



“La favola” a Noi online





"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

Monica Cardelicchio
Vincenza Cavallo
Francesca Parisi
Cosima Sozzi
Carmela Lacatena
Roberta Rinaldi
Cosimo della Pietà
Marianna Albano
Giovanni Leonetti
Viviana Zoriaco

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
Nuovo Codice Deontologico	" 5
Nuovi orizzonti lesioni croniche	" 6
Sedazione a scopo diagnostico	" 14
Lo stress correlato da lavoro	" 22
Danzaterapia e disabilità	" 30
Pillole di storia	" 37
Disciplina infermieristica L. 2019/17	" 43
Evento "Gattarella 2019"	" 72
Convenzioni	" 74
PEC	" 76

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,

come sapete, la nostra professione si è dotata del **nuovo Codice Deontologico**, figlio del cambiamento dei tempi oltre che nuovo modo di essere professionali in un contesto di modificazioni del quadro epidemiologico, abissognevole di approcci preventivi e terapeutici non solo farmacologici ma, anche, psico-socio-ambientali, in pratica una fase di revisione dell'architettura dell'offerta sanitaria.

Noi Infermieri siamo chiamati a nuove sfide in termini di responsabilità, di competenze, di tecnologie, chiamati a perseguire un ideale di servizio non sempre realizzabile, non sempre adeguato alla realtà in cui operiamo, ma, come affermato dal ministro Grillo alla presentazione del Nuovo Codice, **“Noi siamo il lavoro che facciamo ed è nostro compito difendere la persona con il metodo scientifico”**. Assolutamente vero **“difendere la persona”**, pur se, ha ribadito la presidente FNOPI, Barbara Mangiacavalli, **“Laddove cresce il divario di conoscenze ed opportunità, anche i servizi si impoveriscono, ostacolando le innovazioni necessarie ad assicurare un'offerta equa e sostenibile”**. Noi OPI, dal nostro **punto di osservazione**, sosteniamo la necessità del costante approfondimento della disciplina infermieristica: non possiamo pensare che quanto imparato in passato valga per sempre. Approfondire, migliorare rende sempre più autonomi. A noi spetta valorizzare il sistema attraverso l'evoluzione delle competenze, ci rendiamo conto che non è facile, non è semplice, troppi gli ostacoli a cominciare dalle dominanze culturali retrograde che cercano di bloccare. Allora, il grande dilemma, il vero dramma sono i limiti imposti a quanti di noi operano in realtà difficili, talvolta condizionate dalle ingerenze di chi rema contro, anziché fare sistema per affrontare insieme, ad esempio, problemi come quello di Taranto, dalla Regione Puglia incomprensibilmente tagliata fuori dalla rete oncologica, richiesta dal Ministero della Salute. Una esclusione che, di fatto, preclude il diritto alla vita di una città-martire, costringe a confrontarci quotidianamente con la richiesta di salute a fronte di mancati investimenti sul territorio e sul nostro ruolo, nonostante lo **“sviluppo delle risorse umane per la salute”** sia uno degli obiettivi indicati dall'Organizzazione mondiale della sanità alla presentazione del **2020** come **Anno Internazionale dell'Infermiere**. Non dimentichiamo che noi infermieri rappresentiamo quasi il 45% dei professionisti che si occupano degli assistiti. Noi sappiamo, noi conosciamo, noi possiamo indicare i nostri bisogni formativi, ed è su questo che si spende il nostro Ordine professionale:



Benedetta Mattiacci
Presidente OPI Taranto

e
d
i
t
o
r
i
a
l
e

è la sfida, l'obiettivo che ci siamo prefissati e che ci prefiggiamo giorno dopo giorno, a tutela dei bisogni di salute negli ospedali, sul territorio, nelle famiglie.

La Sanità, rammentiamo, **non si limita solo all'ospedale**, da riservare alla diagnosi e cura, **è sul territorio l'ambito nel quale si svolgerà in futuro la maggior parte delle attività assistenziali**, oggi impropriamente afferenti negli ospedali, con lievitazioni della spesa.

Saranno i **Distretti** i veri protagonisti, sarà **“condivisione la parola chiave”**, dobbiamo cercare di diventare capitale umano, insieme alle altre professioni, al fine, ognuno per le proprie competenze, di offrire un servizio in linea con la domanda di salute, perché la vera integrazione inizia quando si inizia a parlare soltanto di cosa serve ai cittadini.

La **sfida**, l'**obiettivo** è quello di **avere un sistema sanitario che si muova sempre più verso la tutela della persona**, che sappia dare risposte a nuovi bisogni di salute dei cittadini con modelli gestionali innovativi, con un sistema capace di costruire processi, percorsi e progettazioni con un continuum per tutti i professionisti della salute.



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.

**FNOPI**
FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE



NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Strumento per la buona prassi del Professionista Infermiere

21 SETTEMBRE 2019, h. 10.00-13.30

Teatro Fusco, Via C. Giovinazzi n. 49, Taranto

In fase di
accreditamento

Quota

Sede

Destinatari

Iscrizioni On Line

GRATUITO

Teatro Fusco, Via C. Giovinazzi n. 49, Taranto

Infermieri **190** - Infermieri Pediatrici **10**

Riservato Iscritti OPI Taranto

www.opitaranto.it

A partire dal **19 Agosto 2019 h. 10.00**



D
MAGNETOT
ANALISI OSSER
CELLUL

NUOVI ORIZZONTI NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CRONICHE: TERAPIA COME TECNICA SINERGICA CON VAZIONALE DEI TEMPI DI ATTIVAZIONE LARE E RIEPITELIZZAZIONE DELLA CUTE

Dott.ssa Francesca Parisi
Dirigente Professioni Infermieristiche
Presidio Ospedaliero Valle d'Itria
Dott.ssa Cosima Sozzi
Infermiera

LA MAGNETOTERAPIA

All'inizio del XVI secolo, P.A. Paracelso, alchimista e medico svizzero, ha iniziato a studiare le potenzialità curative del magnete. Riteneva che qualsiasi parte del corpo, se esposta alla forza magnetica, sarebbe stata curata meglio che da altre forme di interventi. Da lui, probabilmente, prese spunto padre Hall, un professore austriaco di astronomia, che ha trattato uomini e donne applicando loro magneti come strumento di cura per gli stati nervosi. Il trattamento magnetico di Hall venne osservato e seguito dal Dr. Mesmer, tra la fine del '700 e l'inizio dell'800. Egli ha iniziato ad applicare i magneti ai suoi pazienti riuscendo a curare un certo numero di disturbi seri e complicati. Ma è stato Michael Faraday a scoprire la biomagnetica e la magnetochimica e a definire ogni cosa come magnetica, attratta o respinta da un campo magnetico. Oggi, è ampiamente dimostrato quanto ogni cellula del nostro corpo sia sottoposta, nel bene e nel male, a campi magnetici esterni, naturali o artificiali, e ad una certa quantità di tensioni elettriche. Quando l'equilibrio magnetico delle cellule del nostro organismo è alterato, il nostro

corpo presenta un stato alterato, ecco perché, per poter rideterminare il benessere e l'equilibrio magnetico, è necessario sottoporre il soggetto all'influsso di campi magnetici artificiali. Pertanto, per magnetoterapia si intende una terapia che sfrutta la fisica, attuando i campi magnetici, per accelerare la guarigione dei tessuti, superficiali e profondi (quelli connettivi, ossei e cartilaginei), in seguito ad eventi lesivi di vario tipo. La magnetoterapia ha un'azione rigenerante, antinfiammatoria, antidolorifica, riduce gli edemi e, attirando i radicali liberi ed i vari elementi dell'ambiente intracellulare, mantiene l'omeostasi della cellula. Alcune ricerche hanno dimostrato che la magnetoterapia è in grado di dimezzare i tempi di guarigione di patologie a carico del sistema scheletrico con sedute di 30-90 minuti, almeno due volte al giorno, per diverse settimane. Essa agisce:

- sulle riparazioni delle fratture ossee;
- nella cura di ulcere cutanee, soprattutto quelle di origine vascolare;
- nel trattamento di contusioni, distorsioni articolari e nei piccoli traumi muscolo-articolari.
- sulla riparazione dei nervi lesi;
- sulla riduzione delle cicatrici cutanee;



- sul potenziamento delle difese dell'organismo;
- sulla rigenerazione delle cellule lese migliorando l'azione enzimatica.

LE DIVERSE TIPOLOGIE DI CAMPI MAGNETICI IN MEDICINA

Le tipologie di campi magnetici sono molteplici, ognuna ha le proprie caratteristiche e determina risultati specifici. I campi magnetici si dividono in due gruppi principali:

- **i campi magnetici costanti**, costituiti da una sorta di dischi magnetici che emettono una corrente continua, vengono applicati sulle zone corporee che presentano dolori muscoloscheletrici, sia di origine infiammatoria che traumatica. Il campo magnetico generato è molto alto e affinché possa agire deve essere applicato il più possibile vicino alla zona da trattare;
- **i campi magnetici variabili nel tempo**, anche conosciuti come campi magnetici pulsanti, che hanno un'azione ad ampio spettro sui diversi distretti corporei, vengono ulte-

riormente suddivisi in: (1) *campi pulsanti a bassa frequenza* e (2) *campi pulsanti ad alta frequenza*. I **primi** presentano una frequenza che va da 1 a 3000Hz; questo tipo di trattamento utilizza il solenoide (un filo conduttore, solitamente di rame, avvolto a spirale molto stretta su un supporto a forma di cilindro che genera un campo magnetico quando è percorso da corrente elettrica) per poter creare una frequenza ben definita, cosa che naturalmente non è gestibile. Pertanto, grazie al solenoide, ad ogni variazione della corrente si realizzano varie forme di onda e quindi, diversi tipi di campi magnetici. I **secondi** presentano una frequenza che si trova nell'ambito delle onde radio e va da 1 MegaHertz a circa 300 MHz. Questa tipologia di magnetoterapia utilizza un generatore collegato a diffusori che si applicano direttamente a contatto della cute o nelle immediate vicinanze. Ha una frequenza alta, resa pulsante da 5 a 600 volte al secondo, ed è mantenuta ad una potenza di pochi Watt, così da non aumentare la temperatura nei tessuti trattati.

IL MECCANISMO D'AZIONE DELLA MAGNETOTERAPIA

Partendo dal presupposto che la membrana cellulare, come sappiamo, circonda la cellula, la difende e ne regola le funzioni di assorbimento, escrezione e riconoscimento cellulare, è stato dimostrato che l'utilizzo di campi magnetici influenza le funzioni della membrana, agendo sulla regolazione neurovegetativa e sul metabolismo cellulare. Per capire il meccanismo alla base dell'azione magnetica nell'organismo umano, è necessario ricordare che le membrane cellulari presentano una certa tensione o energia che nelle cellule nervose, normalmente, è uguale ad una differenza di potenziale tra ambiente intracellulare ed ambiente extracellulare, pari a 90 millivolt, ed in tutti gli altri tipi di cellule equivale ad una differenza di potenziale pari a 70 millivolt. I problemi nascono quando queste riserve energetiche diminuiscono, portando il potenziale d'azione ad un valore di 50-55 millivolt, che determinano la manifestazione nell'organismo di segni clinici quali dolori alla schiena, alle ossa, alle articolazioni, processi infiammatori o ferite che non guariscono. Quando questa energia cala ulteriormente ed arriva al di sotto di 30 millivolt si ha la necrosi, cioè la morte della cellula. La funzione della magnetoterapia, quando si manifestano questi problemi, consiste nel ristabilire un equilibrio tra forze meccaniche, elettriche e magnetiche a livello dei tessuti. L'applicazione di campi magnetici sulle lesioni traumatiche stimola l'attività delle cellule specifiche presenti nel sangue, dei fibroblasti e dei mioblasti; inoltre, essa comporta un aumento ed il miglioramento della circolazione che determina un incremento della temperatura. I campi magnetici interagiscono col corpo mediante:

- un'azione magneto-elettrica, che incita il movimento delle cariche elettriche sia nei tessuti che nei vasi sanguigni; questo va a favorire lo scambio ionico fra l'ambiente intra - ed extra-cellulare; aumentano l'utilizzazione di ossigeno ed il ripristino del potenziale di membrana dei tessuti alterati;
- un'azione magneto-meccanica, in cui il campo

magnetico influenza la disposizione degli elementi cellulari in movimento ed attira il flusso di ossigeno molecolare e di proteine contenenti il ferro. Di conseguenza, essi potrebbero influenzare l'attività degli enzimi e dei citocromi, la diffusione attraverso le membrane biologiche e la velocità di spostamento dei liquidi biologici nei vasi e negli spazi intercellulari. Tutto questo può aumentare la permeabilità e lo scambio ionico della membrana, velocizzando la "pompa sodio-potassio".

VANTAGGI E CONTROINDICAZIONI DELLA MAGNETOTERAPIA

I campi magnetici presentano alcuni **vantaggi**:

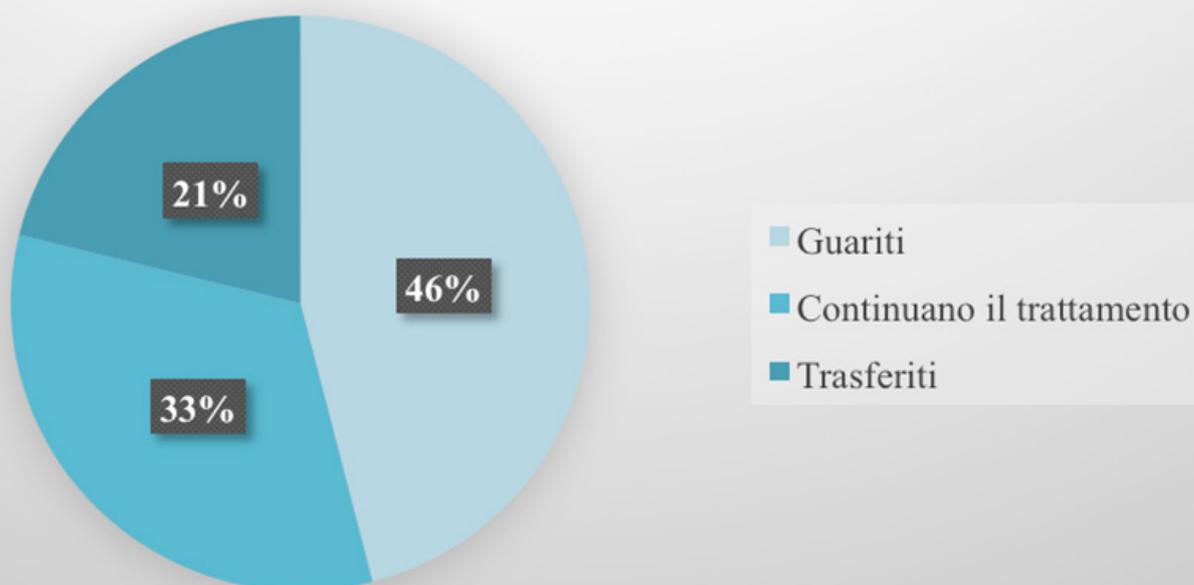
- influenzano direttamente il metabolismo osseo e accelerano la formazione del callo osseo;
- migliorano, in tutti i tessuti, gli equilibri della membrana grazie al migliore utilizzo dell'ossigeno, alla sua azione sugli ioni, al miglioramento della circolazione ematica, agli enzimi, agli ormoni, ecc.;
- non determinano il riscaldamento dei tessuti trattati, cosa molto importante per evitare danni termici a livello osseo, articolare e delle parti molli;
- migliorano le lesioni delle parti molli;
- determinano la possibilità di una regolazione molto precisa dei parametri di emissione del campo magnetico.

La magnetoterapia presenta, però, **controindicazioni**:

- è controindicata per portatori di pacemaker o di altre apparecchiature elettroniche, in quanto i campi magnetici potrebbero alterarne il funzionamento;
- è sconsigliata per coloro che sono affetti da malattie tumorali ed in coloro che soffrono di insufficienza coronarica, disturbi ematologici, problemi vascolari, psicopatologie, epilessia, alcune malattie infettive, micosi, iperfunzione tiroidea, sindromi endocrine e tubercolosi.

Non devono, altresì, sottoporsi a magnetoterapia le donne in stato interessante o quelle che stanno allattando.

137 PAZIENTI TOTALI SEGUITI IN AMBULATORIO



INDAGINE QUANTI-QUALITATIVA CONDOTTA PRESSO IL P.O. VALLE D'ITRIA ASL TA

Lo studio ha dimostrato come la magnetoterapia influenzi notevolmente il processo di attivazione cellulare nella riepitelizzazione delle lesioni difficili, riscontrando un'accelerazione notevole nei tempi di miglioramento e di guarigione di lesioni che, se non trattate con questa procedura, sarebbero andate incontro a cronicizzazione ed a conseguenziali complicanze. Pertanto, auspichiamo che nel futuro questo trattamento possa essere oggetto di ricerche più approfondite nell'evidence based medicine e nell'evidence based nursing, così da essere tradotto in linee guida e protocolli specifici che ne consentano una gestione standardizzata al fine di poter erogare e garantire un'appropriata e consapevole assistenza.

Sono stati utilizzati i dati acquisiti dall'osservazione diretta durante lo stage effettuato presso l'ambulatorio infermieristico insistente nel P.O. Valle D'Itria-ASL TA, tra i mesi di gennaio e febbraio 2019, ed, indirettamente, attraverso l'analisi delle documentazioni cliniche. È proprio grazie a queste informazioni che abbiamo potuto stimare

quantitativamente i casi clinici che hanno previsto in particolare l'utilizzo di questo nuovo device, la qualità terapeutica ed i risultati positivi derivanti dal suo utilizzo, che, tra i molti osservati, rappresenteremo con l'analisi in particolare di un caso clinico.

STIMA QUANTITATIVA

Nell'anno 2018, precisamente dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2018, il totale di pazienti che hanno effettuato come trattamento la magnetoterapia, seguiti presso l'ambulatorio, equivalgono a **137**. Di questi:

- **63** soggetti, equivalenti al 46%, sono completamente guariti;
- **45** soggetti, equivalenti al 33%, continuano ancora il percorso di cura, con la magnetoterapia;
- **29** soggetti, equivalenti al 21%, sono stati trasferiti in altri contesti quali, ad esempio, l'assistenza domiciliare, o sono deceduti.

IL CASO - Il paziente M.P. di circa 88 anni, affetto da Artrite Reumatoide per la quale fa uso di farmaci cortisonici da circa 10 anni, accede

all'ambulatorio l'8 marzo 2018, a causa di una lesione autoimmune sull'arto inferiore sinistro, che afferma di avere già da circa 3 mesi. La lesione, lunga 6 cm, larga 5 cm, profonda a livello del derma 1 cm e mezzo, è costituita da un'escara nera, più del 25% dell'area lesiva da un alto eritema, da una moderata cellulite, da una severa dermatite perilesionale e da severi bordi fibrosi. Non sono presenti né macerazione né essudato, la lesione è ulcerata con fondo devitalizzato ed isole di necrosi di tipo ischemico. La zona perilesionale risulta essere improntabile alla digitopressione con presenza di edema.

L'infermiera attua un'adeguata medicazione caratterizzata da:

- Prontosan per la detersione;
- un impacco di Amukine med, lasciato ad agire in loco per 10 minuti, per la disinfezione;
- Sorfagen pomata (che contiene Sulfadiazina Argentica) come medicazione primaria;
- Cutimed (idrogel amorfo trasparente che può essere impiegato per la rimozione del tessuto necrotico secco) e bendaggio a Viennetta di contenimento.

Durante la medicazione il paziente accusa dolore coercitivo identificato con un valore della scala VAS uguale a 10; riferisce assenza di riposo notturno per cui, l'infermiera gli consiglia di effettuare un'opportuna valutazione per la Terapia Antalgica presso l'ambulatorio anestesiológico insistente nello stesso Presidio Ospedaliero. Lo esorta, inoltre, ad effettuare un'opportuna valutazione specialistica vascolare con Doppler agli arti inferiori presso un chirurgo vascolare, per flusso ematico non apprezzabile alla palpazione.

All'appuntamento successivo, avvenuto il 19 marzo, dato che il fondo della lesione presenta biofilm ed una rete di microvasi ischemici, l'infermiera effettua una valutazione della carica batterica tramite l'esecuzione dell'esame colturale del tampone e successivo antibiogramma, a cui risulta una positività dello *Pseudomonas Aeruginosa*. Pertanto, viene raccomandato al paziente di effettuare una visita presso un medico infettivologo. L'infermiera prosegue con la medicazione come da protocollo, stessa medicazione viene eseguita anche al con-



trollo successivo.

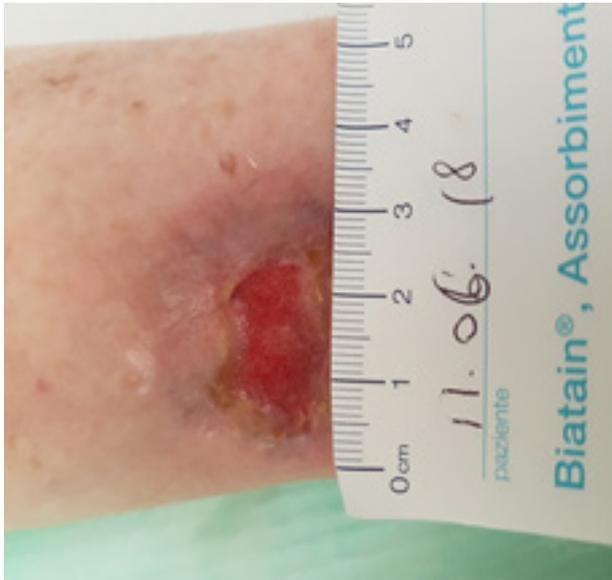
Il 26 marzo, il paziente comunica all'infermiera di aver effettuato la visita presso l'infettivologo e che gli è stata prescritta una terapia antibiotica, a base di Ciproxin da 1g, 2 volte al giorno per 10 giorni. Il 4 aprile il paziente inizia il trattamento con ma-



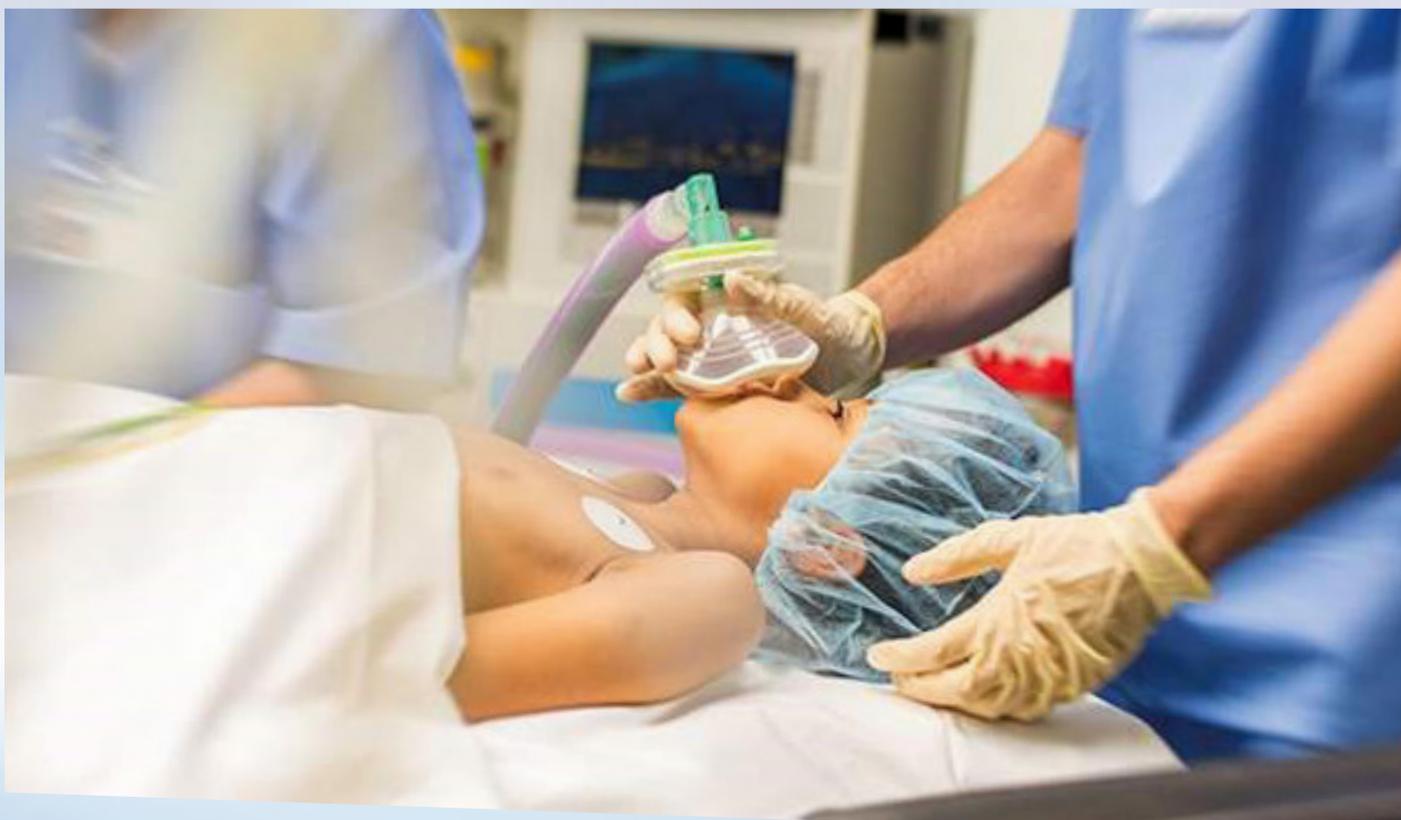
gneterapia a domicilio ed il 5 aprile riferisce di avere vomito già da quattro giorni, per cui il secondo tampone culturale della lesione, previsto per quel giorno viene rimandato al 9 aprile, quando il paziente riferisce di aver sospeso la terapia antibiotica orale, prescritta dall'infettivologo, poiché questa gli generava malessere. L'infermiera continua ad effettuare le medicazioni secondo il protocollo, nei tre appuntamenti successivi, svoltosi ogni sette giorni. All'appuntamento del 7 maggio la lesione appare detersa, con riduzione dei margini superiori e formazione di neocute di circa 1 cm e mezzo, con regressione dell'impronta di fovea. Il paziente riferisce la riduzione del dolore, che indica con un valore, nella scala VAS, pari a 5 ed il miglioramento nella deambulazione. Successivamente, il 14 di maggio, la lesione presenta la riduzione dei margini. L'infermiera esegue la medicazione come da protocollo. All'appuntamento del 21 maggio, la lesione presenta margini di cicatrizzazione sulla zona perilesionale, con una

presenza ridotta di fibrina. Inoltre, l'edema presente è lieve e declive. Anche questa volta l'infermiera esegue la medicazione secondo protocollo, che viene poi modificato, il 28 maggio, con l'uso nella medicazione di Condress. All'appuntamento successivo, avvenuto l'11 giugno, la lesione è in fase di maturazione, con formazione di neocute sui bordi.

L'infermiera applica la medicazione secondo il protocollo. Successivamente, il 18 giugno, si procede all'aggiornamento del protocollo, tramite l'introduzione del Condress associato al Mepilex. Il 25 giugno la medicazione è nuovamente rinnovata secondo protocollo. Il 25 luglio, sulla lesione appare un letto deterso con riduzione dei margini; si riapplica la medicazione secondo protocollo. Il 5 agosto la lesione compare completamente guarita. In questo caso clinico l'uso della magnetoterapia ha stimolato la riduzione dei margini lesivi in poco più di un mese e la completa rimarginazione in cinque mesi.



La sedazione a scopo diagnostico in ambito pediatrico: studio qualitativo sulle dinamiche cliniche, assistenziali e relazionali



Dott.ssa Vincenza Cavallo
*Infermiere di anestesia e rianimazione,
O.P.C. SS Annunziata ASL Taranto*
Dott. Cosimo Della Pietà
Infermiere DSS n.6, ASL Taranto

BACKGROUND - Fondandosi sul dualismo cartesiano, che distingue mente e corpo, la medicina ed il nursing contemporaneo, spesso, hanno messo al centro del processo di cura e assistenza gli aspetti e le conoscenze tecnico-scientifici dei professionisti sanitari, concentrandosi sul "disease", ovvero sulla malattia. L'approccio qualitativo alla ricerca infermieristica vuole mettere in risalto gli aspetti relativi a "illness" e "sickness", ovvero del vissuto soggettivo del paziente, dei familiari, del professionista dell'assistenza e della percezione sociale della malattia. Il presente articolo ha lo scopo di illustrare i risultati di una ricerca qualitativa di tipo fenomenologico, svolta all'interno di

una unità operativa di anestesia e rianimazione, relativa alle modifiche relazionali ed emozionali avvenute nel processo assistenziale del paziente pediatrico, nei genitori e negli operatori sanitari, a seguito dell'introduzione di una nuova procedura operativa, supportata da un nuovo farmaco, per la sedazione dei bambini per l'esecuzione di un esame diagnostico strumentale, la Risonanza Magnetica (RM) - Encefalo. Lo scopo della presentazione dei risultati del presente studio ha, inoltre, l'intento di consegnare nelle mani dei professionisti del processo assistenziale ulteriori strumenti operativi e di analisi, per meglio realizzare il proprio mandato professionale e deontologico.

PREMESSA - Innumerevoli fonti bibliografiche analizzate confermano che il ricovero in ospedale è, soprattutto per il bambino, un'esperienza spiacevole, fonte di stress e di stimoli dolorosi. È noto che dolore, paura, percezione di un'eventuale separazione dai genitori e ansia, non trattati, inducono reazioni dei parametri clinici e comportamentali e determinano alterazioni psicologiche, neurovegetative, ormonali e metaboliche, producendo conseguenze a breve e lungo termine. Quando si esegue la sedazione per le diverse procedure pediatriche, il controllo del dolore, il contenimento della paura, dell'agitazione e dello stress, rappresentano un obiettivo irrinunciabile nel management del piccolo paziente.

Ricordiamo che le vecchie pratiche sanitarie, in cui le procedure erano effettuate su bambini che gridavano, si agitavano e richiedevano di essere trattenuti con forza, causando un trauma psicologico che conduceva ad uno stress indesiderabile per il bambino e la sua famiglia, e conseguentemente per gli operatori sanitari, producevano cattivi risultati dell'intero processo assistenziale e delle procedure sanitarie. Consapevoli che gli operatori sanitari tendono a percepire il fallimento della cura come un fallimento personale, i professionisti del processo assistenziale sono tra i professionisti della salute più a rischio di stress lavoro correlato. Pertanto, si è deciso di intraprendere una ricerca qualitativa di tipo Fenomenologico per indagare i vissuti emozionali degli infermieri, coinvolti nel processo di assistenza del paziente pediatrico, sedato per l'esecuzione di una RM - Encefalo. La ricerca Fenomenologica viene utilizzata per giungere alla comprensione del significato di una esperienza umana specifica. La Fenomenologia studia, scopre e descrive in modo sistematico il significato interno o le essenze di un'esperienza ottenute attraverso lo studio dei particolari o casi di esperienze così come sono vissute dagli individui. Questo metodo è utilizzato, per esempio, quando si vuole comprendere il significato di un vissuto esperienziale; l'esperienza vissuta non è ben descritta ed esiste poca letteratura a riguardo. La conduzione di uno studio di ricerca Fenomenologica prevede delle fasi ben definite.

La prima fase nella conduzione dello studio è rappresentata dall'identificazione di un vissuto da sottoporre ad indagine.

Identificazione del campione - Si utilizza un campione piccolo e propositivo, i partecipanti sono reclutati fintanto non ci sia una ridondanza dei dati o saturazione (le descrizioni dei partecipanti diventano ripetitive e non emergono nuovi dati).

La raccolta dati - Il ricercatore deve eseguire un'auto valutazione, le sue conoscenze, idee ed ideologie devono essere completamente sospese, per attuare una raccolta e successiva analisi dei dati, non influenzata dal suo vissuto personale. Le esperienze sono raccolte tramite interviste o descrizioni scritte; le interviste di solito sono poco strutturate, il ricercatore interagisce con gli intervistati solo per stimolare un'approfondita descrizione dei vissuti.

Analisi dei dati - Esistono diversi metodi di analisi dei dati qualitativi; indipendentemente dal metodo utilizzato, il ricercatore dovrà leggere ed ascoltare i dati molte volte (immergersi nei dati...), per arrivare ad una loro comprensione. Questa modalità necessita alcune volte di ritornare dai partecipanti per chiarimenti o ulteriori elaborazione dei concetti.

Rigore scientifico - Per assicurare il rigore scientifico nella ricerca fenomenologica, bisogna assicurare la confermabilità, costituita da tre elementi.

- **La verificabilità:** permette al lettore della ricerca di seguire il percorso metodologico seguito dal ricercatore e di arrivare a risultati uguali o simili.
- **La credibilità:** i risultati dello studio devono essere descrizioni o interpretazioni fedeli dell'esperienza vissuta, i risultati devono essere riconosciuti dai partecipanti, meglio se costruiti insieme tra partecipante e ricercatore.
- **L'appropriatezza:** è il grado in cui i risultati di uno studio riflettono i dati, ossia i risultati

devono essere accuratamente fondati sui vissuti emersi.

MATERIALI E METODI - Da molti anni lavoro come infermiera di anestesia e rianimazione nell'Ospedale "SS. Annunziata" di Taranto.

La nostra esperienza sull'utilizzo della dexmedetomidina per via intranasale, in corso di sedazione procedurale, ha avuto inizio nel 2017. All'interno della mia Unità Operativa avevamo l'esigenza di utilizzare una tecnica anestesiológica sicura per le procedure di diagnostica per immagini, in particolare per la risonanza magnetica encefalo in pazienti pediatrici. In quanto la sala diagnostica per l'esecuzione dell' RM è situata in un luogo isolato, rispetto al blocco delle sale operatorie. Inoltre, tale pratica coinvolge una fascia di pazienti pediatrici, di età compresa da zero a 1-2 o più anni, comunque non ancora in grado di collaborare. La nuova procedura ha portato delle importanti modifiche nei processi assistenziali, gestionali, relazionale ed emozionali dei piccoli pazienti che eseguono una RM encefalo, ma anche nei genitori e negli operatori sanitari. Fino all'introduzione della nuova procedura l'esame RM encefalo, in pazienti in età pediatrica, si eseguiva in anestesia generale, producendo maggiori rischi per il paziente, stress per tutte le persone coinvolte in tale pratica diagnostica, paura, distacco traumatico dei genitori dai propri figli. La mia percezione, sull'impiego della vecchia procedura, supportata dal comportamento e dalle affermazioni della totalità dei miei colleghi, sulla insicurezza nella gestione delle procedure di anestesia generale pediatrica da parte di Infermieri che operano in un ospedale non a misura di bambino, causava notevole ansia, angoscia e frustrazione nell'assistenza ai piccoli pazienti. A seguito dell'introduzione della nuova procedura riusciamo a valutare anche i bisogni emozionali e psicosociali, normalmente nella precedente procedura considerati poco, in quanto troppo preoccupati delle nostre performance. È nata una nuova forma di collaborazione e intesa anche tra noi e infermieri di anestesia e medici anestesisti dell'Ospedale. Una volta alla settimana viene organizzata la seduta di esami pediatrici

in sedazione rivolta a bambini ricoverati in Pediatria. La RM-Encefalo, in sedazione profonda, infatti, viene eseguita unicamente in regime di ricovero breve e la preparazione all'esame richiede in genere esami ematochimici e visita anestesiológica. La Risonanza magnetica (RM) è l'esame attualmente più utilizzato in ambito diagnostico pediatrico, in quanto ha il vantaggio di fornire una migliore risoluzione diagnostica senza essere un esame invasivo; requisito indispensabile è che il bambino rimanga fermo per circa 20-30 minuti. Nel neonato fino ai 2-3 mesi normalmente si ottiene col sonno spontaneo dopo la poppata. Nel bambino in età scolare si riesce ad ottenere una collaborazione idonea; per quanto riguarda la fascia di età intermedia, o comunque bambini non collaboranti, l'esame viene eseguito in anestesia attraverso l'induzione farmacológica del sonno con monitoraggio continuo.

La somministrazione di dexmedetomidina per via intranasale ha, inoltre, il vantaggio di non essere traumatica, per cui sia il bambino che i genitori non vivono un momento di ulteriore stress dovuto all'induzione dell'anestesia e il processo risulta essere del tutto graduale. Negli ultimi anni evidenze sempre più consistenti hanno mostrato l'efficacia dell'utilizzo della dexmedetomidina, un sedativo con un profilo di sicurezza particolarmente interessante in ambito di sedazione pediatrica. In linea teorica, i farmaci utilizzati nel corso della sedazione procedurale, al di fuori della sala operatoria, dovrebbero possedere caratteristiche che garantiscano una rapida azione e un rapido smaltimento; proprietà sedative associate a proprietà analgesiche; un profilo farmacocinetico e farmacodinamico in grado di garantire un effetto sedativo prevedibile in funzione del dosaggio somministrato; un basso rischio di depressione respiratoria e un rapporto molto favorevole tra efficacia ed effetti avversi. È un farmaco antagonista del recettore alfa-adrenergico centrale, analogo della clonidina, ma altamente selettivo ad azione ipnoinducente e ansiolitica. A livello del sistema nervoso centrale, induce un sonno paragonabile agli stadi 2-3 del sonno non-REM. La caratteristica peculiare della dexmedetomidina, unica rispetto agli altri sedativi

comunemente utilizzati in corso di sedazione procedurale, è di non deprimere il centro del respiro e non influire sulla morfologia e dinamica delle prime vie respiratorie durante la sedazione. Può essere utilizzata in associazione ad altri farmaci comunemente utilizzati in corso di analgesedazione: midazolam, ketamina e propofol. In età pediatrica, secondo le indicazioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), la dexmedetomidina è utilizzabile, per via endovenosa, a tutte le età, compresa quella neonatale, in terapia intensiva e nel bambino, per sedazione procedurale al di fuori della sala operatoria (Legge n. 648/1996). La somministrazione per via intranasale a tutte le età e l'utilizzo nel neonato per sedazione procedurale al di fuori della terapia intensiva sono al momento off-label. La dexmedetomidina, inoltre, ha proprietà organolettiche che ben si adattano alla somministrazione per via intranasale. È, infatti, inodore, insapore e non comporta irritazione locale; tutti i bambini sono abituati ai lavaggi delle narici sin dalla nascita per cui la procedura non è traumatica per il bambino. La dexmedetomidina intranasale, a un dosaggio di 2-4 µg/kg in unica somministrazione, si è dimostrata molto efficace in corso di procedure non dolorose, con percentuali di pazienti che raggiungevano una adeguata sedazione, per portare a termine l'esame variabili tra l'85% e il 95% a seconda degli studi. Il tempo medio di inizio di efficacia del farmaco varia tra 13 e 30 minuti, il tempo medio di risveglio tra 40 e 90 minuti dall'inizio dell'effetto. La dexmedetomidina non modifica l'architettura EEG durante il sonno e non influisce sull'attività epilettica.

La somministrazione intranasale è risultata molto sicura. Gli effetti collaterali più frequentemente descritti negli studi citati sono stati una relativa bradicardia e ipotensione, non tali però da necessitare di un intervento medico e di entità minore rispetto a quanto avviene durante la somministrazione endovenosa. L'efficacia della somministrazione intranasale di dexmedetomidina, infine, non varia a seconda che avvenga tramite dispositivo MAD (Mucosal Atomization Device) o direttamente tramite siringa. L'utilizzo del presente farmaco, per via intranasale, permetterebbe di risparmiare

il posizionamento di un accesso venoso e/o di posizionarlo quando il bambino si addormenta, non lasciando così il ricordo del dolore dell'agopuntura. Per la somministrazione della dexmedetomidina per via intranasale si utilizzano le fiale di farmaco a uso endovenoso: Dexdor 100 µg/ml, fiale da 2 ml. La dexmedetomidina può essere aspirata tramite siringa da insulina e somministrata per via intranasale mediante dispositivo MAD, con l'accortezza di somministrare metà della dose in una narice e metà nell'altra, puntando il dispositivo con una lieve inclinazione verso la porzione mediale della narice. I pazienti sedati con dexmedetomidina possono essere risvegliati dalla manipolazione o dai rumori; è conveniente, pertanto, limitare il più possibile gli stimoli ai bambini una volta addormentati. Ideale sarebbe addormentarli già nel luogo della procedura. Il monitoraggio durante la procedura deve garantire la rilevazione continua dei parametri vitali (frequenza cardiaca e SatO₂) e il poter visualizzare la dinamica respiratoria del paziente e la posizione del capo, se non immobilizzato. La rilevazione della pressione arteriosa durante la procedura può disturbare il sonno di alcuni bambini. Per via intranasale il dosaggio efficace e sicuro più comunemente utilizzato è quello di 2-4 µg/kg. L'inizio del sonno può avere una latenza anche di 30-50 minuti. Se necessario, è possibile somministrare un secondo bolo a 1 µg/kg a distanza di 30 minuti dal primo o associare la somministrazione di midazolam per via orale o intranasale a 0,5 mg/kg (0,1 mg/kg nel neonato). La dexmedetomidina ha ridottissime proprietà analgesiche; in caso di procedure dolorose, è necessario, pertanto, garantire un'adeguata analgesia attraverso l'associazione con altri farmaci. Una delle associazioni più vantaggiose è quella con la ketamina, poiché anch'essa non deprime il centro del respiro e limita l'effetto bradicardizzante e ipotensivo della dexmedetomidina. La dexmedetomidina è un farmaco molto sicuro, ma non ha un antagonista. Qualora si verificasse una bradicardia o una ipotensione risulta necessario trattare la sintomatologia.

Per quanto riguarda la nostra esperienza, abbiamo trattato con questa metodica circa 100 bambi-

ni di età compresa tra i 20 giorni e i 9 anni. Non abbiamo dovuto affrontare effetti avversi come bradicardie o ipotensioni. Abbiamo riscontrato un atteggiamento positivo sia da parte dei bambini che si addormentavano giocando, che dei genitori, in quanto partecipavano attivamente al processo di induzione del "sonno" tenendo i propri figli tra le braccia.

L' infermiere di anestesia inizia ad assistere il piccolo paziente e la sua famiglia il giorno dell'esame, predispone accuratamente i farmaci per la sedazione e altri farmaci es. Atropina, Efedrina, Midazolam, etc, ed il materiale relativo al monitoraggio dei parametri vitali oltre che per una eventuale urgenza.

I RISULTATI - L' obiettivo dello nostro studio è stato quello di indagare e analizzare le esperienze soggettive, personali, emozionali e professionali provate dagli infermieri che prestano as-

sistenza ai piccoli pazienti, che devono eseguire l'RM encefalo in anestesia generale o sedazione profonda. Questo per comprendere l'approccio assistenziale scelto ed attuato, nonché rilevare l'impatto e gli eventuali condizionamenti derivanti dall'assistenza erogata con l'introduzione della dexmedetomidina rispetto ai farmaci utilizzati in precedenza. Il campione è costituito dalla totalità della popolazione degli Infermieri di anestesia (15 professionisti), che prestano servizio nell' U. O di Anestesia P.O.C ASL/Taranto "Ospedale SS. Annunziata". Si è scelto di utilizzare come strumento di indagine qualitativa l' intervista narrativa semi-strutturata, al fine di dare maggior voce all'esperienza soggettiva, ai vissuti e alle rielaborazioni degli infermieri intervistati attraverso una guida strutturata, utile a sondare il significato della loro esperienza, le loro sensazioni nella ricostruzione dell'esperienza vissuta dell'assistere i piccoli pazienti sedati per l'esecuzione della RM encefalo.

LE INTERVISTE - Di seguito, sono riportate le risposte degli intervistati; si è scelto, nell'ottica del rigore metodologico che la ricerca fenomenologica prevede, di riportare una sintesi significativa delle risposte, alcune delle quali riassunte insieme ai partecipanti, per aumentare il grado di sintesi e interpretazione delle stesse.

1. Mi puoi parlare della tua esperienze in anestesia, rivolta all'assistenza ai pazienti pediatrici che eseguono esame RM encefalo? "È stata sempre, fin dall'inizio della mia esperienza lavorativa, un momento carico di tensione e preoccupazione. Ricordo che sino a qualche tempo fa si scendeva sempre in due infermieri per eseguire l'esame in pazienti pediatrici". Tutti gli intervistati fanno subito riferimento al carico di stress e preoccupazione che accompagnava la vecchia procedura.



2. Che tipo di problemi hai avuto in passato? Quali sono state le cause e le difficoltà? "Il momento critico era il posizionamento dell'ago cannula. Affrontare il pianto disperato dei bambini che dovevano eseguire l'esame era un momento angosciante. Qualche anno fa avevamo delle difficoltà anche di spazio, abbastanza ridotto nella vecchia sala RM".

3. Quali sono i principali problemi assistenziali che hai dovuto superare? "Uno dei problemi era offerto dal poco spazio per muoversi con disinvoltura e il reperire facilmente il mate-

riale occorrente, l'instabilità emodinamica data dall'utilizzo dei gas anestetici, l'interfacciarsi con i genitori, il gestire i piccoli che si dimenavano e piangevano, la paura e stress psicologico personale rispetto al lavoro svolto”.

4. Ti sei confrontato con i tuoi colleghi per cercare di risolvere i problemi? “Sì, spesso abbiamo chiesto un miglioramento delle apparecchiature presenti in sala, abbiamo richiesto più volte una maggiore collaborazione e dialogo per la gestione del paziente pediatrico, per sopperire al fattore stress e paura”.

5. Come giudichi la nuova procedura rivolta ai pazienti pediatrici nella sedazione per via intranasale? Pensi sia stato utile per riuscire a risolvere le difficoltà riscontrate in precedenza? “La sedazione per via intranasale risulta più agevole sia a livello emotivo per il paziente (non produce grida, spavento, agitazione nei soggetti che eseguono la procedura) che per la famiglia. A livello lavorativo da parte degli operatori viene vissuta in maniera positiva, in quanto vi è un ambiente più disteso, tra i vari componenti del gruppo di lavoro e utenti esterni”.

6. Se sì, quali aspetti assistenziali ritieni significativi e che tipo di aiuto è stato dato ai genitori e ai piccoli pazienti sottoposti a RM encefalo? “Sicuramente i piccoli paziente, i loro genitori e noi operatori viviamo con più tranquillità questa esperienza diagnostica (di per se spiacevole). A fine procedura prendiamo il bambino in braccio e lo adagiamo sul suo lettino sorridendo, i genitori ci salutano sempre ringraziandoci e sorridendo”.

7. Le scelte terapeutiche del medico anestesista, influiscono secondo te sui carichi di lavoro e sulla qualità dell'assistenza infermieristica (tempi, qualità, stress,...)? “Sì influiscono molto. Infatti da quando è stata introdotta la sedazione intranasale si affronta con più serenità la procedura diagnostica”.

8. Nell'attuale percorso assistenziale, ai genitori e ai piccoli pazienti sottoposti a RM encefalo sono presenti punti di debolezza che vorresti migliorare? “Attualmente è un'esperienza positiva. Magari con il tempo si riusciranno ad individuare eventuali difficoltà”

9. L'attuale assistenza erogata ai genitori e ai piccoli pazienti sottoposti a RM encefalo rispetta gli aspetti principali del governo clinico? (quali: qualità professionale, sicurezza delle cure, l'efficacia, l'efficienza, appropriatezza e centralità dell'utente) “Ci sono aspetti da migliorare: gestione accesso venoso; rapporto infermiere – bambino – genitore, prevenuto avendo già vissuto in precedenza la sopportazione della sofferenza del proprio figlio”

La maggior parte degli intervistati ha risposto affermativamente alla domanda.

Tutti gli Infermieri intervistati raccontano le loro esperienze vissute prima dell'introduzione della nuova procedura. I loro ricordi sono tutti carat-

terizzati da preoccupazione, paura e stress psicologico rispetto al lavoro svolto e da svolgere. Insicurezza rispetto al funzionamento delle apparecchiature, accompagnato sempre da eccessivo carico emotivo. Assenza di collaborazione multi

professionale nell'assistere il paziente pediatrico e assenza dei genitori durante la manovra diagnostica.

Forte resistenza da parte del personale infermieristico nell'eseguire il turno in RM. Preoccupazione sulle competenze anestesiológicas pediatriche del medico anestesista nel turno di lavoro. L'introduzione della procedura con dexmedetomidina, come farmaco per la sedazione dei pazienti pediatrici, nell'esecuzione della RM encefalo, ci conferma la notevole capacità di ridurre l'ansia e lo stress nel bambino, nei genitori e negli operatori sanitari. Viene valorizzato al massimo il ruolo ed il coinvolgimento attivo dei genitori nella procedura, tramite l'informazione, comunicazione, relazione di cura costante.

Lavorando in équipe, l'assistenza infermieristica erogata viene fortemente influenzata e condizionata dall'approccio diagnostico-terapeutico di altri professionisti della salute. In questa situazione possiamo affermare che la giusta scelta terapeutica al giusto paziente ci permette di offrire un'assistenza di qualità, soddisfazione dell'utente e gratificazione degli operatori.

La presenza dei genitori, prima dell'anestesia, durante e al risveglio, riduce la loro ansia e quella dei loro figli, e, come confermato da più testimonianze, anche quella di tutti gli operatori sanitari. L'interazione nel gruppo di lavoro ha favorito l'emergere di informazioni originali. A fine procedura prendiamo il bambino in braccio e lo adagiamo nel lettino sorridendo, i genitori ci salutano sempre ringraziandoci.

Lo svolgimento delle interviste mi ha permesso di conoscere meglio le priorità dei colleghi, alcuni dei quali hanno posto l'accento principalmente sul proprio senso di sicurezza durante la procedura in RM encefalo.

Altri invece sono contenti e soddisfatti nel vedere il bambino addormentarsi nelle braccia della mamma e nel percepire la serenità dei genitori nell'affrontare l'esame del proprio piccolo. Tutti gli operatori coinvolti, medici, infermieri di anestesia, infermieri e tecnici di risonanza, sono contenti del cambiamento scaturito dalla nuova procedura di sedazione profonda del paziente pediatrico, che,

oltre alla soddisfazione dell'utente, ha permesso di **semplificare tutte le fasi del processo diagnostico**, permettendo di ridurre i tempi di attesa tra un esame e il successivo, garantendo maggiore **efficacia ed efficienza**. Nei controlli successivi i bambini con i loro genitori sono più sereni nell'affrontare l'esecuzione dell'esame.

CONCLUSIONI - Dal nostro studio è emerso come l'assistenza al paziente pediatrico suscita nel gruppo di infermieri coinvolti molteplici vissuti. Si deduce dal coinvolgente lavoro svolto che si può fare ricerca qualitativa tutte le volte che ci poniamo delle domande e cerchiamo possibili soluzioni per indagare un fenomeno poco noto. È importante darci delle risposte e confrontarci con i nostri colleghi rispetto a una situazione di rischio, disagio, un caso clinico. L'esperienza maturata promuove negli infermieri di anestesia sentimenti positivi. Tra i vari aspetti che caratterizzano il paziente, quello che maggiormente influisce sull'erogazione dell'assistenza e sul vissuto personale degli infermieri è il benessere biopsicosociale del bambino e la sua famiglia. Attualmente pochi gli ospedali che adottano questa procedura; tra questi, il Gaslini di Genova, ospedale a misura di bambino, dove è in sperimentazione da pochi mesi grazie alla Dottoressa Marina Montrone, Anestesista, in precedenza in servizio nella nostra struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione, dove, in collaborazione con il Dottore Michele Cacciapaglia, Direttore della stessa, ha permesso di garantire l'adozione di questa procedura per una migliore assistenza medico/infermieristica in RM al paziente pediatrico.

Gli Infermieri di anestesia del Gaslini sono entusiasti come noi nell'eseguire la nuova procedura.

BIBLIOGRAFIA

Carradice A., Shankland M., Beail N. (2002). A qualitative study of the theoretical models used by UK mental health nurses to guide their assessments with family caregivers of people with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 17-26.

Husserl E. (1936). *Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die Transzendente Phänomenologie*. Husserliana, Bd. VI. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1954. (trad. it. *La Crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore, 1983).

Larkin M., Watts S., Clifton E. (2006). Giving voice and making sense in Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 102–120.

Larkin M., Thompson A. (2012). Interpretative phenomenological analysis. In A Thompson & D Harper (eds), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. John Wiley & Sons, Oxford, pp. 99-116. DOI: 10.1002/9781119973249.

Michie S., Smith, J.A. Heaversedge, J. Read S. (1999). Genetic counseling: clinical geneticist's views. *Journal of Genetic Counseling*, 8, 275-287.

Pringle J., Drummond J., McLafferty E., Hendry C. (2011). Interpretative phenomenological analysis: A discussion and critique. in *ArticleNurse researcher* 18(3):20-4. doi: 10.7748/nr2011.04.18.3.20.c8459.

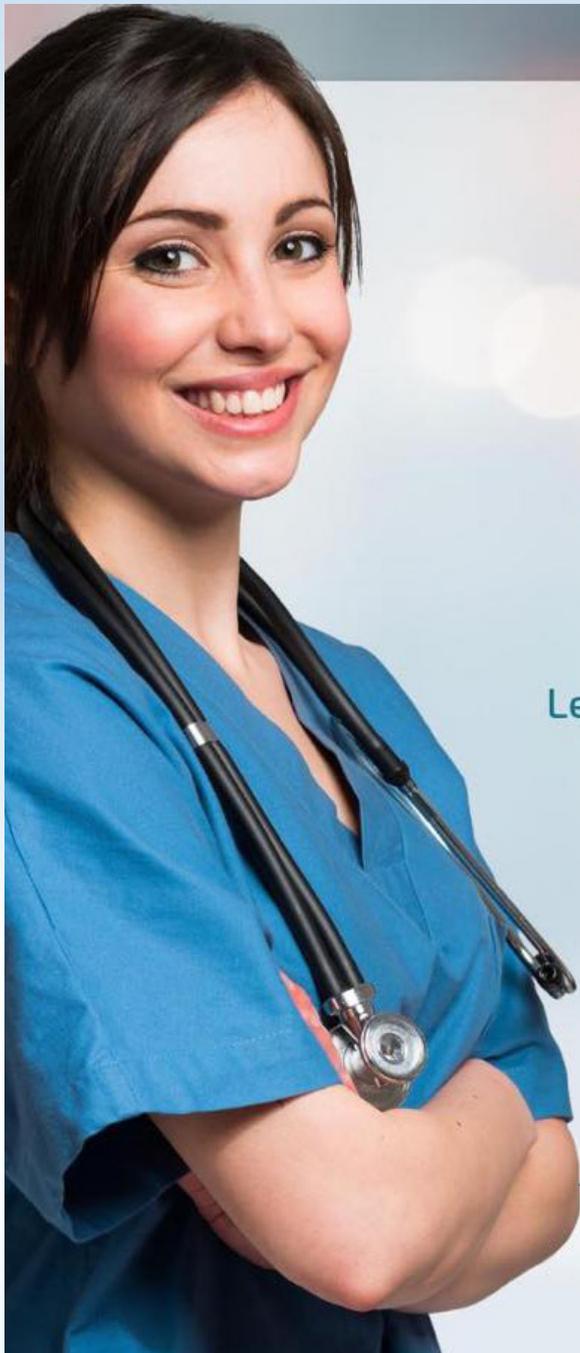
Rhodes J.E. Jakes S. (2000). Correspondence between delusions and personal goals: a qualitative analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 211-225.

Sasso L., Bagnasco A., Ghirotto L. (2015). *La ricerca qualitativa – Una risorsa per i professionisti della salute*. Edra – Masson.

Boyle A et al. Sedation of children in the emergency department for short painful procedures compared with theatre, how much does it save? *Economic valuation*. *EmergMed J.* 2011;28(5):383-386.

Sibilla C. *La sedazione in età pediatrica*. review vol.5,N.2, Luglio 2017.

Cozzi G, Morabito G, Cadeo G, et al. Dexmedetomidina intranasale per sedazione procedurale. *Medico e bambino*. Ottobre 2019 www.farmacovigilanza.asl3.liguria.it/pdf/DexdorInserimento_Legge_648.pdf · PDF file Inserimento del medicinale «Dexmedetomidina (Dexdor)» nell'elenco dei ... seguenti indicazioni terapeutiche: analgesedazione procedurale http://www.siaarti.it/SiteAssets/Ricerca/Standard-per-il-monitoraggio-in-Anestesia/linee_guida_file_43.pdf



Capo I - Principi e valori Professionali

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.

Le tracce TENERE
G. Gionfredi
no traccia scaricata.



ID	Codice	Località	Categoria	Data inizio	Data fine
TA151	(462010)	ospedale 1	ospedale 1	27/11/2017 12:24:59	
TA152	(462013)	Carrito	Carrito	27/11/2017 12:46:23	
TA153	(462023)	Lungo evento	Lungo evento	27/11/2017 12:52:28	
TA154	(462025)	ospedale 1	ospedale 1	27/11/2017 12:57:17	
TA154	(462077)	Lungo evento	Lungo evento	27/11/2017 13:01:05	
TA154	(462038)	Lungo evento	Lungo evento	27/11/2017 13:01:24	
TA155	(462052)	ospedale 1	ospedale 1	27/11/2017 12:18:39	
TA156	(461981)	ospedale 1	ospedale 1	27/11/2017 11:03:43	

Lo stress correlato da lavoro degli infermieri di Centrale Operativa del

Dott.ssa Monica Cardellicchio

Infermiera Distretto Unico

ASL Taranto

*Laurea Magistrale in Scienze
Infermieristiche ed Ostetriche*

118

INFERMIERE

118
TARANTO **SOCCORSO**

PROBLEMA

Negli anni Settanta alcuni aspetti dell'organizzazione del lavoro, come i ritmi di lavoro, la parcellizzazione delle mansioni e la ripetitività dei compiti lavorativi, gli orari di lavoro protratti, venivano inquadrati nel cosiddetto IV gruppo dei fattori di rischio. Successivamente, altri aspetti concernenti l'organizzazione del lavoro sono stati presi in considerazione come possibili fonti di danni per la salute dei lavoratori e, accanto ad essi, sono stati considerati possibili fonti di rischio anche aspetti relativi alla gestione del lavoro e alle condizioni relazionali e ambientali in cui il lavoro si svolge. Si è così notevolmente ampliato un gruppo di aspetti del lavoro potenzialmente dannosi per la salute dei lavoratori, oggi indicati come rischi stress-correlati. Di questi fanno parte i cosiddetti rischi fisici, che comprendono gli aspetti ambientali capaci di determinare danni sull'individuo anche attraverso il meccanismo dello stress come gli spazi di lavoro, le condizioni climatiche e microclimatiche, di illuminazione, le condizioni igieniche, il rumore, le vibrazioni, le condizioni ergonomiche e i rischi psicosociali. Lo stress lavoro-correlato produce effetti negativi sull'azienda in termini di impegno del lavoratore, prestazione e produttività del personale, incidenti causati da errore umano, turn-over del personale e abbandono precoce, tassi di presenza, soddisfazione per il lavoro, potenziali implicazioni legali (Cox, 1978; 1995). Ci sono prove convincenti che periodi prolungati di stress, tra cui quello lavoro-correlato, possono **infiacchire lo stato di salute di un individuo**. Numerose ricerche hanno dimostrato la forte correlazione tra stress lavoro-correlato e:

- disturbi fisici, quali cardiopatie, mal di schiena, cefalee, disturbi intestinali ed altre patologie minori (Cox et al., 2002);
- disturbi psichici, quali ansia, depressione, difficoltà di concentrazione, ridotte capacità decisionali (Daniels, 1997; Ferrie et al., 2002).

Inoltre, lo stress può condurre ad altri comportamenti potenzialmente nocivi per il benessere e la salute psichica, e, più in generale, a modifiche dello stile di vita e comportamentali (Cooper, 1981;

Mols et al., 2010).

Da uno studio elaborato è stato evidenziato che una notevole percentuale di infermieri di Centrale Operativa presentavano il fenomeno **“stress correlato da lavoro”**.

Su segnalazione dei Coordinatori del Dipartimento di Urgenza/Emergenza, è emerso che il personale infermieristico lamentava delle difficoltà nello svolgimento del proprio lavoro, dovuto spesso alla carenza del personale e alla pressione che avevano sulla copertura dei turni.

ANALISI DEL CONTESTO

A causa delle grosse carenze di personale che si trascina da ormai molto tempo, si compromette la qualità e i livelli di assistenza. La carenza di personale infermieristico non è più sopportabile. Il personale è sottoposto a ritmi di lavoro esagerati che non consentono la resa ottimale del servizio stesso agli utenti. Da alcuni mesi in molte centrali operative del **118**, il personale infermieristico impiegato nei turni diurni è limitato a due unità. Se si considera che in centrale operativa in turno ci devono essere tre unità infermieristiche, risulta chiaro come non venga rispettato il rapporto chiamate utenti/ infermieri, condizione questa indispensabile per fornire il giusto e necessario primo soccorso a livello territoriale. Il pesante lavoro portato avanti con grande impegno e spirito di abnegazione da parte del personale infermieristico, tutto, ha consentito sino ad oggi ai cittadini utenti di usufruire di un servizio sanitario di qualità. Il problema della carenza del personale infermieristico, ben noto alle Direzioni Sanitarie delle Aziende, al Dipartimento Regionale alla Salute, non può essere portato all'estremo. I carichi di lavoro dei pochi infermieri sono al limite del collasso. Non basterà, per evitarlo, il grande spirito di abnegazione, di sacrificio, di attaccamento al dovere del personale che continua a fare turni fisicamente insopportabili e massacranti. È necessario che il personale infermieristico possa continuare a svolgere il proprio lavoro con quella dignità professionale che rischia di venire meno a causa dei ritmi insostenibili di lavoro legato al

mancato turn-over degli ultimi tempi. Nonostante numerosi sforzi attuati dagli Ordini professionali degli infermieri, nella loro qualità di Enti di diritto pubblico regolatori della professione infermieristica e di controllo della qualità delle prestazioni infermieristiche erogate, la situazione professionale è in una condizione di precarietà assoluta con forti ricadute sulla qualità delle prestazioni infermieristiche erogate ai cittadini. La cronica carenza di personale infermieristico, lo stress a cui sono sottoposti gli operatori sanitari per l'effettuazione di doppi turni, la rinuncia al riposo settimanale e alle ferie stanno portando la centrale operativa al collasso. Gli infermieri di Centrale Operativa sono costretti ad effettuare turni di dodici ore continue e a rinunciare al riposo settimanale.

Si evince un profondo problema legato all'attività professionale svolta dagli infermieri di Centrale Operativa che presentano un forte **“stress correlato da lavoro”**.

ANALISI DELLE CAUSE ORGANIZZATIVE

- **Fattori di rischio della struttura.** Criticità legate al luogo in cui gli infermieri di Centrale Operativa molto spesso svolgono la loro attività professionale. L'ubicazione della postazione del Triage di Centrale Operativa non è ben accogliente per gli operatori poiché presenta spazi limitati senza vetrate, non permettendo così di avere contatto con la realtà esterna. Anche la decorazione delle pareti, elemento fondamentale, non è delle migliori dato che dovrebbe presentare un colore rilassante cosa che non succede poiché il colore attuale è giallo.
- **Fattori intrinseci relativi alle condizioni di salute degli utenti.** Criticità dovute allo stato emotivo e allo stato di agitazione degli utenti, dovuto spesso anche alla difficoltà nell'esprimere efficacemente i bisogni, durante la chiamata di soccorso. L'utente può avere difficoltà ad esprimere i bisogni a causa della sua bassa scolarità e a non comprendere le domande del triage che l'operatore di centrale espone per l'attivazione

del mezzo adeguato.

- **Fattori di rischio estrinseci alle condizioni del paziente.** Personale della centrale operativa che ha difficoltà a comunicare con l'utente per lo stato emotivo e di agitazione, per l'incomprensione del linguaggio a causa della bassa scolarizzazione dell'utente stesso e per lo stato di irritabilità che presenta l'operatore di centrale a causa dello stress a cui è sottoposto.
- **Fattori estrinseci relativi agli aspetti organizzativi della struttura.** In molte strutture esiste un unico responsabile del dipartimento di emergenza del 118, il quale, occupandosi della parte amministrativa e organizzativa del set, trascurando molti aspetti fondamentali riguardo il benessere degli operatori di centrale operativa, sovra-caricandoli di turni eccessivi con lo scopo di coprire i buchi creatisi a causa della mancanza dei turn-over, determinando così disagio psicologico degli stessi operatori. Vi è anche una carenza di corsi di Psicologia dell'emergenza sanitaria 118, di corsi di triage telefonico e assenza di figure professionali atte a supportare l'aspetto psicologico degli operatori di Centrale Operativa.

PROFILO DEI BISOGNI FORMATIVI

Campo intellettuale

- Implementare le conoscenze del triage telefonico in base alla criticità dell'utente-chiamante
- Ricevere più nozioni sull'uso corretto del sistema applicativo del 118
- Conoscere bene il territorio per l'invio del mezzo più appropriato; avere una conoscenza dei mezzi disponibili per organizzare meglio i servizi
- Formazione rispetto al triage telefonico

Campo manuale

- Sviluppare le capacità di utilizzo del sistema applicativo del 118; sviluppare le capacità

COMPETENZE ATTESE

GRADO	INTELLETTUALE	MANUALE	RELAZIONALE
I			
II	<p>Saper gestire le criticità dovute anche alla carenza del personale.</p> <p>Avere una discreta conoscenza del triage telefonico.</p> <p>Avere una discreta conoscenza del territorio per l'invio del mezzo più appropriato.</p> <p>Utilizzare in modo appropriato i protocolli e le linee guida.</p> <p>Individuare gli utenti più fragili</p>	<p>Avere dimestichezza con gli strumenti a disposizione.</p> <p>Saper utilizzare il sistema applicativo del 118.</p>	<p>Capacità di comunicare con i colleghi e con il medico di centrale per poter gestire in modo corretto l'intervento.</p> <p>Capacità di instaurare buoni rapporti relazionali.</p> <p>Capacità di capire attraverso la comunicazione telefonica con l'utente il mezzo più idoneo da inviare.</p>
III	<p>Capacità di scegliere per ogni tipo di criticità e di intervento il mezzo da inviare.</p>		<p>Capacità di stimolare l'utente a superare l'imbarazzo e la paura, a contattare un amico o parente che possa aiutarlo nell'esprimersi al meglio.</p> <p>Capacità di capire attraverso poche parole qual è il suo problema.</p>

verso strumenti facili ma di ausilio alla comunicazione.

118

PROFILO DEI BISOGNI FORMATIVI

Campo relazionale

- Risolvere i conflitti tra gli operatori, affrontando i problemi
- Sviluppare una comunicazione efficace nell'equipe verso l'utente
- Sviluppare la capacità di gestire eventuali conflitti tra l'operatore di centrale e l'utente-chiamante, evitando una comunicazione aggressiva e violenta, investendo sull'eliminazione di pregiudizi sull'uso non corretto del sistema

Campo intellettuale

- Implementare le conoscenze del triage telefonico in base alla criticità dell'utente-chiamante;
- Ricevere più nozioni sull'uso corretto del sistema applicativo del 118
- Conoscere bene il territorio per l'invio del mezzo più appropriato; avere una conoscenza dei mezzi disponibili per organizzare meglio i servizi

COMPETENZE OSSERVATE

GRADO	INTELLETTUALE	MANUALE	RELAZIONALE
I	<p>Alcuni infermieri non sono in grado di gestire in maniera ottimale le criticità legate alla gestione dell'intervento.</p> <p>Alcuni degli infermieri riferisce poca conoscenza e scarso utilizzo della gestione del triage telefonico.</p>		<p>La maggior parte degli infermieri, lavorano molto velocemente e superficialmente dando poco spazio all'aspetto relazionale.</p> <p>La metà tende ad assumere un rapporto di chiusura, soprattutto verso l'utente – chiamante</p>
II	<p>La maggior parte degli infermieri non utilizza protocolli né procedure ed inoltre la stessa % di infermieri, visto l'assenza dei turn-over non presta attenzione nell'individuare gli utenti più fragili;</p>	<p>Molti degli infermieri non ha dimestichezza con il sistema applicativo del 118.</p>	<p>La metà degli infermieri non comunica con il medico di centrale.</p> <p>Una minima parte degli infermieri non comunica tra loro, visti pregressi conflitti mai risolti.</p>
III	<p>La maggior parte degli infermieri ha difficoltà nel comprendere e nello scegliere una modalità di approccio adeguata all'utente-chiamante; adottando così la stessa modalità per tutti.</p>		<p>Molti degli infermieri crede che cercare di interpretare le esigenze dell'utente-chiamante, faccia perdere del tempo prezioso al suo lavoro; per questo non si sforza più di tanto a fare le domande di triage.</p>

- Formazione rispetto al triage telefonico

Campo manuale

- Sviluppare le capacità di utilizzo del sistema applicativo del 118 ; sviluppare le capacità verso strumenti facili ma di ausilio alla comunicazione

Campo relazionale

- Risolvere i conflitti tra gli operatori, affrontando i problemi
- Sviluppare una comunicazione efficace nell'e-

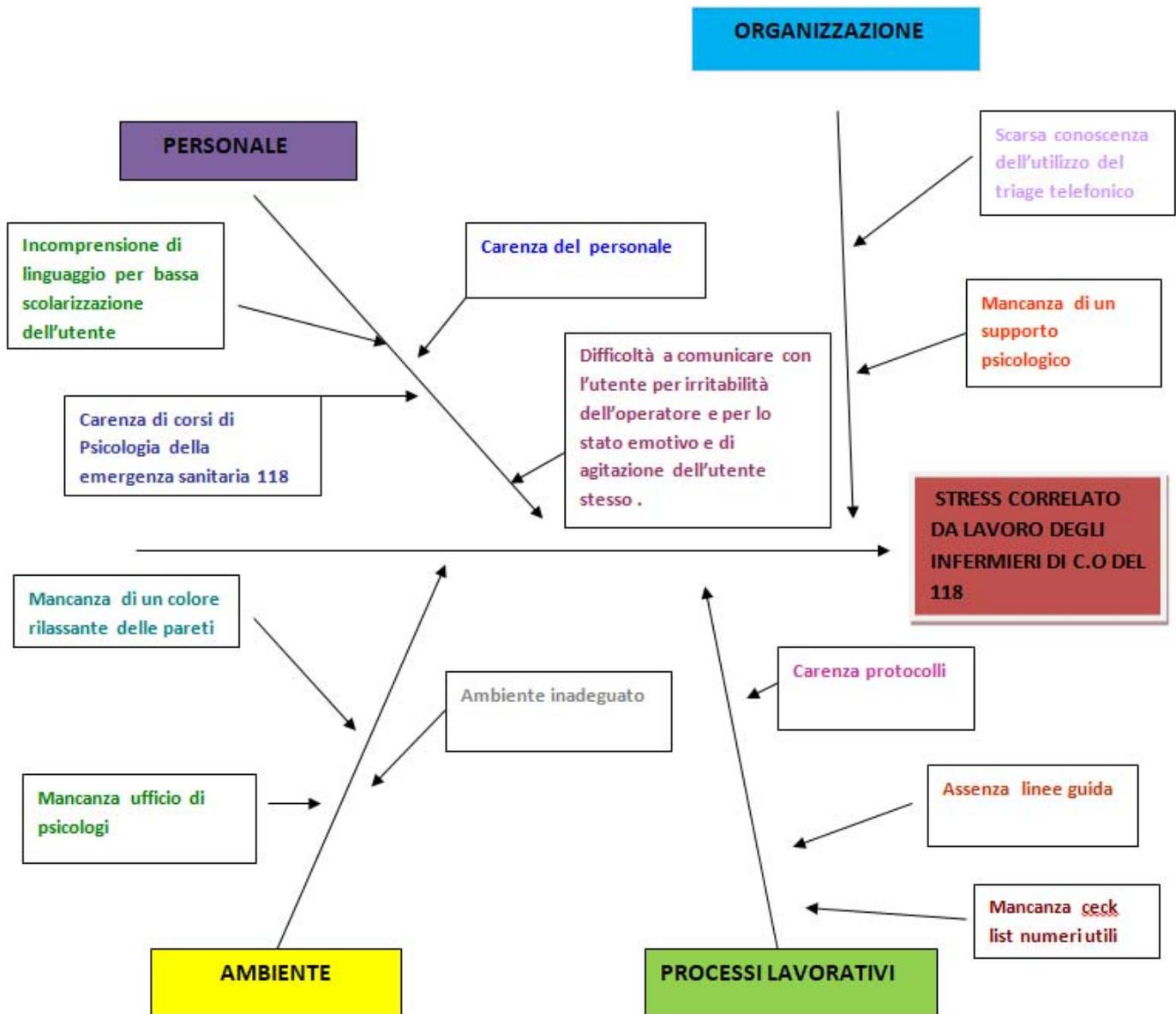
quipè verso l'utente

- Sviluppare la capacità di gestire eventuali conflitti tra l'operatore di centrale e l'utente-chiamante , evitando una comunicazione aggressiva e violenta , investendo sull'eliminazione di pregiudizi sull'uso non corretto del sistema 118

CONCLUSIONI

La responsabilità operativa è affidata al Personale Infermieristico della Centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della Centrale. Il personale infermieristico della centrale è

DIAGRAMMA DI ISHIKAWA



composto da infermieri con esperienza nell'area critica, o che abbiano seguito corsi di formazione nel settore dell'emergenza. I compiti del personale infermieristico sono quelli di :

- Ricezione, registrazione e selezione delle chiamate
- Determinazione dell'apparente criticità dell'intervento segnalato
- Codifica delle chiamate e delle risposte
- Il triage telefonico cui è chiamato l'infermiere di centrale operativa differisce dal triage di pronto soccorso in quanto si basa su protocolli in uso nella centrale operativa

L'infermiere di Centrale nel momento in cui riceve

la chiamata deve essere in grado di saper svolgere una buona attività di dispatch (sistema che comprende tutte le operazioni inerenti il sistema di soccorso dal momento della richiesta all'arrivo dei soccorritori sulla scena), il quale è costituito da 4 aspetti:

1. Intervista telefonica;
2. Istruzioni all'utente riguardo alle manovre da effettuare prearrivo dei mezzi;
3. Scelta del mezzo di soccorso (con medico, con infermiere, con volontari);
4. Supporto informativo ai soccorritori. all'infermiere, sono richieste delle competenze e delle attitudini, necessarie a svolgere al meglio la

propria attività.

Queste caratteristiche sono individuate in:

- **PREPARAZIONE SPECIFICA**
- **ESPERIENZA**
- **PROFESSIONALITÀ**
- **DINAMICITA' INTELLETTUALE**

E' necessario coniugare con l'estrema competenza professionale anche una buona competenza relazionale ed emozionale. Tutto ciò potrebbe risultare molto difficile a causa delle numerose e imprevedibili situazioni di forte impatto psicologico ed emotivo cui l'infermiere è sottoposto. Queste situazioni possono essere fonte di sentimenti e reazioni importanti: compassione, impotenza, paura, senso di inadeguatezza, senso di responsabilità. L'esigenza quindi è quella di tutelare l'operatore ricercando ed analizzando nuove strategie di investimento delle risorse professionali in grado di garantire un maggior benessere psico-fisico che porterebbe di conseguenza ad un miglioramento della qualità del suo operato. Nonostante la consapevolezza dell'esistenza del problema i programmi di sostegno all'operatore sanitario sono del tutto inesistenti, o per mancanza di adeguati finanziamenti a supporto o perché culturalmente si è soliti pensare che chi esprime le proprie emozioni sia un elemento debole, non capace di controllarsi. L'intervento di sostegno psicologico quindi è prima di tutto un'attività di prevenzione, basata sull'insegnamento delle tecniche di gestione emotiva in un ambiente dove possono insorgere fattori stressanti.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Europea per la sicurezza e salute sul lavoro "Ricerca sullo stress correlato al lavoro", 2000.

AA. VV., Stress e Lavoro nell'Europa in espansione, ISPESL – WHO Collaborating Centre, Roma, 2004.

Cannizzaro G, Casali R. Psicologia dell'emergenza sanitaria 118. Riflessioni ed esperienze di psicologi, medici e infermieri dell'area critica. Milano, 2011.

CESANA G., e Altri, Valutazione, prevenzione e correzione degli effetti nocivi dello stress da lavoro. Documento di consenso SIMLII, PIME Editrice, Pavia, 2006.

Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione, Valutazione del rischio stress lavoro-correlato, Documento interlocutorio, Febbraio 2010.

Cox T, Griffiths A, Rial-González E. Ricerca sullo stress correlato da lavoro. Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro. Bilbao, 2002.

Decreto Legislativo 09/04/2008 n. 81.

Frascheri C. "Stress sul lavoro: i rischi emergenti nelle organizzazioni del lavoro pubbliche e private" Istituto Per il Lavoro. Dogana (San Marino), Maggioli Editore 2006.

Gordoni G.: "Soccorso extraospedaliero" in Pronto Soccorso, Servizi di Emergenza 118, Centro Scientifico Editore, Torino 1996

Guilbert J.,-J. Guida pedagogica per il personale sanitario. IV Edizione



OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto



Dott.ssa Carmela Lacatena
*Direttore della didattica
e Professore a contratto
CdL Infermieristica
Polo Jonico UNIBA*
Dott.ssa Roberta Rinaldi
Infermiera

DANZATERAPIA E DISABILITÀ INTELLETTIVA: AL DI LÀ DELLE BARRIERE

Questo elaborato ha una nuova prospettiva, un campo non ancora molto conosciuto, ma, allo stesso tempo, di grande utilità per soggetti affetti da disabilità.

Ho scelto di unire le mie due più grandi passioni: la danza e l'assistenza infermieristica. Sebbene possano sembrare due ambiti opposti, che viaggiano su rette parallele, in realtà non è affatto così, è possibile sintetizzare questi due ambiti in una sola parola, **DANZATERAPIA**.

Nonostante si pensi spesso che la disabilità sia un modo di definire alcune tipologie di soggetti secondo un'ottica puramente sanitaria, in realtà è una questione essenzialmente sociale, non medica.

Sarebbe opportuno che la disabilità fosse intesa come un **"modo diverso di aprirsi al mondo"**, piuttosto che un elenco di mancanze psicofisiche che determinano la presenza di un certo numero di deficit.

Bisogna individuare le abilità presenti insieme a quelle assenti, farne un bilancio e ricondurre al funzionamento dei substrati organici o alle vicende psicologico-relazionali con cui sono state associate.

Questo è un compito preliminare dell'infermiere. Ma, allo stesso tempo, il suo incarico non è solo quello di inquadrare, bensì anche di potenziare e sviluppare sia le abilità presenti che quelle da rinforzare o recuperare. Sino a tempi relativamente recenti, l'espressione utilizzata per indicare il rallentamento dello sviluppo cognitivo di un individuo era quella di "Ritardo Mentale". Con la pubblicazione della quinta edizione del DSM, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), questo termine è stato abbandonato a favore di "Disabilità Intellettive".

La modifica della locuzione è stata necessaria poiché l'espressione utilizzata precedentemente connotava negativamente il soggetto e non considerava i profili cognitivi tipici di ogni sindrome, caratterizzati da punti di forza e di debolezza.

Per poter effettuare la diagnosi di disabilità intellettiva, devono essere adottati i seguenti criteri:

- **deficit delle funzioni intellettive**, come il ragionamento, la soluzione di problemi, il giudizio, l'apprendimento scolastico o l'apprendimento dell'esperienza. Questa insufficienza dev'essere dimostrata sia dalla valutazione clinica che da prove di intelligenza individuate e standardizzate;
- **deficit del funzionamento adattativo**, che si verifica col mancato conseguimento degli standard di sviluppo e socio-culturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale. Senza alcun supporto continuativo, i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana in diversi ambiti, come la casa, la scuola, l'ambiente lavorativo e la comunità. Il funzionamento adattivo è stabilito utilizzando sia la valutazione clinica che quella individualizzata, culturalmente appropriata e con le giuste misure psicometriche;
- **insorgenza di deficit intellettivi e adattivi nell'età evolutiva** (infanzia e adolescenza). Purtroppo, la compromissione intellettiva non ha margini di miglioramento. Tuttavia, il livello di adattamento

della persona può essere influenzato da un ambiente favorevole, cognitivamente stimolante ed emotivamente rassicurante. Con il fine del raggiungimento del benessere, bisognerebbe ideare un percorso riabilitativo che, per essere validato, dovrebbe portare alla "*guarigione sociale*" dell'individuo, conducendolo all'inserimento nell'ambiente socio-culturale.

In questo ambito è necessario il lavoro del team riabilitativo composto da una serie di professionisti che includono medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali; altri operatori sono coinvolti all'occorrenza, nel momento in cui vi è l'esigenza a seconda del tipo di patologia da trattare.

L'infermiere è, quindi, chiamato ad operare in una prospettiva di prevenzione secondaria e terziaria, analizzando i bisogni e le necessità e scoprendo le caratteristiche del contesto familiare e socio-ambientale. Promuove, inoltre, lo sviluppo delle relazioni di rete nel territorio dove il soggetto vive e agisce sulle famiglie e sul contesto sociale, allo scopo di favorire l'inserimento nella comunità.

La danzaterapia, nonostante sia ancora poco conosciuta e in costante divenire, ha avuto un recente sviluppo e svolge un'azione significativa riguardo la promozione delle capacità specifiche di soggetti con bisogni educativi speciali, utilizzata di *supporto* alle tradizionali psicoterapie e/o terapie farmacologiche.

I benefici non sono facili da raggiungere e hanno bisogno di tempo; è necessario che gli utenti si divertano e provino un senso di soddisfazione.

Lo strumento espressivo della danzaterapia è il linguaggio del corpo e della danza che, uniti al processo creativo, diventano le principali modalità di valutazione ed intervento all'interno di processi interpersonali finalizzati alla positiva evoluzione dell'essere umano.

Non basta considerare i soli movimenti, la fisicità non è mai slegata agli aspetti emo-

zionali.

Il corpo è considerato nella triplice valenza fisiologica, psicologica e relazionale, secondo il modello **Mcr (modello-corpo-relazione)**. Non è un corpo- oggetto ma un corpo vivente, attivo, intersoggettivo, un corpo danzante.

In rapporto al paradigma Mcr, ciascuna fase della sessione di danzaterapia è organizzata pensando a un processo multidimensionale, che si sviluppa su più piani:

- **somatico** (fisiologia del corpo in movimento);
- **psicologico** (modulazione emozionale, funzione immaginativa, processo simbolico- rappresentativo, stati di coscienza ecc.);
- **relazionale** (interazioni, scambio interculturale,...).

L'operatore svolge un ruolo di straordinaria importanza: fornisce sostegno per il miglioramento dei soggetti, sceglie il materiale da usare, fornisce istruzioni e determina il clima delle sedute. In primis, egli deve avere una buona conoscenza e consapevolezza di sé, per poi poter aiutare e ricevere fiducia dal gruppo, deve avere esperienza con il mezzo creativo che utilizza e conoscere tutti i membri che fanno parte del gruppo per scegliere attività adatte alle esigenze ed alle abilità specifiche di ciascuno. È, inoltre, indispensabile avere molta pazienza affinché tutti comprendano ed utilizzino pian piano il linguaggio del mezzo creativo usato, la sua struttura e le sue forme di espressione.

La danzaterapia si svolge, solitamente, nel contesto di un gruppo. L'individuo può impegnarsi in un processo d'integrazione, costruendo un rapporto significativo di alleanza terapeutica.

Il dialogo che si instaura tra paziente e terapeuta si basa sulla comunicazione diretta di vissuti emotivi ed è sostenuto, spesso, da messaggi di tipo non verbale, come gesti, espressioni facciali, postura.

Esperienza personale di Danzaterapia effettuata dalla Dott.ssa Rinaldi durante il tirocinio Pre Laurea - Per concludere que-

sto percorso teorico e metodologico, riporto la mia personale esperienza e il mio approccio con il mondo della danzaterapia.

Il progetto, che ha avuto luogo nell'UTR n3 della ASL di Taranto, in via Basta, si è sviluppato in dieci incontri di un'ora ciascuno. Ho preso in riferimento un gruppo ristretto di quattro bambine dagli 8 agli 11 anni con disabilità intellettiva, lavorando in uno spazio limitato.

Prima di procedere alla descrizione degli interventi adottati, sono stati fissati gli obiettivi da raggiungere al termine delle attività, ossia:

- favorire l'integrazione e la socializzazione;
- potenziare l'espressività individuale;
- valorizzare le singole diversità come risorsa;
- comunicare attraverso il movimento corporeo;
- percepire il proprio corpo nello spazio;
- potenziare la capacità d'ascolto.

Ogni incontro è stato strutturato in cinque elementi salienti:

- **saluto**: considerato come un elemento fondamentale per l'accoglienza del bambino. All'inizio di ogni seduta, è stato di grande aiuto disporsi in un cerchio (figura geometrica di facile comprensione e perfetta per comunicare con il gruppo). In questo modo, ognuno ha potuto guardarsi negli occhi e riconoscersi, creando un clima di collaborazione, che ha abbattuto le barriere della timidezza, dell'incapacità di socializzazione, dell'imbarazzo;
- **presentazione dello stimolo che si incontrerà durante la seduta**: per eseguire questo punto, è stato necessario innanzitutto utilizzare un linguaggio semplice, con termini chiari e senza confondere le idee.

Ai soggetti sono state spiegate le azioni da compiere per permettere la comprensione di queste. Spesso i bambini tendono ad imitare il comportamento degli adulti, per questo si è proposto un modello da seguire:

- **esplorazione delle proprie capacità**: questa fase è stata individuata come

l'attuazione di tutto ciò di cui si è parlato precedentemente. Si è preferito agire in diversi modi: stando sul posto o interagendo nello spazio, muovendo varie parti del corpo o una sola, utilizzando vari strumenti, eseguendo gli esercizi in coppia, in gruppo o individualmente e così via. È stata fondamentale la scoperta di nuovi movimenti, l'utilizzo di differenti parti del corpo, la creazione di movenze insolite e inaspettate;

- **approfondimento dell'esperienza:** superata la fase dell'esplorazione, i bambini hanno cercato di assemblare le nuove nozioni apprese durante la seduta per ideare una piccola danza;
- **saluto finale:** questo stadio ha avuto una forte importanza. Solitamente si possono usare dei finali diversi. Sempre in cerchio, è possibile avvalersi dell'utilizzo di una piccola mascotte (solitamente un peluche, nel nostro caso, con la figura di una papera). Prendendo tra le mani il peluche, le bambine hanno espresso le proprie emozioni e sensazioni riguardo la seduta. È importante la condivisione verbale, perché ci si può rendere conto dell'impatto, dell'efficacia, dei ruoli all'in-

terno della danza, della socializzazione, delle dinamiche interpersonali. Un'altra conclusione è stata quella di disporsi in diagonale e attraversare la stanza con un movimento nuovo appreso durante la lezione.

Il progetto ha previsto l'osservazione dei soggetti e, successivamente, la raccolta di dati di ognuno, utilizzando delle scale di valutazione che sono state adoperate all'inizio e al termine del lavoro, per sottolineare i progressi effettuati e verificare che gli obiettivi siano stati raggiunti.

Risultati ottenuti

In relazione all'osservazione dei soggetti e alla rilevazione dei dati mediante le schede di valutazione, è possibile notare come ci sia stata una riduzione delle stereotipie e dei comportamenti problematici (la voce "corre per la stanza") e, al contrario, un miglioramento della relazione, con un potenziamento dell'integrazione sociale e della socializzazione. Inoltre, le bambine hanno potuto esprimere le proprie emozioni e sensazioni con il movimento corporeo, verificando lo sviluppo della capacità creativa e stabilendo

DURANTE LE ATTIVITA'	SOGGETTO 1	SOGGETTO 2	SOGGETTO 3	SOGGETTO 4
RICERCA LO SGUARDO DELLA DANZATERAPISTA	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
ACCESTA IL CONTATTO	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
SORRIDE AL CONTATTO	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
CORRE PER LA STANZA	<i>Si</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Si</i>
NON PRESTA ATTENZIONE ALL'IMITAZIONE DEI MOVIMENTI	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Si</i>
EVITA IL COMPITO	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Si</i>
COLLABORA CON I COMPAGNI	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>NO</i>
NON ASPETTA IL SUO TURNO	<i>Si</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Si</i>
IN CERCHIO SEDUTI, SI ALZA	<i>Si</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Si</i>

Tabella di valutazione iniziale

DURANTE LE ATTIVITA'	SOGGETTO 1	SOGGETTO 2	SOGGETTO 3	SOGGETTO 4
RICERCA LO SGUARDO DELLA DANZATERAPISTA	NO	NO	NO	Sì
ACCETTA IL CONTATTO	Sì	Sì	Sì	Sì
SORRIDE AL CONTATTO	Sì	Sì	Sì	Sì
CORRE PER LA STANZA	NO	NO	NO	NO
NON PRESTA ATTENZIONE ALL'IMITAZIONE DEI MOVIMENTI	NO	NO	NO	NO
EVITA IL COMPITO	NO	NO	NO	NO
COLLABORA CON I COMPAGNI	Sì	Sì	Sì	Sì
NON ASPETTA IL SUO TURNO	NO	NO	NO	NO
IN CERCHIO SEDUTI, SI ALZA	NO	NO	NO	NO

Tabella di valutazione finale

un'efficace relazione con l'ambiente.

Conclusioni

Per concludere, vorrei sottolineare come la danzaterapia sia un efficace intervento di supporto alle terapie tradizionali.

Le bambine con disabilità intellettiva esaminate sono state valutate positivamente, soprattutto perché vivevano quest'esperienza come un gioco, uno svago. Si sentivano completamente libere di esprimere la propria interiorità, senza vincoli né paure.

Nonostante si siano verificati solo risultati positivi, è ancora una realtà molto lontana dal nostro territorio, molti operatori non ne conoscono l'esistenza o addirittura la ignorano.

Secondo la mia personale opinione, bisognerebbe:

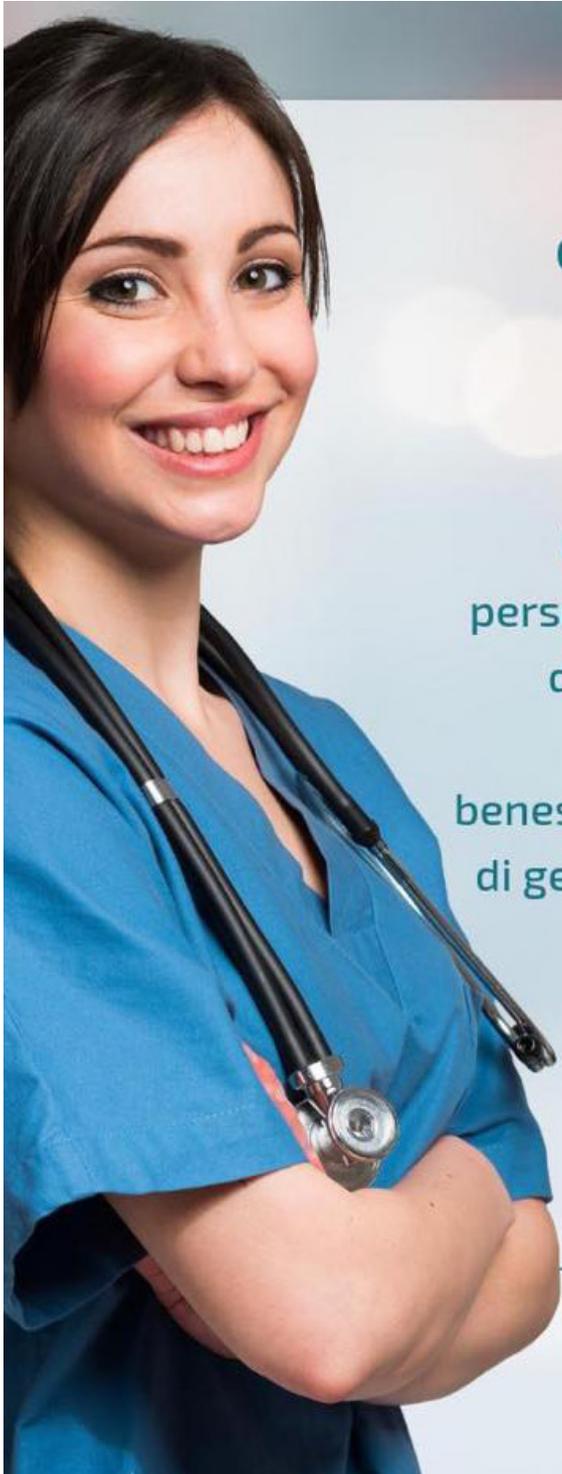
- informare il personale, sanitario e non, riguardo i benefici di questa disciplina ed organizzare seminari e assemblee che provino gli effetti;
- incrementare la conoscenza della danzaterapia, creando delle sedute aperte al pubblico e costituite non solo da soggetti con disabilità, ma anche da bambi-

ni, adulti e anziani senza alcun problema apparente;

- elaborare una disciplina riconosciuta a livello nazionale o, addirittura, internazionale.

BIBLIOGRAFIA

- Adorisio A., García M., "DanzaMovimento-Terapia. Modelli e pratiche nell'esperienza italiana", 2008, Edizioni Magi, Roma
- Bellia V., "Se la cura è una danza. La metodologia espressivo-relazionale nella danzaterapia", 2007, FrancoAngeli, Milano
- Federico R., "Dalla danza alla danzaterapia. Introduzione alla DMT", 2017, Youcanprint Self-Publishing, Tricase (LE)
- Fux M., "Frammenti di vita nella danzaterapia", 1996, Pixel, Milano
- Knill C., Knill M., "Motricità e musicoterapia nell'handicap. Consapevolezza corporea, movimento, comunicazione non verbale", 2009, Erikson, Trento
- Viola D., "La disabilità intellettiva. Aspetti clinici, riabilitativi e sociali", 2015, Edizioni Ferrarini Sinibaldi, Milano



IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO
Capo I - Principi e valori Professionali

**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.

Pillole di storia dell'Assistenza Infermieristica



Cosimo Della Pietà

Infermiere ADI

Professore a contratto

CdL Infermieristica UNIBA

Marianna Albano

Studentessa, CdL Infermieristica UNIBA

Giovanna Leonetti

Studentessa, CdL Infermieristica UNIBA

Viviana Zoriaco

Studentessa, CdL Infermieristica UNIBA

ABSTRACT - Lo scopo di questo scritto è quello di fare un breve viaggio tra i saperi e i poteri delle donne nei secoli più lontani del passato sino al nostro presente, soffermandoci sulle streghe-medichesse del Medioevo. Ci occuperemo della riscoperta di un’**“altra” medicina** che fu spesso temuta e accusata di stregoneria. Faremo un’analisi delle proprietà delle erbe e di come ancora oggi vengono utilizzate.

Riteniamo che sia importante indagare le

più profonde radici storico culturali della professione infermieristica e ripercorrerne il travagliato cammino, per poter migliorare continuamente e comprendere non solo il lato tecnico e teorico di una professione tanto difficile e complessa, ma anche quello umano. Infatti, nonostante la grandissima importanza, la **professione infermieristica** è stata spesso poco considerata e sottovalutata. Molte le donne che hanno rischiato la vita pur di portare assistenza agli altri, molte sono morte (sante martirizzate e streghe arse sul rogo) nel compimento della loro opera.

Il sapere di queste donne, infatti, siano esse nobili o popolane, ha come caratteristica comune la segretezza e si sottrae per secoli alla diffusione e alla commercializzazione, avvalendosi della sola oralità, gestita in un rapporto diretto ed individuale soprattutto madre figlia.

Nell'universo variegato della pratica assistenziale e di gestione della salute le donne hanno sempre svolto un ruolo di primo piano, costituendo una vera e propria **"rete sanitaria"** piuttosto fitta, in tutte le epoche e in tutti i luoghi. Questa capacità tipicamente femminile di occuparsi degli altri, di prestare loro cure ed assistenza, ha coinvolto nei secoli donne di tutti i generi, dalle contadine alle religiose, dalle nobili alle scienziate. In tutte le tradizioni e le culture, la storia della medicina nasce con le donne e da loro passa poi agli uomini. Da sempre, infatti, è la donna che si occupa dell'assistenza: come madre nei confronti dei propri figli, come moglie nei confronti della famiglia, come infermiera nei confronti della comunità; ha fatto propria la tendenza ad alleviare le sofferenze, a nutrire il corpo e l'anima con quanto la natura offre nel suo generoso grembo. È a lei che si associa la conoscenza di erbe, pietre, miscele, formule e applicazioni, anche attraverso la sperimentazione; una conoscenza appresa centinaia di anni prima che nascesse la scienza medica, tramandata di generazione in generazione e considerata dall'opinione popolare e dalle gerarchie ecclesiastiche come arte magica.

MATERIALE E METODI

Per il presente elaborato sono stati consultati testi di storia, libri di saggistica, articoli storici sul medioevo e materiale reperibile online, elencati in bibliografia in ordine alfabetico.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Lungo i secoli la figura della strega ha trovato spazio nella cultura popolare, assumendo valori differenti in base alle popolazioni e al tempo.

Per i romani, la stregoneria era un campo ristretto alle **"superstizioni private"** e da loro il cristianesimo ne ereditò la definizione: *"è un'operazione di tipo magico attuata per mezzo di poteri soprannaturali o con l'intervento di forze demoniache"*, la cui etimologia, per il termine italiano, riporta ad animali notturni, come gufi o barbagianni, i quali, si diceva, divorassero bambini.

La Chiesa Cattolica tuttavia assunse un atteggiamento ambiguo sulla questione. Infatti, fino al XII secolo, alternò momenti in cui negava la possibilità che degli individui potessero avere contatti col demone ad altri in cui il massimo della pena era di tipo spirituale.

Con l'elaborazione successiva del pensiero agostiniano e tomista, s'insinuò sempre di più il concetto di **stregoneria** come l'insieme di atti suscitati dal demone e non come semplice sovrannaturalità.

Probabilmente questo timore era alimentato anche dal contesto religioso del periodo, in cui le eresie si riappropriarono della scena dopo secoli di relativa ortodossia, stabilita dai tanti concili trinitari e cristologici del primo millennio.

In seguito capitò spesso di identificare l'eresia con la stregoneria.

Con l'avvento del Rinascimento, a incidere sui pregiudizi delle élite e sulla distanza tra questa e il popolo fu il tema del **"mondo alla rovescia"**, una comicità popolare dell'assurdo che, attraverso immagini, incisioni, riti e feste carnevalesche sovvertiva i normali costumi della società: l'uomo vestito da donna, il sacerdote che maledice i suoi fedeli anziché benedirli, il padrone che serve il servo, ecc.

Il significato di questi atteggiamenti popolari è probabilmente da ricercare nell'egemonia sempre più forte delle classi elitarie, specie ecclesiastiche, che cominciarono così a guardare i ceti più bassi come una realtà ribelle da controllare, anche qualora frammenti di cultura dotta si insinuassero nella vita popolare – poiché le *"classi dominanti li avrebbero probabilmente interpretati come rovesciamenti"*.

Nel frattempo, la medicina svolgeva la sua evoluzione a passi lenti, sotto lo sguardo del magistero della Chiesa, e passò faticosamente dall'essere "arte del guarire" a vera e propria **"scienza"**. Ciò che caratterizza i secoli dalla caduta dell'Impero Romano al Rinascimento sono parziali conquiste nella conoscenza del corpo e totale impotenza di fronte ai grandi flagelli di massa, vissuti come castighi di Dio; è questo ad alimentare *"il pensiero magico, il terrore religioso, l'impotenza dell'uomo di fronte ad una natura nemica e castigatrice che avvolge tutto ciò che è umano nella dimensione sacra"*.

Nella visione popolare le malattie erano viste non solo come castighi di Dio, ma a volte anche come mali provocati da forze oscure e maligne, e la capacità di accorrere a tali mali, così come a scatenarli, era attribuita alle donne, che nella società rivestivano da sempre il ruolo di chi accudisce e assiste; solo a loro infatti era concesso di essere levatrici e ostetriche (almeno fino alla metà del XVII secolo).

L'influenza della Chiesa Cattolica, del nascente protestantesimo (talvolta più violento nella persecuzione), la netta separazione culturale tra popolo ed élite e i limiti della conoscenza scientifica portarono così alla caccia alle streghe, un fenomeno che, oltre a mietere migliaia di vittime, discriminerà la figura della donna nella storia dell'assistenza.

È soprattutto negli strati sociali bassi che avvennero le stragi, in quanto, con la massiccia diffusione della scrittura, si sviluppò un timore verso tutto ciò che ne era ormai distante e che non si comprendeva più: la tradizione orale, la gestualità ignota, associata al macabro e al diabolico, tipici della cultura retrograda del popolo.

L'idea di identificare come causa dei mali il diavolo aiutava gli abitanti a spiegare le disgrazie del mondo; così si instaurò una sorta di collaborazione tra popolazione contadina/cittadina e autorità inquisitorie, per smascherare attività sospette di stregoneria e per perseguire migliaia di contadine analfabete. Il sapere delle donne, infatti,

si diceva fosse trasmesso oralmente di generazione in generazione; un sapere di tipo empirico, che annetteva anche l'utilizzo di erbe, attraverso cui ottenere particolari infusi ed unguenti.

In più si era soliti credere che chiunque avesse la capacità di curare, avesse anche quella di uccidere.

Il trattato del 1487 **Malleus Maleficarum**, *"il martello delle streghe"*, elenca dettagliatamente i crimini delle streghe: *"uccidono il bambino nel ventre della madre, così come i feti delle mandrie e dei greggi, tolgono la fertilità ai campi, mandano a male l'uva delle vigne e la frutta degli alberi; stregano gli uomini, donne, animali da tiro, mandrie, greggi ed altri animali domestici; fanno soffrire, soffocare e morire le vigne, piantagioni di frutta, prati, pascoli, biada, grano e altri cereali; inoltre perseguitano e torturano uomini e donne attraverso spaventose e terribili sofferenze e dolorose malattie interne ed esterne; e impediscono a quegli uomini di procreare, e alle donne di concepire"*.

Questo regime di terrore durò cinque secoli, sotto la benedizione di almeno settanta papi, tutti in qualche modo compromessi con questi orrendi crimini.

La medicina popolare offriva due campi d'osservazione: uno era quello medico, magico e religioso e l'altro era quello farmacologico, basato sull'uso delle erbe con proprietà terapeutiche.

Con medicina si intende qualsiasi atto, qualsiasi procedimento che abbia lo scopo di allontanare un agente patogeno, un sintomo morboso, un elemento qualunque che turbi lo stato di salute. Una famosa guaritrice, Clara Botzi, nel 1585 sosteneva di essere in grado di sentire le voci delle erbe nei campi e di coglierne i messaggi e gli insegnamenti più segreti. Le loro cure erano fatte di tante erbe che ancora oggi sono alla base della farmacopea alternativa. La raccolta delle erbe seguiva la preparazione dei medicinali, degli unguenti, dei balsami.

Le streghe-medichesse utilizzavano la conoscenza popolare delle erbe sia a scopi puramente **"magici"** che a scopi terapeutici.



tici.

Ma quali sono le erbe utilizzate dalle guaritrici del tempo? E quali malattie o disturbi curavano?

La **belladonna**, secondo la tradizione, deve il suo nome all'effetto di dilatazione delle pupille provocata dalla diluizione della pianta in acqua e utilizzata come collirio che veniva sfruttata dalle donne per rendere lo sguardo languido e profondo. A tal proposito si ricorda che dalla belladonna è possibile estrarre l'atropina, utilizzata oggi in oculistica per dilatare le pupille a scopo diagnostico.

Insieme alla belladonna venivano utilizzate giusquiamo e stramonio i cui principi tossici, penetrando nel corpo attraverso la pelle, provocavano un sonno profondo e sensazioni frenetiche attraverso la paralisi dei centri respiratori e del sistema nervoso centrale.

Le streghe-guaritrici usavano la belladonna anche per fermare le contrazioni dell'utero in caso di minaccia di aborto e alcune fonti indicano una strega inglese come scopritrice della digitale, che si usa oggi per curare le malattie coronariche. Queste donne sapienti consigliavano inoltre le donne sui metodi contraccettivi e praticavano aborti. Di fatto Paracelso, considerato il "*padre della medicina moderna*", affermò nel XVI secolo che tutto quello che sapeva lo aveva imparato dalle streghe. Con la caccia alle streghe parte di questa conoscenza si per-

dette. Usavano analgesici, calmanti e medicine digestive, così come altri preparati per diminuire i dolori del parto, nonostante la posizione contraria della Chiesa, secondo la quale a causa del peccato originale le donne dovevano partorire con dolore.

L'**aglio** - il cui nome deriva probabilmente dal celtico ALL (bruciare) in riferimento al sapore e alle proprietà della pianta - era usato come amuleto per tutto ciò che morde, in poltiglia per ammorbidire i calli, arrostito per strofinare i geloni, a spicchi freschi per lenire punture di insetti, cotto nel latte per lenire la tosse. Le proprietà terapeutiche scientifiche sono state definite da Pasteur nel 1858 che scoprì il potere antibiotico, antisettico, balsamico e antipertensivo dell'aglio.

Il **basilico**, dal greco *basileus* (erba da re), veniva utilizzato per cacciare i diavoli e si riteneva facesse miracoli contro i casi di pestilenza e debolezza fisica. Le proprietà riconosciute scientificamente sono antiinfiammatorie, calmanti sulle mucose gastriche, rilassanti sul sistema nervoso e favorenti il sonno e la cura delle emicranie. Il finocchio veniva utilizzato per le proprietà taumaturgiche e di fecondità. Attualmente utilizzato per stimolare la digestione, come antisettico e diuretico.

La **menta piperita**, il cui nome sembra essere legato alla ninfa *Myntha* - creatura di bellezza straordinaria - veniva utilizzato per le virtù stimolanti dei piaceri venerei. Ha



proprietà riconosciute di antinfiammatorio delle mucose, usato per combattere l'alitosi, e come corroborante dello stomaco e del SNC.

La **malva** dal greco significa molle, emolliente, veniva utilizzata all'epoca e tutt'oggi contro artriti, ascessi, infiammazioni gengivali, stitichezza.

La **mandragora** veniva utilizzata come afrodisiaco perchè aumentava le capacità intellettive e rendeva le percezioni più acute.

La **betonica** veniva largamente usata nei tempi passati per le emicranie e per i catarri bronchiali per le sue proprietà astringenti, digestive, anticefaliche e sedative in generale.

La **valeriana**, di cui si utilizzava il rizoma, ha ottime proprietà sedative, riconcilianti, nevralgiche e viene a tutt'oggi largamente utilizzata.

La **melissa**, pianta ricca di sostanze benefiche, veniva usata contro l'epilessia (considerata all'epoca possessione del demonio).

L'**elicriso**, un antinevralgico che, oltre ad agire in caso di artriti e reumatismi, era utilizzato anche in caso di emicrania. Efficace anche come tossifugo, e agisce all'eliminazione del catarro bronchiale. Venivano utilizzate per l'emicrania anche: **lavanda**, **sambuco**, **girasole**, **maggiorana**.

L'**arnica**, le cui preparazioni servivano per ridurre le ecchimosi ed edemi provocati da forti contusioni e distorsioni.

L'**alloro**, pianta nota molto per le sue proprietà aromatiche in cucina, veniva utilizzato come un buon digestivo ed espettorante e per i reumatismi e contusioni.

Il **cren** è una pianta con la quale già si attuavano i vari medicamenti che la radice di questa pianta offre. La polpa della radice fresca del cren, applicato con una garza sulle "*dolenti membra*" per 15 minuti, è ottimo per reumatismi, sciatiche e contusioni.

L'**altea**, pianta molto nota per le sue capacità emollienti ed espettoranti, è da sempre stata impiegata nell'arte medicamentosa per placare la tosse, alleviare le infiammazioni dell'intestino, della gola e della bocca in generale.

Del **mugo** si sfruttavano le caratteristiche balsamiche, espettoranti, antinfiammatorie che si estendono pure all'apparato urinario. Le foglie e la radice dell'**agrifoglio** venivano sfruttate per le proprietà febbrifughe e antireumatiche.

Il faggio per combattere efficacemente la febbre.

Il **tiglio**, oltre a favorire il sonno, offre rimedio anche alla tosse.

Il **garofano** veniva utilizzato per alleviare il dolore della carie dentaria; per prevenire questo "*male*" veniva masticata una foglia di salvia, in modo da pulire e profumare l'alito.

Il **sambuco** ha ottime proprietà medicinali, che variano dalle antinevralgiche alle emollienti e balsamiche. Questo infuso è anche

efficace come diuretico, sudorifero, e anti-reumatico.

Il **pino**, ha ottime proprietà espettoranti e balsamiche, il che si ritiene ottimo per le bronchiti e per i raffreddori.

L'**eucalipto** si utilizzava per disinfettare ed eliminare il catarro dai bronchi, così pure della vescica e dell'intestino.

Il **cotogno** e l'iperico erano utilizzate per le ustioni di primo grado.

Come si intuisce le proprietà scientificamente dimostrate di queste erbe erano già conosciute in epoche antiche grazie all'osservazione diretta dei loro benefici quando venivano assunte.

Questa breve analisi delle tecniche e dei rimedi utilizzati al tempo, che possiamo definire come un primitivo nursing, ci riporta all'utilizzo della fitoterapia già in tempi antichi e all'utilizzo che se ne fa oggi come supporto alla medicina tradizionale.

Le streghe-medichesse del Medioevo, pur non avendo conoscenze prettamente scientifiche, svolgevano la loro "professione" con fare empirico e con mezzi semplici e inusuali, andando per tentativi ed errori o per intuizione, mescolando religione, magia, superstizione.

CONCLUSIONI

È importante sottolineare come, nonostante le persecuzioni, le streghe venissero comunque considerate un punto di riferimento per la gestione della salute dal popolo. Le donne della comunità si rivolgevano a loro anche per motivi di disagio psicologico, per un amore tradito o per i malesseri che la società costringeva a sopportare per il solo fatto di essere donna. Di conseguenza, approfondire il contesto storico, valutare le capacità di osservazione dei fenomeni naturali e tenere in considerazione l'esperienza popolare delle streghe-medichesse ci dà anche visione dell'aspetto antropologico della professione infermieristica. Infatti il cardine di una buona assistenza infermieristica non può essere solo l'aspetto teorico e pratico, ma deve avere come struttura portante an-

che l'approccio umano, attraverso cui affrontare ogni giorno persone diverse, con culture e conoscenze diverse dalle nostre. L'evoluzione della professione infermieristica, con il riconoscimento dell'autonomia professionale e del percorso universitario, ha raggiunto, ed accresce sempre di più, l'importanza che ha sempre meritato.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

BONI U., PATRI G., Scoprire, riconoscere, usare le erbe, Fabbri Editore.

BURKE P., «La cultura popolare», in AA.VV., La storia. Il Cinquecento. La nascita del mondo moderno, VII, Mondadori, Novara 2007, p 330.

CHIFFOLEAU J., «La cultura popolare nel Basso Medioevo», in AA.VV., La storia. Dalla crisi del trecento all'espansione europea, VI, Mondadori, Novara 2007, pp 135, 156.

MANZONI E., Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Masson, Milano 2014, pp 62, 64.

MORINELLI A., L'ala delirante. I convulsioni di Saint-Médard: un caso di psicopatologia di massa nel secolo dei Lumi, Edizioni di Pagina, Bari 2011, pp 51-52.

MUSUMECI R., Erbe e piante medicinali, Bracato editore, 2009.

SCHIPPERGES H., Il giardino della salute. La medicina nel medioevo, Garzanti, Milano 1988.

<https://www.accademiajr.it/medweb/introduzione.html> www.ansa.it <https://www.bluedragon.it/medioevo/medicina.htm> <http://cristianesimo.it/streghe.html> https://www.eccolaprimavera.gn.to/VITA/Medicina_1_it.htm

https://www.racine.ra.it/lcalighieri/Relazione/Fisica%20e%20scienza%206.htm#_MEDICINA_E_ALCHIMIA

www.sfumaturedimagia.com www.taccuini-storici.it www.vitantica.net

<http://www.ub.edu/duoda/diferencia/html/it/secundario7.html> https://utenti.lycos.it/davidbotti/c167_a03.htm

LA DISCIPLINA INFERMIERISTICA ALL'INTERNO DELLA LEGGE 219/17

“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”

A seguito del nuovo quadro normativo emerso dalla L. 219/2017 su "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento", la FNOPI ha ritenuto necessario chiarire quale sia l'apporto richiesto, dal punto di vista legale-disciplinare-deontologico, all'Infermiere. Nel nuovo Codice rinforzati tutti i temi collegati al dolore, al fine vita, alla volontà espressa dalla persona legata alle disposizioni anticipate di consenso, alla relazione nel momento di fine vita cercando di colmare un aspetto che la legge declina poco chiaramente rispetto alla nostra professione.

Il nuovo Codice prevede anche la “clausola di coscienza” per l'infermiere cui sia richiesta un'attività “in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali” (art. 6): la libertà di coscienza, declinazione della libertà di manifestare il proprio pensiero di cui all'art. 21 della Carta Costituzionale, risulta coniugata con il diritto all'autodeterminazione dell'assistito dal momento che in ogni caso l'infermiere ricerca “il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni” (art. 5).

L'intera disciplina del codice deontologico è improntata ad un dialogo effettivo e personalizzato con la persona (art. 17), rispettoso anche dell'eventuale volontà di non ricevere informazioni sul proprio stato di salute (art. 20) e che si spinge “fino al termine della vita della persona assistita” (art. 24).

“Tu puoi scegliere sempre. Ma non perché noi non ci siamo”

Gruppo di Lavoro FNOPI “Epicurei”

Antonio Campo, Infermiere, Consigliere Federazione Cure Palliative , Ragusa

*Nicola Draoli, Infermiere, Consigliere Comitato Centrale FNOPI e Presidente OPI
Grosseto*

*Chiara Mastorianni, Infermiera, Responsabile Dipartimento Formazione
Associazione ANTEA Roma*

Domenico Pittella , Avvocato e Dottore di Ricerca in Diritto Civile, Roma

*Cesarina Prandi, Infermiera, Professore SUPSI – DEASS, Manno CH; Consigliere
Società Italiana Cure Palliative, Milano*

Irene Rosini, Infermiera, Presidente OPI Pescara

Sandro Scipioni, Infermiere, Filosofo, Past Presidente OPI Macerata

INDICE

Parte I – Premessa giuridica e premessa professionale

La premessa giuridica

La premessa professionale

Parte II – Gli infermieri in situazione

Gli infermieri e l'informazione (Art 1 L 219/2017)

Gli infermieri accanto alla sofferenza della persona malata a tutela della sua dignità (Art. 2 L 219/2017)

Gli infermieri e i minori e incapaci (Art. 3 L 219/2017)

Gli infermieri e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (Art. 4 L 219/2017)

Gli infermieri nel processo della Pianificazione Condivisa delle cure (Art. 5 L 219/2017)

Conclusioni

Riferimenti normativi e deontologici

Riferimenti bibliografici

Parte I

Premessa giuridica e premessa professionale



La premessa giuridica

Il diritto dell'assistito all'autodeterminazione in relazione al trattamento sanitario trova fondamento nella **Carta Costituzionale** all'art. 2, che tutela e promuove i diritti fondamentali, e agli artt. 13 e 32, i quali stabiliscono, rispettivamente, che **“la libertà personale è inviolabile”**, e che **“nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”**.

Il consenso informato della persona assistita è previsto altresì da numerose **norme internazionali**.

In particolare, l'art. 24 della **Convenzione sui diritti del fanciullo**, firmata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176, dopo aver affermato che gli Stati «riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione», dispone che «tutti i gruppi della società in particolare i genitori ed i minori ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore».

L'art. 5 della **Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina**, firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia con legge 28 marzo 2001, n. 145 prevede che “un trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato”.

Ancora, l'art. 3 della **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea**, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000, sancisce, poi, che “ogni individuo ha diritto alla propria integrità fisica e psichica» e che nell'ambito della medicina e della biologia deve essere in particolare rispettato, tra gli altri, «il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge”.

Il diritto ad essere informato in relazione al trattamento sanitario si evince anche da diverse **leggi nazionali** che disciplinano specifiche attività sanitarie: ad esempio, dall'art. 3 della **legge 21 ottobre 2005, n. 219** (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione

nazionale degli emoderivati), dall'art. 6 della *legge 19 febbraio 2004*, n. 40 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nonché dall'art. 33 della *legge 23 dicembre 1978, n. 833* (Istituzione del servizio sanitario nazionale), per il quale le cure sono di norma volontarie e nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se ciò non è previsto da una legge.

La distinzione tra **diritto all'autodeterminazione** e **diritto alla salute** è stata affermata dalla *Corte Costituzionale* con la pronuncia n. *438 del 2008* per la quale “La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole partecipazione alla cura e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione”.

Al **diritto alla relazione di cura** ha dato certezza normativa la *legge n. 219 del 2017*, intitolata “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”, che ha in gran parte recepito i principi elaborati dalla giurisprudenza e ha riconosciuto la funzione determinante apportata dal consenso informato alla “libera costruzione della personalità”¹.

Il legislatore pone al centro il malato e in particolare la sua partecipazione attiva alle cure in relazione al suo concetto di dignità: al concetto “medicale” di salute si sostituisce una concezione di salute che tiene conto della dignità e, quindi, della considerazione che il malato ha di sé.

Da qui il principio affermato per il quale “**nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito senza il consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge**” (art. 1 comma I).

Il consenso informato non è concepito quale atto bensì quale processo, dal momento che si

¹ Rodotà G, *La vita e le regole, Tra diritto e non diritto*, Feltrinelli Milano ed 2007, Pag 18

inserisce all'interno della più complessa relazione di cura, fondata sull'ascolto e la comunicazione, all'interno della quale il paziente "partecipa attivamente" attraverso le sue scelte e valorizzando la sua dignità; Viene in tal modo rifiutata l'idea del consenso informato inteso quale burocratica adesione ai protocolli definiti da altri a favore di una concezione di informazione appropriata per il singolo, specifico, paziente e frutto di un dialogo personalizzato con quest'ultimo.

Dal *novum* si desume allora un significato di "cura" non riducibile all'erogazione di trattamenti sanitari (che per l'art. 2 comma II sono cura solo se proporzionati) ma conforme al significato etimologico del termine che indica la *therapia* vale a dire l'attività di "prendersi cura" dell'assistito e non solo della sua malattia. Infatti, la "cura" è vista dalla legge anche quale comunicazione con il paziente, che costituisce, appunto, "tempo di cura" (art. 1 comma VIII).

L'erogazione di una "cura" appropriata non solo alla salute ma anche all'autodeterminazione dell'assistito è demandata all'attività organizzativa delle strutture sanitarie pubbliche e private (da intendersi come i professionisti sanitari che operano e costituiscono le strutture) che sono chiamate ad attuare i "principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale".

Si tiene altresì conto della dimensione plurale della relazione di cura, nella quale sono coinvolti, "se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo" (art. 1 comma II).

Il legislatore guarda alla "relazione di cura e fiducia tra paziente e medico" ma al contempo prende atto che questo rapporto ha perduto nella medicina moderna il carattere della "dualità" a favore di una relazione di cura più complessa, che è intessuta dal contributo dei diversi esercenti una professione sanitaria.

Infatti, la **legge n. 219 del 2017**, all'art. 1, comma II, mette in chiaro che "**Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria**". La prestazione sanitaria è erogata da una équipe multidisciplinare organizzata per soddisfare i bisogni della persona assistita, all'interno della quale l'infermiere svolge un ruolo determinante, alla luce della prossimità alla persona

dell'assistito, quindi alla sua sofferenza e ai suoi bisogni.

Nel momento in cui la legge fa riferimento alle "rispettive competenze" degli esercenti una professione sanitaria si apre al sapere racchiuso nei codici deontologici e il **Codice deontologico degli Infermieri** si segnala per una disciplina, di recente approvazione, che pone al centro la relazione di cura con la persona assistita improntata all' "ascolto" e al "dialogo" (art. 4).

Il novellato Codice prevede altresì la "clausola di coscienza" per l'infermiere cui sia richiesta un'attività "in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali" (art. 6): la libertà di coscienza, declinazione della libertà di manifestare il proprio pensiero di cui all'art. 21 della Carta Costituzionale, risulta coniugata con il diritto all'autodeterminazione dell'assistito dal momento che in ogni caso l'infermiere ricerca "il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni" (art. 5). Da una interpretazione costituzionalmente orientata della legge n. 219 del 2017, che tace sul punto, può desumersi che il singolo possa far valere la propria coscienza ma le strutture sanitarie debbano in ogni caso garantire l'autodeterminazione dell'assistito.

L'intera disciplina del codice deontologico è improntata ad un dialogo effettivo e personalizzato con la persona (art.17), rispettoso anche dell'eventuale volontà di non ricevere informazioni sul proprio stato di salute (art. 20) e che si spinge "fino al termine della vita della persona assistita" (art. 24).

A fronte del quadro normativo delineato, è necessario chiarire quale sia l'apporto richiesto all'infermiere al fine di contribuire all'effettiva partecipazione attiva del paziente in relazione al trattamento sanitario.

La premessa professionale

Gli infermieri sono i professionisti che dedicano più tempo accanto a pazienti e alle famiglie nei diversi contesti di cura (residenziali, ospedalieri, domiciliari) e questo offre loro l'opportunità di saper e poter cogliere le tante sfumature degli innumerevoli problemi di salute che condizionano la vita di una persona e sulle sofferenze che possono generare.

Gli infermieri hanno una relazione di continua vicinanza con la persona assistita, in modo specifico in tutte quelle situazioni in cui la stessa non è più in grado di soddisfare i propri bisogni autonomamente, non soltanto perché fisicamente fragile ma spesso anche quando non è più in grado di attribuire a questi atti un senso e uno scopo esistenziale (volontà e conoscenze)². La perdita di autonomia che alcune tipologie di malattie, o esiti di malattie comportano, espone la persona all'esperienza di varie forme di dipendenza tra cui quella relativa alle cure infermieristiche; questa esperienza è un fenomeno complesso che può generare grandi sofferenze nel paziente. Spesso è questo tipo di sofferenza che può portare il paziente a decidere di rifiutare o revocare i trattamenti in atto.

L'esperienza della dipendenza dalle cure è una condizione che racchiude in sé una variabilità di sfumature infinite, ognuna legata all'unicità e irripetibilità della persona che la vive³. La quotidianità si modifica, i ritmi della propria vita sono dettati dalla disponibilità di chi si prende cura.

Cambia la propria spontaneità, libertà e possibilità di stare da soli perché si è dipendenti da altri; si prova paura a non ricevere le cure e l'aiuto necessario; si prova ansia nel mettere a disagio i propri cari; ci si sente spesso un peso per gli altri. In queste situazioni gli infermieri possono fare la differenza: i loro atteggiamenti nei confronti della persona possono diventare ostacolanti o favorenti l'accettazione della situazione e possono permettergli di elaborare l'esperienza di dipendenza in modo positivo ed accettabile o in modo negativo e insopportabile⁴.

² Henderson, V. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing*. New York: Macmillan

³ Wu, H. L., & Volker, D. L. (2012). Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *Journal of advanced Nursing*, 68(2), 471-479.

⁴ Eriksson, M., & Andershed, B. (2008). Care dependence: A struggle toward moments of respite. *Clinical Nursing Research*, 17(3), 220-236.

Parte II

L'infermiere in situazione



Gli infermieri e l'informazione (art. 1 L 219/17)

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.⁵ Riconosce e promuove il valore dell'informazione integrata e multiprofessionale.

L'infermiere si inserisce infatti nel processo del consenso informato assicurandosi 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'équipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate.⁶

Non solo, quindi, sugli aspetti relativi alla diagnosi, al percorso diagnostico, alla prognosi, alla terapia, alle eventuali alternative diagnostico terapeutiche, ai prevedibili rischi e complicanze, ai comportamenti che la persona dovrà osservare nel processo di cura,⁷ ma anche su quelli relativi all'esperienza di dipendenza dalle cure che potrebbero essere conseguenza della malattia o effetti delle terapie e sull'assistenza infermieristica di cui il paziente potrà disporre. Ciò significa che è fondamentale che la persona sia a conoscenza delle condizioni di mancata autonomia con le quali si dovrà misurare e su quali interventi assistenziali potrà contare - per sé e per la sua famiglia - per affrontare la sofferenza ed il disagio prevedibili.⁸

Una volta riconosciuta la necessità di un'informazione comprensiva risulta evidente che è necessario promuovere e favorire, in tutti i contesti assistenziali a tutti i livelli di cura, dei momenti di comunicazione fra infermieri e le persone/pazienti programmati e ben definiti sia negli spazi scelti (che siano idonei al tipo di informazioni che vanno trasmesse) che nei tempi.

⁵ Codice Deontologico degli infermieri, 2019, Art 17.

⁶ Codice Deontologico degli Infermieri, 2019, Art 15.

⁷ Codice Deontologico dei medici, 2014, Art. 30.

⁸ Codice Deontologico degli Infermieri, 2019, Art 13.

Sia la Legge 219/17 che il Codice deontologico degli infermieri riconoscono infatti il tempo della comunicazione e della relazione come tempo di cura,⁹ comunicazione il più possibile condivisa da tutti i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale della stessa persona.

La fonte dell'informazione quindi deve comprendere anche gli infermieri e gli altri operatori sanitari, che della qualità della vita sono direttamente responsabili, pur restando il medico responsabile della raccolta della manifestazione del consenso. Solo una informazione che abbia questa estensione potrà porre la persona in condizione di esprimere un consenso (un rifiuto o una revoca) realmente consapevole.

⁹ Codice Deontologico degli Infermieri, 2019, Art 4.

Gli infermieri e la sofferenza della persona malata a tutela della sua dignità (Art. 2 L 219/17)

Nell'articolo 3 del Codice deontologico degli infermieri si richiama agli stessi alla responsabilità del curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere [...].

L'infermiere assume un ruolo rilevante nel caso di dilemmi determinati da diverse visioni etiche, impegnandosi a trovare la soluzione attraverso il confronto e il ricorso alla consulenza etica¹⁰, al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica. Nello specifico dei trattamenti sanitari l'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza e si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.¹¹ L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita espressa anche in forma anticipata¹².

Una interpretazione estensiva del comma 1, in cui si fa specifico riferimento alla legge 38/2010¹³, pone al centro della cura la persona assistita e la sua famiglia e, come curanti che possono fornire interventi di cure palliative, i professionisti quali l'infermiere e il medico.

La legge 38 richiama quale prima finalità la tutela dell'accesso alle cure mettendo implicitamente in evidenza che ancora è un diritto non corrisposto a tutti i cittadini che ne hanno necessità, pur avendolo inserito nei LEA¹⁴ (livelli essenziali di assistenza). Fra le necessità primarie della legge è nominata la tutela della dignità e dell'autonomia del paziente.

¹⁰ Codice Deontologico degli Infermieri, 2019, art 5.

¹¹ Codice Deontologico degli Infermieri, 2019, art 17 e art 18.

¹² Codice Deontologico degli Infermieri, 2019, art 25.

¹³ Legge 38/2010 art. 1 comma 1, 2, 3.

¹⁴ Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (G.U. Serie Generale , n. 65 del 18 marzo 2017)

Le «cure palliative» vengono definite nella legge 38 come *“l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici”* e la «terapia del dolore»: *l’insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore.”*

Gli infermieri sono coinvolti nell’identificazione, valutazione e monitoraggio delle forme di sofferenza del paziente non solo intese come dolore fisico¹⁵ ma anche come sofferenza globale ed esistenziale. Il dolore è considerato un parametro vitale, in quanto la sua presenza modifica le condizioni fisiche e psichiche della persona, di conseguenza le reazioni alla malattia. Come tale va valutato costantemente, devono essere utilizzati strumenti validati e il processo deve essere documentato.

Il ruolo dell’*advocacy*¹⁶ svolto attivamente dall’infermiere in termini di salvaguardare l’autonomia della persona assistita di agire per suo conto (quando non è in condizioni per farlo) e promuovere la giustizia sociale nella fornitura dei servizi sanitari, richiama, i diritti fin qui espressi delle persone assistite di poter essere messi in condizioni di esprimere il loro dolore e la loro sofferenza e di richiederne attivamente il trattamento.

In caso di somministrazione di terapia specifica devono essere garantite tutte le norme di sicurezza del paziente previste, compresa la rivalutazione del sintomo, la prevenzione degli effetti collaterali, la possibilità di intercettare precocemente segni e sintomi (favorendo anche la prescrizione terapeutica su sintomi prevedibili) che possano far presagire una complicanza, un effetto indesiderato o la comparsa di altri sintomi¹⁷. L’infermiere potrà

¹⁵ Legge 38/2010, art.7.

¹⁶ Bu, X., & Jezewski, M. A. (2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110.

¹⁷ Carr, E. C., Meredith, P., Chumbley, G., Killen, R., Prytherch, D. R., & Smith, G. B. (2014). Pain: A quality of care issue during patients' admission to hospital. *Journal of advanced nursing*, 70(6), 1391-1403.

garantire il rispetto dei valori della persona, l'equità di accesso alle cure e alle terapie facilitando la consultazione con l'equipe.

Cicely Saunders ha introdotto il concetto di "dolore totale", cioè il dolore che coinvolge non solo il fisico, ma anche le emozioni, la mente; ha risvolti sociali, familiari, spirituali. Tutti questi aspetti rendono complesso il dolore di cui tante persone soffrono.

La sofferenza è una condizione che coinvolge l'esperienza della persona e anche della sua famiglia. Come tale non può essere definita in modo stabile quanto piuttosto predisporre come infermieri a continuare ad imparare attraverso il rapporto autentico e di fiducia che si crea con la persona assistita. Tutta la sofferenza non può essere risolta esclusivamente con i farmaci, che in ogni caso vanno garantiti e resi disponibili secondo le recenti e aggiornate evidenze scientifiche¹⁸.

La dignità è stata riconosciuta come un diritto umano dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nell'Universale Dichiarazione dei diritti umani nel 1948¹⁹. Il termine dignità è un costrutto multidimensionale della persona e include concetti come il rispetto, il valore e il riconoscimento dell'altro.^{20,21}

La dignità del paziente è un aspetto centrale e importante nei sistemi sanitari e un valore fondamentale nelle cure infermieristiche. Qualora l'assistenza sanitaria venga fornita in scarse condizioni di dignità può influire negativamente sulla guarigione dei pazienti.

¹⁸ Mehta, A., & Chan, L. S. (2008). Understanding of the concept of "total pain": a prerequisite for pain control. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(1), 26-32.

¹⁹ <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html> Retrieved June, 28, 2019.

²⁰ Jacobs, B. B. (2001). Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 17-35.

²¹ Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International journal of nursing practice*, 8(3), 143-151.

L'assistenza infermieristica di qualità è tale se aumenta la dignità delle persone, se ne mantiene lo sviluppo e promuove il sostegno emotivo e il comfort, in modo da migliorare la qualità della vita delle persone assistite e creare un clima favorevole alle cure.^{22,23,24}

E' innegabile che la vicinanza con la persona sofferente, in modo particolare nelle fasi più critiche della vita generate da situazioni di sofferenza fisica ed esistenziale, ponga l'infermiere nella condizione di relazione di cura²⁵.

Tuttavia, può essere realizzata attraverso il coinvolgimento e l'ascolto attivo della persona assistita. Il tempo della malattia e della cura può fungere da catalizzatore per la valutazione, può assumere significati di un tempo naturale per riflettere su ciò che è e che succede. Questa condizione aiuta le persone a porre domande e ad aprirsi a percorsi di riflessione sul senso della propria vita.

²² Baillie, L., & Gallagher, A. (2010). Evaluation of the Royal College of Nursing's 'Dignity: at the heart of everything we do' campaign: exploring challenges and enablers. *Journal of Research in Nursing*, 15(1), 15-28.

²³ Bidabadi, F. S., Yazdannik, A., & Zargham-Boroujeni, A. (2017). Patient's dignity in intensive care unit: A critical ethnography. *Nursing ethics*, doi: 10.1177/0969733017720826

²⁴ Bidabadi, F. S., Yazdannik, A., & Zargham-Boroujeni, A. (2017). Patient's dignity in intensive care unit: A critical ethnography. *Nursing ethics*, doi: 10.1177/0969733017720826

²⁵ RNAO, *Establishing Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of Nursing therapeutic relationships*, 2002; Revised 2006 Supplement Enclosed.
https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Establishing_Therapeutic_Relationships.pdf

Gli infermieri e i minori e incapaci (Art. 3 L 219/17)

La particolare situazione giuridica quale l'autodeterminazione che, come detto, attiene all'esplicazione della personalità, richiede un ripensamento della categoria dell'incapacità di agire disciplinata dal codice civile, pensata per lo più per la tutela del patrimonio del soggetto e non della sua persona.

Infatti, pure a fronte dell'incapacità della persona assistita, il legislatore prevede "il diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione" e che l'incapace sia messo in condizione di esprimere la sua volontà (art. 3 comma I).

Il rappresentante dell'incapace non dovrà solo valutare l'interesse della persona affidata alle sue cure, ma anzitutto tenere conto della sua volontà, dignità e livello di discernimento.

Pur non riconoscendo in maniera diretta un diritto all'autodeterminazione sanitaria da esercitare in prima persona, va riconosciuto un diritto alla valorizzazione delle proprie capacità decisionali, all'informazione ed all'espressione di una propria volontà, di cui sarà poi obbligatorio tenere conto, tutti elementi che fanno riferimento al parametro concreto dell'effettivo discernimento o, in termini più tradizionali, capacità naturale, e non alle classiche soglie formali, connesse all'età o a provvedimenti dell'autorità, tipiche della capacità di agire.

Nella medicina pediatrica i vari trattamenti sanitari possono essere attuati solo in presenza del relativo consenso informato espresso dai genitori o dal tutore. I minori non sempre hanno un livello di maturità tale da consentire loro di prendere decisioni autonome e consapevoli in merito ai trattamenti sanitari. Mentre in passato si evitava il più possibile di affrontare con i minori la realtà della loro condizione, in caso di patologie gravi, oggi invece, si va diffondendo la convinzione che un atteggiamento di sostanziale chiarezza sia preferibile nei confronti dei minori, che dovrebbero essere coinvolti nel processo decisionale in relazione al loro grado di maturità riscontrata.

La Raccomandazione del Comitato Permanente dei Medici Europei, sul diritto dei minori all'informazione e al consenso informato, approvata all'unanimità a Bruxelles in data 11

marzo 2006, ha previsto che *“mentre un minore può non avere maturità giuridica nel prendere alcune decisioni nella scelta terapeutica, lo stesso può avere sviluppato un’esperienza significativa nei confronti della propria malattia, e può avere un’opinione sulla terapia che occorre ascoltare e prendere in considerazione”*.

“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”²⁶.

La cosiddetta capacità di discernimento non è peraltro legata all’età anagrafica, ma alla capacità soggettiva di comprensione e giudizio e alla rilevanza e portata dell’intervento da attuare.

Il paziente minore dovrebbe essere in grado di comprendere il proprio stato di salute, le opzioni terapeutiche disponibili, valutarne il significato e prendere una decisione che risponda ai suoi interessi a breve, medio e lungo termine. In caso di minore con capacità di agire, il consenso informato sarà espresso sempre dagli esercenti la responsabilità genitoriale o del tutore, tenendo conto che l’infermiere dovrà ascoltare le volontà del minore e collaborare con il medico nel richiedere il consenso direttamente al giovane paziente.

Non è facile gestire il coinvolgimento del minore nelle scelte terapeutiche in modo adeguato e proporzionato al suo livello di sviluppo, tuttavia l’infermiere lavorerà affinché sia messo in atto una corretta condivisione del processo decisionale fra paziente, genitori e personale sanitario, presupposto indispensabile per una buona relazione terapeutica e per il successo stesso della cura.

I genitori non potranno decidere a propria discrezione per il minore, ma saranno legati a ciò che è meglio per il suo bene. Se i genitori negano il consenso a un trattamento chiaramente finalizzato al bene del figlio, l’infermiere insieme all’équipe sosterrà le adeguate azioni

²⁶ Codice Deontologico Infermieri, 2019, Art 23.



affinché si possa ottenere dall’Autorità giudiziaria un provvedimento autorizzativo nell’interesse del minore stesso.

In ogni caso in cui venga in rilievo un soggetto incapace, minore, interdetto, inabilitato o beneficiario di una amministrazione di sostegno, l’infermiere si adopera perché sia valorizzata la capacità di discernimento dell’incapace.

Infine, deve ritenersi che l’art. 3, ultimo comma, per il quale può farsi ricorso al giudice tutelare in caso di contrasto tra medico e rappresentante dell’incapace, vada interpretato, alla luce della tutela costituzionale della persona (art. 2 Cost.), nel senso che il relativo ricorso possa essere proposto anche in caso di contrasto tra rappresentante e incapace.

Gli infermieri e le Disposizioni anticipate di trattamento (Art. 4 L 219/17)

Per poter riflettere sul ruolo e le possibili responsabilità infermieristiche in relazione alla scelta di una persona di esprimere le proprie volontà attraverso le DAT, è necessario conoscere gli spunti di riflessione che il dibattito scientifico attuale ci offre su questo tema.

L'aspetto centrale da considerare è che, per poter comprendere *“omissis. le volontà di una persona in materia di trattamenti sanitari, di consenso o rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari omissis”*²⁷, non possiamo rivolgere la nostra attenzione solo alla redazione di un documento contenente le DAT di una persona ma è necessario incoraggiare interventi professionali che valorizzino una vera, autentica e graduale comunicazione e conversazione tra la persona, la famiglia, l'eventuale fiduciario e gli operatori sanitari per chiarire e comprendere i valori della persona stessa in relazione a possibili future decisioni sanitarie sul suo stato di salute²⁸.

Per quanto le DAT, nel testo della legge 219/17, possano essere considerate espressione della unilaterale iniziativa di una persona, indipendentemente da una relazione di cura con un professionista²⁹, rappresenterebbero tutt'altro valore se inserite in un processo\percorso relazionale più ampio e complesso attraverso il quale la persona -malata o sana- può arrivare a decidere sui trattamenti da seguire o da rifiutare.

Di fatto l'infermiere si trova ad applicare quanto declinato nell'art. 13 del nostro Codice Deontologico partecipando al percorso di cura e adoperandosi 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.

²⁷ L.219\17 art. 4.

²⁸ Sudore, R. L., & Fried, T. R. (2010). Redefining the “planning” in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Annals of internal medicine*, 153(4), 256-261.

²⁹ Federazione Cure Palliative ONLUS (2018) . La legge 219/17, il punto di vista di...prime riflessioni. 6

Il dibattito internazionale sposta l'attenzione dei curanti/operatori sanitari dal semplice fornire informazioni alla persona ed ottenere indicazioni utili da usare quando la capacità decisionale sarà compromessa, al complesso processo comunicativo/relazionale alla cui base c'è la comprensione e condivisione di obiettivi e preferenze del paziente che possano orientare le scelte e l'assistenza future³⁰.

Porre attenzione al processo comunicativo permette di identificare meglio cosa è importante per quella persona, in modo tale che il fiduciario e gli stessi operatori sanitari siano preparati a compiere scelte appropriate e piene di significato riguardanti l'assistenza, che riflettano i valori della persona in tutte quelle situazioni in cui la stessa non potrà compierle autonomamente.³¹

L'attenzione va spostata dalla necessità di ricercare ed ottenere dalla persona le sue preferenze su specifici interventi, alla possibilità di focalizzarsi su ciò che veramente conta per sé stessa.

Quando si è chiamati a compiere delle scelte o prendere delle decisioni sanitarie su sé stessi quel che conta di più sono gli eventuali esiti che si otterranno dai trattamenti effettuati³². Pertanto, chiedendo alle persone di considerare quali sono i risultati che più sperano o che più temono, sarà possibile identificare meglio i loro valori e queste informazioni potranno influenzare più facilmente il processo decisionale quando le stesse non saranno più in grado di poter decidere autonomamente³³.

E' necessario farlo non solo in un preciso momento ma progressivamente nel tempo. Considerare questo processo dentro un percorso ci può aiutare a capire se e in che modo i

³⁰ Rietjens, J. A., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., ... & Orsi, L. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*, 18(9), e543-e551.

³¹ Lum, H. D., & Sudore, R. L. (2016). Advance care planning and goals of care communication in older adults with cardiovascular disease and multi-morbidity. *Clinics in geriatric medicine*, 32(2), 247-260.

³² Fried, T. R., & Bradley, E. H. (2003). What matters to seriously ill older persons making end-of-life treatment decisions?: A qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 237-244.

³³ Sudore, R. L., & Fried, T. R. (2010). Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Annals of internal medicine*, 153(4), 256-261.



pazienti si stanno adattando alla loro malattia o hanno raggiunto il momento in cui il peso della malattia o dei suoi esiti sta diventando troppo pesante da essere sopportato e tollerato.

Solo attraverso la comprensione e condivisione di queste importanti premesse gli infermieri possono essere considerati parte attiva e facilitatori dell'eventuale redazione delle DAT di una persona.

Gli infermieri nel processo della Pianificazione Condivisa delle cure (Art. 5 L 219/17)

Gli infermieri sono coinvolti a pieno titolo nel processo assistenziale volto a identificare e comprendere i valori e le preferenze dei pazienti per definire insieme obiettivi e strategie di trattamento e cura futuri.

Sebbene sia esplicitamente definita la responsabilità medica nella possibilità di definire un piano condiviso delle cure, è necessario evidenziare il ruolo e la partecipazione, all'interno di questo processo decisionale, dell'intera équipe interprofessionale che si occupa del paziente, delle famiglie dei loro bisogni.

Sulla base della letteratura più recente infatti, la pianificazione condivisa delle cure è definita come un processo decisionale condiviso in cui le decisioni relative alle cure vengono prese da un medico e/o da un'équipe di professionisti, dal paziente o dal suo familiare/fiduciario³⁴. Questo processo decisionale congiunto è diventato lo standard di pratica nell'erogazione di servizi sanitari. La filosofia di fondo è quella di rimuovere la tradizione della pratica medica paternalistica che presuppone che il medico conosca le migliori decisioni da prendere per il bene della persona e creare un modello in cui i pazienti siano partner responsabili nelle decisioni relative alla loro cura³⁵.

Il concetto di pianificazione condivisa delle cure presuppone quindi la condivisione delle competenze e conoscenze tra sanitari e paziente stesso; questo processo valorizza l'incontro e l'integrazione di diverse competenze: quelle "scientifiche" che medici, infermieri e l'intero team assistenziale possono mettere a disposizione delle persone e quelle "personali ed individuali" dei pazienti stessi che rispecchiano la loro storia di vita, i loro desideri,

³⁴ Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312.

³⁵ Oliver, D. P., Washington, K., Demiris, G., Wallace, A., Propst, M. R., Uraizee, A. M., & Ellington, L. (2018). Shared decision making in home hospice nursing visits: A qualitative study. *Journal of pain and symptom management*, 55(3), 922-929.

preferenze, obiettivi^{36,37}.

Nella pianificazione condivisa delle cure, l'incontro di queste competenze fa sì che insieme ci si assuma la responsabilità per portare avanti il processo assistenziale equilibrando in modo equo la necessità di condividere le decisioni, l'impostazione degli obiettivi e la valutazione costante e progressiva dei risultati raggiunti quotidianamente con la persona e la famiglia.

Questa modalità condivisa di pianificazione delle cure rispecchia e richiama la filosofia e i valori su cui le cure palliative si basano; pazienti e famigliari sono parte integrante dell'équipe interdisciplinare di cura ed hanno il diritto di partecipare alle decisioni riguardanti la loro assistenza³⁸.

Nell'approccio assistenziale che le cure palliative propongono è sempre promossa una pianificazione condivisa della cura sia all'interno dell'équipe sanitaria interprofessionale sia con la persona (se in grado partecipare) che con la sua famiglia.

Nel concetto di processo decisionale condiviso sono presenti diversi elementi essenziali³⁹. E' necessario identificare un problema e discutere delle opzioni disponibili. E' importante riflettere insieme ai pazienti e/o familiari dei rischi e dei benefici, nonché su come le opzioni disponibili incontrano i valori e le preferenze dei pazienti.

È altrettanto importante valutare le capacità del paziente e del familiare nel seguire le singole opzioni prima di raccomandarne una in particolare.

Prima che venga presa una decisione è necessario valutare che tutte le persone che hanno preso parte al processo abbiano compreso il problema e le alternative disponibili.

Infine dovrebbe essere sviluppato un piano di follow-up per valutare la decisione presa o per prenderne in considerazione una diversa.

³⁶ Wu, H. L., & Volker, D. L. (2012). Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *Journal of advanced Nursing*, 68(2), 471-479.

³⁷ www.giannigrassi.it (consultazione 30 giugno 2019)

³⁸ <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (consultazione 30 giugno 2019)

³⁹ GMarkou G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312.

Questo processo decisionale necessita di tempo, tempo prezioso per la comunicazione, la cura e per una sua buona pianificazione. Questo tempo è uno spazio che gli infermieri devono poter ritrovare nel percorso del “prendersi cura”.

Quotidianamente ogni singolo atteggiamento, gesto o attività che si compie “con, per e sul” paziente permette agli infermieri di entrare in connessione con gli aspetti più intimi e personali che riguardano la storia, non solo clinica, di ogni singola persona.

La relazione di cura e spesso di fiducia che “nell’assistere” gli infermieri instaurano, è un’opportunità che diventa un importante mezzo e strumento per identificare quali sono le preoccupazioni dei pazienti e quali gli obiettivi che vorrebbe raggiungere.

Queste informazioni contribuiscono al processo di identificazione di valori e preferenze, necessario per poter informare e guidare tutta l’équipe nel processo decisionale e nelle scelte (sia terapeutico che assistenziale) affinché possano essere il più appropriate e condivise possibili.

Conclusioni

“Nessun trattamento può sostituirsi alla cura. Si può vivere senza trattamenti, ma non si può vivere senza cura”⁴⁰.

Non è possibile rifiutare o interrompere l’assistenza soprattutto in tutte quelle condizioni di perdita di autonomia e di necessità di un supporto compensativo/sostitutivo da parte dell’infermiere.

Anche quando il paziente potrà decidere di interrompere o sospendere qualsiasi trattamento gli infermieri continueranno ad esserci e a prendersi cura di lui.

⁴⁰ Colliere M. F., *Aiutare a vivere*, Sorbona, 1992

Riferimenti normativi e deontologici

Carta Costituzionale

Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea

Codice Deontologico degli Infermieri, 2019

Codice Deontologico dei Medici, 2014

Convenzione sui diritti del fanciullo

Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina

Corte Costituzionale pronuncia n. 438 del 2008

Legge 19 febbraio 2004, n. 40 - Norme in materia di procreazione medicalmente assistita.

Legge 21 ottobre 2005, n. 219 - Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati.

Legge 219/2017 - Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del servizio sanitario nazionale.

Legge 38/2010 - Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (G.U. Serie Generale , n. 65 del 18 marzo 2017)

Riferimenti bibliografici

Rodotà G, La vita e le regole, Tra diritto e non diritto, Feltrinelli Milano ed 2007, Pag 18

Henderson, V. (1955). Textbook of the principles and practice of nursing. New York: Macmillan

Wu, H. L., & Volker, D. L. (2012). Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *Journal of advanced Nursing*, 68(2), 471-479.

Eriksson, M., & Andershed, B. (2008). Care dependence: A struggle toward moments of respite. *Clinical Nursing Research*, 17(3), 220-236.

Bu, X., & Jezewski, M. A. (2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110.

Carr, E. C., Meredith, P., Chumbley, G., Killen, R., Prytherch, D. R., & Smith, G. B. (2014). Pain: A quality of care issue during patients' admission to hospital. *Journal of advanced nursing*, 70(6), 1391-1403.

Mehta, A., & Chan, L. S. (2008). Understanding of the concept of "total pain": a prerequisite for pain control. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 10(1), 26-32.

<https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html> Retrieved June, 28, 2019.

Jacobs, B. B. (2001). Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 17-35.

Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International journal of nursing practice*, 8(3), 143-151.

Baillie, L., & Gallagher, A. (2010). Evaluation of the Royal College of Nursing's 'Dignity: at the heart of everything we do' campaign: exploring challenges and enablers. *Journal of Research in Nursing*, 15(1), 15-28.

Bidabadi, F. S., Yazdannik, A., & Zargham-Boroujeni, A. (2017). Patient's dignity in intensive care unit: A critical ethnography. *Nursing ethics*, doi: 10.1177/0969733017720826

Bidabadi, F. S., Yazdannik, A., & Zargham-Boroujeni, A. (2017). Patient's dignity in intensive care unit: A critical ethnography. *Nursing ethics*, doi: 10.1177/0969733017720826

RNAO, *Establishing Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of Nursing therapeutic relationships*, 2002; Revised 2006 Supplement Enclosed. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Establishing_Therapeutic_Relationships.pdf

Sudore, R. L., & Fried, T. R. (2010). Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Annals of internal medicine*, 153(4), 256-261.

Rietjens, J. A., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., ... & Orsi, L. (2017). Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*, 18(9), e543-e551.

Lum, H. D., & Sudore, R. L. (2016). Advance care planning and goals of care communication in older adults with cardiovascular disease and multi-morbidity. *Clinics in geriatric medicine*, 32(2), 247-260.

Fried, T. R., & Bradley, E. H. (2003). What matters to seriously ill older persons making end-of-life treatment decisions?: A qualitative study. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 237-244.

Sudore, R. L., & Fried, T. R. (2010). Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Annals of internal medicine*, 153(4), 256-261.

Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312.

Federazione Cure Palliative ONLUS (2018) . La legge 219/17, il punto di vista di...prime riflessioni. 6

Oliver, D. P., Washington, K., Demiris, G., Wallace, A., Propst, M. R., Uraizee, A. M., & Ellington, L. (2018). Shared decision making in home hospice nursing visits: A qualitative study. *Journal of pain and symptom management*, 55(3), 922-929.

Wu, H. L., & Volker, D. L. (2012). Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *Journal of advanced Nursing*, 68(2), 471-479.

www.giannigrassi.it (consultazione 30 giugno 2019)

Makoul, G., & Clayman, M. L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient education and counseling*, 60(3), 301-312.

Colliere M. F., *Aiutare a vivere*, Sorbona, 1992

VIESTE

Evento formativo residenziale

LE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE: DAI VALORI AGLI ESITI



ACCREDITAMENTO PREVISTO PER 150 PARTECIPANTI

L'OPI di Foggia, come consuetudine promuove la realizzazione di un evento formativo in collaborazione con altri OPI di diverse regioni italiane

Gli OPI che intendono aderire all'iniziativa sono invitati a darne conferma (telefonicamente o via mail),
le spese organizzative, sono tutte a carico dell'OPI di Foggia

1. L'adesione comporta la disponibilità a collaborare (se voluta) sia per gli aspetti scientifici che organizzativi connessi all'evento oltre a favorire e coordinare la partecipazione dei convegnisti all'evento
2. Gli OPI aderenti sono invitati a comunicarci, quanto prima, il numero dei partecipanti
3. Il numero totale di Infermieri iscrिवibili all'evento sono 150 (l'evento sarà accreditato ECM)

N.B. per gli Iscritti OPI Taranto: previa richiesta, i partecipanti potranno fruire del mezzo messo a disposizione in forma gratuita dall'Ordine

LE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE: DAI VALORI AGLI ESITI
1° Giornata
LE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE: IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO
8 settembre 2019 - ore 14.30 – 20.00

MODERATORI: COSIMO CICIA - BENEDETTA MATTIACCI

5.00	Le scelte compiute
	Dr.ssa Barbara Mangiacavalli
6.00	I valori sullo sfondo
	Dr. Edoardo Manzoni
7.00 - 20.00	Analisi del codice deontologico
	Dr. Aurelio Filippini
	Dr. Sergio Fucci
	Dr. Pio Lattarulo

Discussione ed approfondimento con interventi dei partecipanti

2° Giornata
IL VALORE DELLA RICERCA – IL VALORE DELLA FORMAZIONE – L'ESERCIZIO PROFESSIONALE
09 settembre 2019 - ore 14.30 – 20.00

MODERATORI: GIANCARLO CICOLINI - PASQUALINO D'ALOIA

5.00 - 16.30	L'evoluzione della scienza infermieristica in Italia: sfide e strategie per lo sviluppo delle reti internazionali di ricerca
	Dr. Gennaro Rocco
6.30 - 18.00	Quale divulgazione della ricerca? Il processo di indicizzazione di una rivista
	Dr.ssa Teresa Rea
8.00 - 19.00	Gli studi con metodo misto: una nuova opportunità per la disciplina infermieristica.
	Dr.ssa Paola Ferri
9.00 - 20.00	Infermieristica traslazionale, from Bench to Bedside
	Dr. Gennaro Scialò

Discussione ed approfondimento con interventi dei partecipanti

3° Giornata
IL VALORE DELL'ORGANIZZAZIONE
10 settembre 2019- ore 14.30 – 20.00

MODERATORI: CRISTINA MAGNOCAVALLO – MARCELLO ANTONAZZO

5.00	L'espressione di una professione: dai valori agli esiti
	Dr.ssa Vianella Agostinelli
6.00 - 16.45	Dalla cronicità alla continuità delle cure: il modello della presa incarico della Provincia di Foggia
	Dr.ssa Girolama De Gennaro
6.45 - 17.30	Best Practice, percorso riabilitativo integrato ospedale territorio per pazienti con tumori al seno e ginecologici in trattamento – Presidio Ospedaliero "San Pio da Pietrelcina" Castellana Grotte – ASL TA -
	Dr. Gianrocco Rossi
7.30 - 18.30	Appropriatezza dell'agire infermieristico: studio quali-quantitativo sul fenomeno della dequalificazione professionale
	Dr. Luigi Pais De Mori
8.30 - 19.15	Piattaforme assistenziali, un'opportunità di crescita professionale per l'infermiere l'esperienza dell'azienda sanitaria del Friuli occidentale
	Dr. Luciano Clarizia
9.15 - 20.00	Diamo voce ai cittadini: valutazione del grado di soddisfazione per l'esercizio della professione infermieristica nei servizi sanitari
	Dr.ssa Carmela Giudice

Discussione ed approfondimento con interventi dei partecipanti

Convenzioni 2019

OPI Taranto

Studio di nutrizione umana

Dott. Andrea Urso

Biologo Nutrizionista Dietista

Per l'anno 2019 in convenzione con FNOPI riserverà agli iscritti OPI Taranto la seguente convenzione: prima consulenza con esame BIA (bioimpedenziometria) e dieta euro 50,00 al posto di 80,00.

Servizi offerti

Valutazione della composizione corporea (massa magra, grassa e acqua totale corporea) con impedenziometria

Valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici

Educazione alimentare

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

Dislipidemie

Patologie dermatologiche

Celiachia e Intolleranza al lattosio

Età evolutiva

Programmi nutrizionali per sportivi nelle varie discipline

Piani alimentari per vegetariani

Studio di medicina estetica

Dr. Paolo Rosati

Il Dr. Paolo Rosati, medico estetico – Università degli studi di Parma – riceve previo appuntamento in Manduria (TA) e Martina Franca (TA)

Visite e controlli gratuiti

Su ogni trattamento si effettuerà il 20% di sconto

Per informazioni: 328.8327166

Fondazione Beato Nunzio Sulprizio

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

Servizi offerti

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

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

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione (contatto telefonico: 099.7792891).

Fit Village

Prezzi convenzionati per iscritti OPI Taranto

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

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

Convenzioni 2019

OPI Taranto

Convenzione Yachting Club
Prezzi convenzionati per iscritti OPI Taranto



Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

SERVIZI	GIORNALIERO		MENSILE		STAGIONALE	
<i>SUMMER 2019</i>	Listino	Scontato	Listino	Scontato	Listino	Scontato
Cabina	€ 15,00	€ 12,00	€ 375,00	€ 300,00	€ 950,00	€ 760,00
Ombrellone + 2 ingressi +2 lettini	€ 25,00	€ 20,00	€ 700,00	€ 560,00	€ 1.750,00	€ 1.400,00
Ombrellone + 2 ingressi+2 sdraio	€ 21,00	€ 17,00	€ 550,00	€ 440,00	€ 1.450,00	€ 1.160,00
Ombrellone +2 ingressi +sdraio +lettino	€ 23,00	€ 19,00	€ 625,00	€ 500,00	€ 1.550,00	€ 1.240,00
Ombrellone+ingresso +sdraio	€ 13,50	€ 11,00	€ 350,00	€ 280,00	€ 850,00	€ 680,00
Ombrellone+ingresso+lettino	€ 16,00	€ 13,00	€ 425,00	€ 340,00	€ 1.050,00	€ 840,00
Ingresso	€ 5,00	€ 3,50	€ 135,00	€ 100,00	€ 350,00	€ 280,00
Ingresso+lettino	€ 11,00	€ 9,00	€ 295,00	€ 236,00	€ 800,00	€ 640,00
Ingresso+sdraio	€ 8,50	€ 7,00	€ 235,00	€ 188,00	€ 600,00	€ 480,00
Tavolo pineta+ 4 sedie	€ 8,00	€ 7,00	€ 200,00	€ 160,00	€ 400,00	€ 320,00
Parcheggio auto	€ 3,00	€ 3,00	€ 80,00	€ 60,00	€ 200,00	€ 160,00
Parcheggio moto	€ 2,00	€ 2,00	€ 50,00	€ 40,00	€ 135,00	€ 108,00
Ingresso kids(0-6 anni)	gratis	gratis	gratis	gratis	gratis	gratis
Ingresso junior (7-18 anni)	€ 3,00	€ 3,00	€ 50,00	€ 50,00	€ 150,00	€ 150,00
Ingresso young (19-30 anni)	€ 3,00	€ 3,00	€ 75,00	€ 75,00	€ 200,00	€ 200,00

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 su www.opitaranto.it.

