti della solidarietà. L'assistenza domiciliare nella terza età”, Hoepli, Milano, 2001
- Smith L, Coleman V, Bradshaw M. “L'assistenza centrata sulla famiglia (Concetti, teoria e pratica)” . Ed. Edises. 2008
- Smith L, Coleman V, Bradshaw M. *L'assistenza centrata sulla famiglia (Concetti, teoria e pratica)*. Ed. Edises. 2008,
- U.S.S.L 77 Pavia, Collegio I.P.A.S.V.I, “Assistenza infermieristica domiciliare: confronto dispensieri ed esperienze”, Pavia, 1995
- Villa Francesco, “Percorsi di integrazione tra sociale e sanitario”, Vita e pensiero, - Milano, 1999
- www.ant.it
- www.apss.tn.it
- www.aslto2.it
- www.aslto4.it
- www.cittadellasalute.to.it
- www.disabili.com
- www.asl.mi.it
- www.salute.it
- www.servizissii.regione.emiliaromagna.it
- www.medicinaepersoma.org
- www.quotidianosalute.it
- www.asl.bologna.it

LA SICUREZZA DELL'INFERM DEL RISCHIO F



DEL PAZIENTE E IERE. GESTIONE FARMACOLOGICO

Relatrici

Dott.ssa Claudia De Pasquale

Dott.ssa Caterina Boccuni

Dott.ssa Simona Romano

Infermiere

CARLO FIORINO HOSPITAL SPA

sede Casa di Cura S. Rita

La posizione dell'infermiere nel processo di terapia è da sempre centrale, ma recentemente ha assunto un'evoluzione importante proporzionata all'accrescimento del bagaglio culturale della professione: dal mero compito di somministrazione del farmaco dietro prescrizione medica, attualmente l'infermiere è divenuto il garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

In tale percorso la responsabilità infermieristica trova una prima sorgente nelle linee guida professionali: i postulati di correttezza dell'agire sono scolpiti nella regola delle 7G (correttezza di farmaco, dose, paziente, via e ora di somministrazione, registrazione, controllo) e pongono ad esclusivo carico della figura infermieristica la responsabilità in caso di errori durante la conservazione dei farmaci, l'allestimento, la preparazione, la distribuzione, la somministrazione, l'assunzione della terapia e il monitoraggio successivo.

In caso di danno procurato al paziente dalla responsabilità professionale possono derivare anche quella civile (risarcitoria) e penale.

Merita di essere menzionato il rischio intrinseco appartenente alle realtà di Pronto Soccorso, Rianimazione, Terapia Intensiva, Sala Operatoria: unità operative dove per natura l'iter pre-

Uno strumento che permette la riduzione di tali errori è il Foglio Unico di Terapia: esso è parte integrante della cartella clinica e segue il paziente durante il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale, fino al momento della sua

A partire dal 2005, i fogli di terapia non erano caratterizzati dalla rintracciabilità della prescrizione in quanto era assente la firma del medico.

	Terapia Rivaroxana	Paciente	Fecha de ADP			
0	h 7:00	h 8:00	h 12:00	h 16:00	h 20:00	h 22:00
1	Marcos					
2	Marcos					
3	Marcos					
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27	Pedro	di Geron				
28	Pedro	Pedro				
29		Pedro				
30						
31	Pedro	Marcos				

60 La parola a noi on line

Nel 2012 sono stati adottati altri FUT in formato A4 dove, da un lato era prescritta la terapia divisa su due fogli per via di somministrazione, e dall'altra erano riportate le firme degli infermieri che somministravano il farmaco.

CASA DI CURA "S. RITA" S.r.l.

Cognome: _____ Cart. n. _____
 Nome: _____ Letto: 241
 Dieta: _____ Peso: Kg _____
 Altezza: cm _____

TERAPIA ORALE

Data	Farmaco	Firma Medico	7	8	9	12	15	18	21	23	Data Somministrazione
19.01	Humoral 250mg 1/2		X			X					
	Expir 454 0.1g		X								
	GlaxoSmith 100 0.1g					X					
	Amoxiclav 250 0.1g		X								
	Compen 250 0.1g		X								
	ESAFENT 100 0.1g								X		
	TERAST 100 0.1g		X								
	TRALERGON 0.1g		X								
	COX 75 0.1g					X					
19.01	Carotene 2mg 0.1g							X			
19.01	Eucaly 50mg 0.1g		X			X					24.01
	1 cloro 2										
	Mellinal 850 0.1g					X					24.01
20.01	Naturox 200 0.1g					X					24.01
	ultra 100 0.1g										
	11c 4 0.1g										

IDENTIFICAZIONE OPERATORE SOMMINISTRAZIONE TERAPIA

Oper.	N. 7	N. 8	N. 9	N. 12	N. 15	N. 18	N. 21	N. 23	N. 24
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Tabella 8 Foglio di Terapia, anno 2012.

Nel 2013, i FUT sono stati realizzati seguendo le linee guida della Raccomandazione Ministeriale n°7 del 03/2008 e del Coordinamento Regionale "Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente" del 2012.

Cognome: _____ Letto: _____ Peso: _____
 Nome: _____
 Luogo e data di nascita: _____
 Intolleranze: _____ Allergie: _____

CASA DI CURA S. RITA TARANTO

UNITA' OPERATIVA

DATA	ORA	FARMACO	TERAPIA ORALE	SEZIONE A	FOGLIO N°	CARTELLA CLINICA N°
23/01/10	10	CHERRA 200mg 1cp	X			
		dal 24/01/10				
23/01/10	10	ISOPTIN 180mg 1cp	X			
		dal 24/01/10				
23/01/10	10	CASIX 25mg 1cp	X			
		dal 24/01/10				
23/01/10	10	PROVISAOR 20mg 1cp				
		dal 24/01/10				
23/01/10	10	AUDOPURIN 100 1cp				
		dal 24/01/10				

L'importanza della cultura riguardo gli errori di terapia farmacologica con i relativi aggiornamenti professionali è stata valutata 10/10, ritenendo sia fondamentale per ogni operatore sanitario.

CONCLUSIONI

In conclusione, i tagli della Sanità hanno determinato una mancanza di personale nei reparti e, tutto ciò, si ripercuote sul tipo di assistenza che si fornisce al paziente ma che, in realtà, si vorrebbe garantire. Va da sé che un infermiere demansionato, o che ha troppo carico di lavoro, ha una maggiore probabilità di commettere errori, spesso anche fatali. A tal proposito tra i miglioramenti che si potrebbero apportare sul FUT, gli infermieri hanno segnalato la creazione di sezioni dedicate ai valori glicemici(per i pazienti diabetici), ai valori pressori ed alla terapia del dolore(Legge n° 38/2010).

Una particolare attenzione dovrebbe essere posta inoltre sulle interruzioni durante la somministrazione di terapia, che sono piuttosto frequenti: esse comportano disattenzione da parte del professionista, il quale viene distolto continuamente per svolgere altre attività, come il dover rispondere a richieste assistenziali dei pazienti non urgenti(che potrebbero essere altrimenti delegate). Vari sono i dibattiti tenutosi su questo argomento e ci sono molte variabili di cui tener conto e sulle quali interrogarsi(per esempio una di queste: l'uso di casacche segnaletiche "non disturbare", durante la somministrazione della terapia, quale impatto avrebbero per la relazione tra infermiere e paziente?).

E' importante tener presente, infine, che ***"solo attraverso un confronto diretto, un dialogo aperto e, di conseguenza, la creazione di una relazione basata sulla fiducia e non sulla diffidenza e la mancanza di rispetto, il paziente può diventare così un vero alleato di se stesso nel processo di cura che lo coinvolge e, dunque essere di aiuto per l'infermiere, per evitare così eventi avversi"***.



BIBLIOGRAFIA

- Kohn, IOM – Institute of Medicine, 1999
Pape TM, et al.,2005
REP, Arti n. 116/CSR.
Sasso G., NURSE24. It, 2016-2017, www.nurse24.it
www.nurse24.it
www.infermieristicamente.it
Dott.ssa Grinello D. , Applicazione ed implementazione Foglio Unico di Terapia, ed. 2015, pagg. 10-16

OPI T INCONTRA “DIRE BASTA ALLA V

“L'amore non lo si può considerare altro che l'effetto di un bell'oggetto su di noi: certi effetti ci trasportano, e in quell'oggetto, siamo contenti; se non è possibile averlo. Ma qual è la base di questo sentimento?... il desiderio di follia” (Marchese De

TARANTO I GIOVANI IOLENZA DI GENERE”

Quasi una vittima al giorno è la cadenza dei femminicidi, la triste realtà di un paese civile, epilogo di un rapporto tra uomini e donne storicamente diseguali che ha condotto gli uomini a prevaricare e discriminare le donne, vittime due volte dell'aggressore e di parte della società. Accanto ai femminicidi la crescita esponenziale delle molestie, delle violenze. Dati Istat stimano:

- in 6 milioni il numero di donne che nel nostro Paese hanno subito una qualche forma di molestia, in 1 milione e 400 mila le vittime di stupro o tentato stupro
- tra il 6 ed il 12% del totale le denunce
- meno di 50.000 le donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza nel 2017
- tra l'1% ed il 4% la percentuale di donne vittime di abuso che chiede un qualche aiuto
- il 30% non ne parla con nessuno, tenta di **“sigillare”** la violenza nel profondo del proprio essere.

*letto risultante dalle qualità di un
stammano! Se noi possediamo
lo, piombiamo nella disperazione.
erio. Quali le conseguenze?... la
(Sade)*

I fenomeno è trasversale, non ha confini territoriali né di classe, si inserisce in uno scenario di riorganizzazione di ruoli, non semplici da rivedere.

Non si può attendere oltre, è necessario sviluppare iniziative di riflessione, parlare della violenza in ogni contesto, violenza che arriva a toccare anche i bambini, innocenti vittime di perversi modelli genitoriali o sociali, trattare il tema con i giovani, perché la violenza non resti confinata nei luoghi di lavoro, tra le pareti domestiche, non diventi motivo di vergogna o di paura per chi è solo una vittima, oppure perché la violenza, magari mortale, non sia punita e duramente. Ecco perché l'OPI Taranto ha messo a punto un programma di conferenze, in collaborazione con l'associazione **"Alzaia"**. A dicembre 2 incontri con gli studenti dell'istituto Pacinotti, quasi 600 ragazzi, la cui attenzione, scarsa agli inizi, è via via cresciuta, con un incalzare di domande pertinenti, alcune provocatorie, altre mature e solidali, per un fenomeno in crescita esponenziale che, talvolta, sfioriamo o ci tocca da vicino.

Analogo l'atteggiamento degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, consapevoli del tema dolorosamente attuale, per il susseguirsi di fatti di sangue, quasi quotidiani, con le donne, di ogni età, vittime d'elezione, giovani che hanno ascoltato la testimonianza della mamma di Federica e nonna di Andrea, uccisi da un **"orco"** che era marito e padre e non ha esitato un minuto.

Federica, una ragazza solare, dinamica, in gamba, amante dello sport (era arbitro di serie B di pallavolo), amante della vita e dei viaggi; durante uno di questi - appena tredicenne - aveva conosciuto l'orco, purtroppo reincontrato dopo anni, nel 2010. Scoppia l'amore e, dopo qualche tempo si sposano, perché Federica è in attesa di Andrea. La felicità dura poco, l'uomo è accusato di stupro ad una minorenni, Federica gli rimane accanto, ma ben presto scopre altro e decide di lasciarlo. L'orco non accetta la conseguenza delle sue colpe e massacrà Federica, quindi il piccolo Andrea di appena 3 anni e si toglie la vita.

Una tragedia annunciata, forse evitabile? Forse o forse no.

Di certo, nel caso di storie di violenze, è importante, come ha detto la presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche, **Benedetta Mattiacci, "sensibilizzare i giovani perché svolgano al meglio il loro futuro lavoro, perché imparino a "guardare" i piccoli segnali che una donna vuole inviare ma che per paura non esprime, perché sappiano entrare in empatia con chi chiede in manie-**

ra silenziosa una mano e che, percependo la sensibilità dell'infermiere, troverà la forza di aprirsi e raccontare la sua umanità. Le donne potranno uscire dalle loro gabbie, denunciando violenze e sopraffazioni. I giovani, nuove generazioni, possono contribuire a cambiare azioni e atteggiamenti, possono cambiare lo sguardo degli uomini sulle donne".

Quella della violenza è una escalation imprevedibile, un circuito che va interrotto appena si intravede il pur minimo segnale.

Si insinua nelle vite: dalla "banale" lite per gelosia, allo schiaffo "sfuggito" come reazione, allo spintonamento magari troppo forte, agli atti persecutori, alle lesioni vere e proprie, alla morte.

A chi può chiedere aiuto la vittima di violenza quando riesce a sfuggire al suo carnefice?

"Sono andata più volte a denunciare, mi hanno detto di chiamarli quando mi sta picchiando".

Come è possibile una simile risposta? Come è possibile quando le violenze sono diventate la quotidianità? Non si riesce a superare l'impatto con una violenza, una morte violenta che già ne segue un'altra ed un'altra ancora, senza soluzione di continuità. Accade ogni giorno, nonostante dal 1 gennaio 2018, la Polizia di Stato abbia reso operative modalità di intervento nei casi violenza in famiglia, maltrattamenti, liti, abusi. È il **"Protocollo EVA"**, acronimo di "Esame Violenze Agite", che fissa una nuova procedura standard delle forze di polizia in materia di violenze domestiche.

Esiste dal 2009, riportiamo testualmente il **"reato di atti persecutori-stalking, che si configurano in ogni atteggiamento violento e persecutorio e che costringono la vittima a cambiare la propria condotta di vita, fino alla legge sulle 'Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere', risultano infatti rafforzati la tutela giudiziaria e il sostegno alle vittime, una serie di aggravanti e la possibilità di permessi di soggiorno per motivi umanitari per le vittime straniere di violenza. La normativa rientra interamente nel quadro delineato dalla Convenzione di Istanbul (2011), primo strumento internazionale giuridicamente vincolante 'sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica'"**.

Esistono leggi regionali, di recente approvazione.

Allora, forniti gli strumenti, è essenziale maggiore attenzione da parte di tutti alle richieste di aiuto, perché ogni vita ha un valore immenso.

VOGLIAMO RICORDARTI COSÌ, CARO TOMMASO



"Vogliamo ricordarti così, caro Tommaso..."

Collega, ma soprattutto amico e fratello.

Anni insieme ci hanno regalato sorrisi, risate e affanni.

Il tuo essere uomo di altri tempi, educato e semplice, amorevole con i pazienti, ma soprattutto umile e sincero.

Buontempone pragmatico resterai nei nostri cuori per quello che sei stato, il fratellone, brontolone e sornione, che si scioglieva in un sorriso disarmante.

Ci mancherà la tua voce calma e rilassante; ci mancherà l'intesa sul lavoro; ci mancherà tutto di te. Sappiamo, però, che tu dall'alto sorriderai ancora con noi e per sempre.

Ci aiuterai nei nostri affanni, ci sarai vicino, come lo sarai per la tua famiglia che ti ama e ti adora.

Noi ti vogliamo bene, amico sincero dal cuore grande.

Grazie, davvero grazie per ciò che sei stato.

***A te, Signore, chiediamo di custodirlo tra le tue braccia,
di consolare la sua famiglia, come solo tu sai fare.***

***Non ti chiediamo perché ce lo hai tolto,
ma ti ringraziamo di avercelo donato.***

Arrivederci nonno brontolo.

Arrivederci amico Tommy."

U.O. di Nefrologia e Dialisi, Martina Franca, TA



FNOPI

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019
Il testo approvato dal Consiglio Nazionale

Testo approvato dal Consiglio Nazionale il 13 aprile 2019**Capo I
Principi e valori professionali****Art. 1 – Valori**

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile.

È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici.

Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

Art. 2 – Azione

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività.

Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

Art. 3 – Rispetto e non discriminazione

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale.

Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Art. 4 – Relazione di cura

Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo.

Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali.

Il tempo di relazione è tempo di cura.

Art. 5 – Questioni etiche

L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

Art. 6 – Libertà di coscienza

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie.

Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione.
L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

Capo II Responsabilità assistenziale

Art. 7 – Cultura della salute

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

Art. 8 – Educare all'essere professionista

L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.

Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione

L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

Art. 11 – Supervisione e sicurezza

L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.

Capo III Rapporti professionali

Art.12 – Cooperazione e collaborazione

L'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

Art. 13 – Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni

L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni.

Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti.

Art 14 – Posizione di protezione

L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.

Art. 15 – Informazioni sullo stato di salute

L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate. Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.

Art. 16 - Interazione e integrazione

L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Capo IV

Rapporti con le persone assistite

Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.

L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Art. 18 – Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.

Art. 19 – Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura.

Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Art. 20 – Rifiuto all'informazione

L'Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l'Infermiere si adopera a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.

Art. 22 – Privazioni, violenze o maltrattamenti

Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.

Art. 23 – Volontà del minore

L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà.

L'Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

Art. 24 – Cura nel fine vita

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

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

Art. 25 – Volontà di limite agli interventi

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

Art 26 – Donazione di sangue, tessuti e organi L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.
Art. 27 – Segreto professionale L'Infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita. La morte della persona assistita non esime l'Infermiere dal rispetto del segreto professionale.
Capo V Comunicazione
Art. 28 – Comportamento nella comunicazione L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e <i>social media</i>, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.
Art. 29 – Valori nella comunicazione L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei <i>social media</i>, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.
Capo VI Organizzazione
Art. 30 – Responsabilità nell'organizzazione L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.
Art 31 – Valutazione dell'organizzazione L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla. Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.

Art 32 – Partecipazione al governo clinico

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

Art 33 – Documentazione clinica

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

Art 34 – Risoluzione dei contrasti

L'Infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative.

Art 35 – Contenzione

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

Art. 36 – Operatori di supporto

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali

L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

Art. 38 – Segnalazioni all'Ordine Professionale

L'Infermiere segnala al proprio Ordine le attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati.

Capo VII Libera professione

Art. 39 – Esercizio della libera professione

L'Infermiere, nell'esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell'equo compenso.

Art. 40 – Contratto di cura

L'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzi l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

Art 41 – Sicurezza e continuità delle cure

L'Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero bio-fisiologico.

Capo VIII Disposizioni finali

Art 42 – Libertà da condizionamenti

L'Infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da impropri condizionamenti e interessi nonché da indebite pressioni di soggetti terzi tra cui persone di riferimento, altri operatori, imprese e associazioni.

Art. 43 – Conflitto d'interesse

L'Infermiere che si dovesse trovare in situazione di conflitto di interesse lo dichiara espressamente.

Art. 44 – Contrasto all'esercizio abusivo della professione

L'Infermiere e l'Ordine Professionale contrastano e denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica e il lavoro sommerso.

Art. 45 – Decoro

L'Infermiere cura la propria persona e il decoro personale.

Art. 46 – Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria

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

Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

Art. 47 – Obbligo di rispetto delle norme

L'Infermiere rispetta le norme e gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici, che riguardano la professione, anche attenendosi alle linee di indirizzo dell'Ordine Professionale.

Art. 48 – Attività consulenziale e peritale

L'Infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso.

In ogni caso questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi deontologici caratterizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza.

L'Infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

Art. 49 – Natura vincolante delle norme deontologiche

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

Art. 50 - Ordini Professionali. Enti sussidiari dello Stato

Gli Ordini Professionali recepiscono e attuano le indicazioni normative e regolamentari inerenti il loro essere Enti sussidiari dello Stato.

Art. 51 – Ordini professionali. Codice Deontologico

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantire il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, a inviare ai singoli iscritti agli Albi, il Codice Deontologico e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.

Art. 52 – Ordini professionali e altri ruoli pubblici

L'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni.

Art. 53 – Clausola finale

Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine.

Le presenti norme saranno oggetto di costante monitoraggio da parte della FNOPI al fine di garantirne l'eventuale aggiornamento

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 fisio-patologiche accertate dal medico curante) per sovrappeso e obesità

Dislipidemie

Patologie dermatologiche

Celiachia e Intolleranza al lattosio

Età evolutiva

Programmi nutrizionali per sportivi nelle varie discipline

Piani alimentari per vegetariani

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'idrificazione; 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).

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)

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**.

ESSERE INFERMIERI OGGI

*Essere oggi un infermiere è
come in passato un privilegio.
Un privilegio del quale spesso
ci dimentichiamo.*

*La comunità che assistiamo
lentamente si sta accorgendo
dell'evoluzione della nostra pro-
fessione, l'infermiere
diventa quotidianamente
l'emblema dell'assistenza,
la persona con cui l'assistito
interagisce direttamente
e a cui si affida totalmente.
È una professione in via di
espansione, si può essere
infermieri in tanti modi ed in
tanti settori, ad oggi abbiamo
una grande responsabilità nei
confronti delle persone,
delle famiglie, della comunità e
soprattutto nei confronti di noi
stessi, ciò non deve
spaventarci ma renderci
consapevoli di una grande
opportunità di crescita
professionale e personale.*

Anna Colautti



*La Presidente,
il Consiglio Direttivo
e i Revisori dei Conti
dell 'Ordine Professioni
Infermieristiche di Taranto*

*Augurano
a tutti gli Iscritti
una Santa Pasqua*

