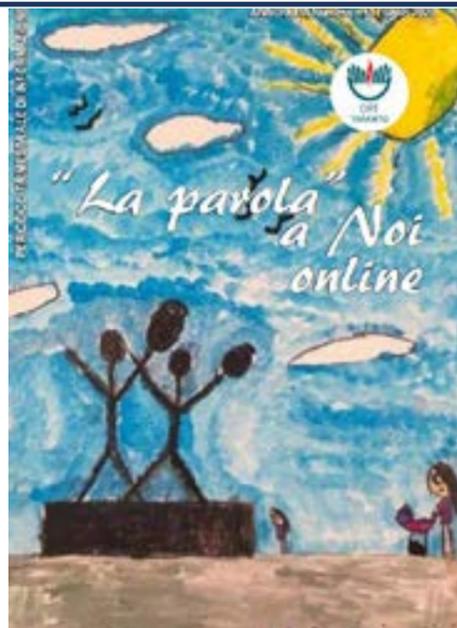




“La favola” a Noi online





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

Bianca Maria Cartella - Annalisa Barone
Claudia Petrosino - Carmela La Catena
Stefania Moramarco - Monica Cardellitto
Maria Buongiorno - Cosimo della Pietà
Brunetti M. Tamara - Laporta Gaetano
Marturano Stefania
Monteleone Celeste
Zanframundo Carmen
Alessia Pentassuglia - Gilda Picci

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
Italy I like	“ 5
Covid-19. Un'esperienza nella Protezione Civile	“ 6
Disturbo dello spettro autistico	“ 10
Lavaggio delle mani	“ 16
Ambulatorio Infermieristico	“ 22
Ospedale senza dolore	“ 24
Cure palliative	“ 35
DCA nella ASL Taranto	“ 38
See and Treat	“ 42
Voce oltre confine	“ 51
Analisi e gestione del processo terapeutico	“ 55
Assemblea Annuale degli Iscritti 2020	“ 58
Convenzioni e PEC	“ 69

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,



Benedetta Mattiacci
Presidente OPI Taranto

ancora oggi, viviamo i colpi di coda del COVID 19, che ha prostrato il nostro Paese, ha scandito tempi e modalità di vita, ha evidenziato limiti, ha, consentitecelo, esaltato professionalità e competenze, “spese nell’accorrere là dove erano più vistose le carenze”, ha dimostrato il senso dell’appartenenza e della solidarietà verso i colleghi e le persone malate, accanto alle quali voi Infermieri in prima linea avete speso giornate e nottate, stabilendo una relazione di cura, un tempo di cura. Siete stati al capezzale di persone “sole”, perché isolate, lontane dagli affetti, voi unici interlocutori, uniche sentinelle del loro star male, del loro essere preda di un virus che ha avuto, che ha, il potere di colpire, senza soluzione di continuità, senza distinzione; avete instaurato, voi Infermieri, un complesso sistema di relazioni, di reazioni ad azioni che manifestano percezioni, pensieri e sentimenti reciproci.

Ed è per questo che da più parti, ed anche a Taranto, giunge il “Grazie” dei cittadini e delle istituzioni, manifestazioni varie (dal comune di Taranto al teatro Petruzzelli di Bari) che vogliono significare l’apprezzamento dell’impegno, del lavoro svolto, della vicinanza degli Infermieri e degli altri professionisti sanitari che non hanno esitato a sbarrare il passo al COVID 19, un riconoscimento di quanto fatto, a livello nazionale ed a livello locale, un riconoscimento, anche, della complementarità degli interventi, una capacità di interagire che ha agevolato la lotta al virus e la tutela delle persone malate.

In questi mesi, tutti hanno imparato a conoscere meglio il durissimo lavoro, l’impegno continuo degli Infermieri, che oggi chiedono, a giusta ragione, di formulare paradigmi per una sanità nuova, in evoluzione continua, in continuo aggiornamento per essere pronta ai bisogni di salute dei cittadini.

La via imboccata dal Decreto Rilancio è quella giusta perché tra l’altro prevede:

- l’assunzione di 9.600 infermieri, un investimento su servizi domiciliari alle persone fragili che farà passare l’Italia dal 4% della platea di assistiti al 6,7%, ovvero 0,7% in più della media Ocse;
- la creazione dell’infermiere di famiglia o di prossimità, la nuova figura del responsabile delle cure domiciliari, che affiancherà il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, ovvero il primo avamposto del Servizio Sanitario Nazionale per far sì che molti pazienti siano gestiti a domicilio dal medico curante e dall’infermiere di famiglia, senza la necessità del ricorso all’ospedale, supportati, anche, dall’ausilio della telemedicina.

Questa nuova organizzazione del lavoro, che da tempo sollecitiamo, consentirà un Servizio Sanitario Nazionale più vicino ai cittadini, riservando gli ospedali alla fase acuta delle malattie e restituendo a tutti quanti noi, Professionisti della Salute, quella dignità negata da gestioni miopi, poco lungimiranti.

e
d
i
t
o
r
i
a
l
e



Una prima trincea di consegna mascherine offerte da
Protezione Civile
Ministero Salute
FNOPI

Prossimamente incontreremo altri colleghi impegnati in più RSA ,RSSA e Case di Riposo

Italy I like

Desideravo solo esprimere il mio

GRAZIE

agli operatori sanitari d'Italia. In modo particolare ai precari che, a breve, saranno stabilizzati e – appena appresa la notizia – hanno immediatamente stimolato il governo ad adottare analoghi provvedimenti per i docenti precari.

Grazie per la vostra vicinanza: avete dimostrato di essere degli eroi veri, con la vostra professionalità e con la vostra empatia.

Italy I like

C'era chi pensava che il post-Covid ci avrebbe resi migliori. Non penso sia esatto: la pandemia ci ha resi diversi, cambiando la prospettiva del nostro sguardo.

Tutti sapevamo che, per la Scuola e la Sanità, le risorse finanziarie erano state progressivamente ridotte nell'ultimo ventennio. Tutti sapevamo dell'aumento degli alunni per classe. Per risparmiare.

Tutti sapevamo della diminuzione dei posti letto. Per risparmiare.

Tutti sapevamo che i lavoratori precari era preferibile non stabilizzarli. Per risparmiare. Trasformazioni peggiorative operate da Ministri sprovveduti che prospettavano falsi risparmi presentandoli come "ottimizzazione delle risorse". Scuole chiuse ed accorpate ad altre. Ospedali chiusi e reparti dismessi. Poi è arrivato il Covid-19: una specie di randellata nei denti di tutto un sistema smantellato nel corso di lustri di indifferenza. Una manganellata alla quale Sanità e Scuola hanno reagito, operando per la collettività, anche grazie alle risorse professionali pre-

carie che tutti hanno finto di ignorare per anni.

La Sanità ha curato il fisico, la malattia ed ha sostenuto la "voglia di guarire".

La Scuola ha curato la mente, la cultura ed ha sostenuto la "voglia d'imparare". Ma questa è una visione romantica della realtà; Sanità e Scuola hanno curato i cittadini.

E qualcuno, in questi giorni, deve essersi accorto dell'obbligo morale di stabilizzare le posizioni lavorative degli operatori della sanità. E molti amici infermieri, via social, hanno immediatamente lanciato una campagna in sostegno degli insegnanti precari. Migliaia, in Italia. Da decenni. Così, leggendo le loro frasi di incoraggiamento, leggendo la solidarietà degli infermieri precari nei confronti degli insegnanti precari, ho provato un senso di ammirazione ed un sentimento di conforto.

Avevo cercato l'occasione per ringraziare tutto il personale sanitario per il lavoro speciale, svolto per noi cittadini comuni, in quest'epoca buia. Ed eccola qui, offerta proprio dai loro pensieri solidali.

Un lavoro speciale, quello degli infermieri, reso ancora più speciale dalla precarietà del lavoro di molti: una precarietà che non lascia intravedere un futuro stabile, una precarietà che nulla ha sottratto in un periodo durissimo per l'Italia. Dico per l'Italia perché la precarietà è una piaga molto italiana, direi solo italiana.

Così quel sentimento "I like Italy" che dovrebbe essere proprio di ogni cittadino del mondo, è diventato un pensiero differente. E' cambiata la prospettiva. Ed ho solo pensato che solidarizzare tra lavoratori precari è davvero "Italy I like".

Si, hai letto bene, questa è l'Italia che mi piace.

Bianca Maria Cartella
(un'insegnante riconoscente)

Francesca Famà, Roberta Nuzzo, Pier Davide Calabretti, 3 Infermieri del nostro Ordine che hanno partecipato all'esperienza Covid 19, andando là dove il bisogno chiamava e dove la loro presenza serviva per tutelare le vite, nel periodo caldo dell'epidemia.

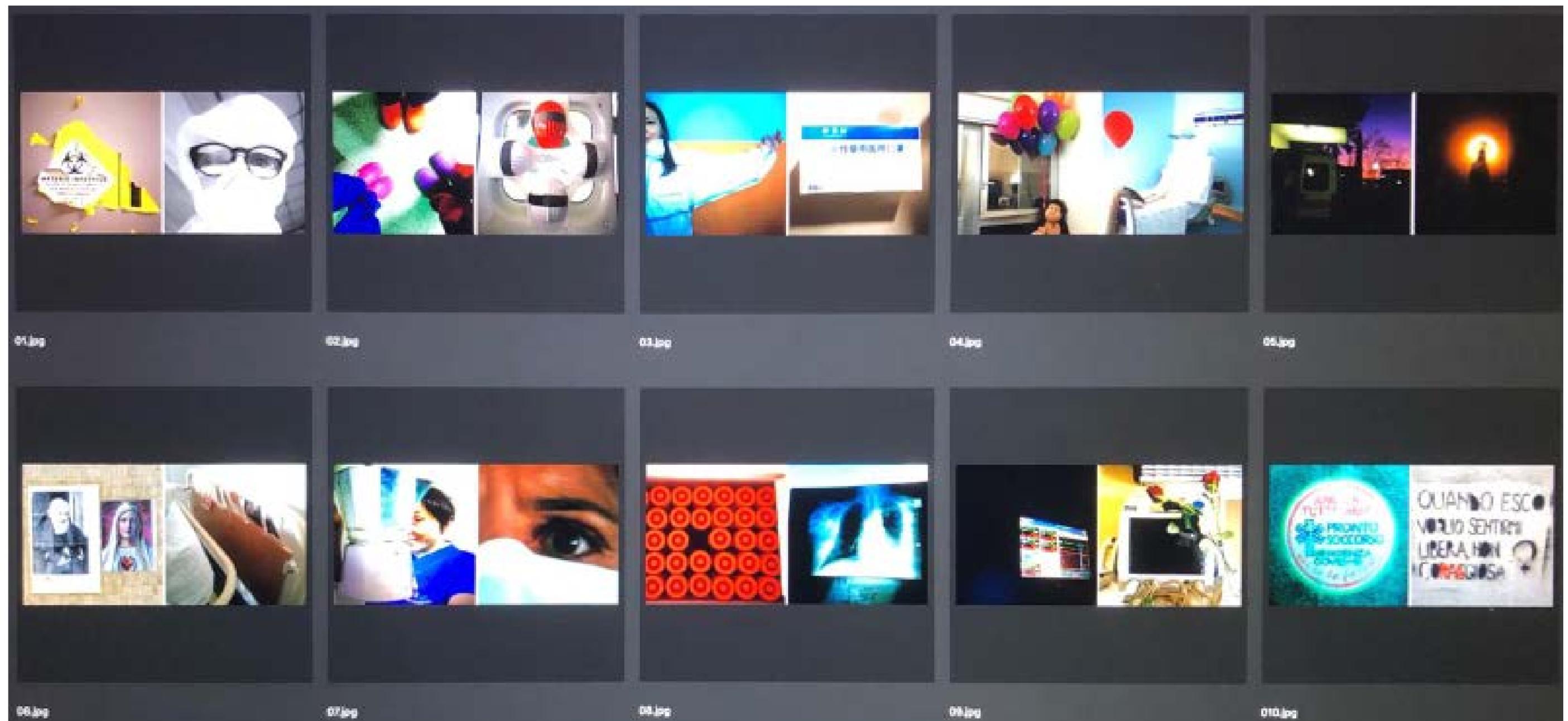
“Ne abbiamo avuto paura, ed ancora ne abbiamo, perché ha colpito centinaia di migliaia di persone in ogni dove, senza soluzione di continuità, con una crescita esponenziale tra la popolazione anziana”.

Gli Infermieri sono stati, e sono, in prima linea, coprotagonisti nella lotta quotidiana nelle strutture di tutto il Paese, come Francesca, Roberta, Pier Davide.

Francesca Famà ha vissuto “un'esperienza di 21 giorni con la Protezione Civile - dall'8 al 28 maggio, in piena Fase 2 -”, un'esperienza ... che, ci dice, ha voluto “fermare anche con le immagini del “Progetto Foto”(immagini quotidianamente postate su fb) con il vissuto quotidiano, le emozioni, l'esperienza intensa, la partecipazione umana e professionale che mi ha arricchito e dato la dimensione dell'importanza di esserci, di dare il mio apporto alle persone, insieme alle mie competenze. Prima di partire, ascoltando le notizie, drammatiche, mi chiedevo: “Cosa faccio qui? Cosa potrei fare nelle regioni in cui la situazione è più grave?”. Il video di una collega impegnata là sul campo, postato su fb, le notizie di quan-

COVID 19

UN'ESPERIENZA NELLA PROTEZIONE CIVILE





to continuava ad accadere: questa la mia molla. No, non potevo solo guardare, dovevo fare. Ho partecipato al bando pubblicato dalla Protezione Civile e, l'aver lavorato per 12 anni in una struttura della levatura della "Villa Verde" di Taranto, è stato il mio punto di forza, mi ha consentito di essere reclutata. Quindi, appuntamento a Roma, destinazione Milano- Azienda REU (attività domiciliare per tamponi a soggetti dimessi da Ospedali per Covid , segnalati dal comune e con situazioni particolari), in campo con gli altri nell'esperienza domiciliare, andando avanti con la certezza che prima o poi avremmo vinto "la battaglia per la vita". notizie di quanto continuava ad accadere: questa la mia molla. No, non potevo solo guardare, dovevo fare. Ho partecipato al bando pubblicato dalla Protezione Civile e, l'aver lavorato per 12 anni in una struttura della levatura della "Villa Verde" di Taranto, è stato il mio punto di forza, mi ha consentito di essere reclutata. Quindi, appuntamento a Roma, destinazione Milano- Azienda REU (attività domiciliare per tamponi a soggetti dimessi da Ospedali per Covid , segnalati dal comune e con situazioni particolari), in campo con gli altri

nell'esperienza domiciliare, andando avanti con la certezza che prima o poi avremmo vinto "la battaglia per la vita".

"Una cosa importante" (ndr e qui Francesca non riesce a trattenere le lacrime), di cui mi sono sen-



tita partecipe, una cosa emozionante per quello che andavo a fare, per l'apporto alla lotta per la vita".

"Anch'io ho partecipato al bando della Protezione Civile, sono stata "reclutata" quindi a Roma per il tampone, di seguito assegnata ad una RSA di Milano dal 18 al 28 maggio - è la testimonianza di [Roberta Nuzzo](#) C.O. 118 Taranto - Tanta l'eccezione ma, anche, la paura, in specie nei primi giorni per quell' essere nel cuore dell'epidemia e, anche, per la mancanza di organizzazione, per la mancanza dei DPI in una struttura piena di positivi. Cambio della destinazione, nuova RSA con una organizzazione ottimale (basti pensare che, nella prima, su 125 ospiti si sono avuti 40 morti più un Infermiere; nella seconda su 125 ospiti, 9 morti), personale dedicato, quindi ho potuto svolgere il mio lavoro con le giuste armi, dando il mio apporto ai colleghi sovraccarichi di lavoro. Il loro "Grazie" è stato gratificante, ha confermato il valore della mia scelta di essere Infermiera, ha messo in risalto il contributo di andare là dove servivamo, di essere figura di riferimento per chi non sta bene.

E' stata un'esperienza umana e professionale di grande spessore. Non a caso ho deciso sin dalle scuole superiori di diventare Infermiera, figura di

riferimento in un periodo della mia vita, quando, ancora piccola, ho vissuto giorni e giorni in ospedale, con le Infermiere che mi erano accanto e cercavano di non farmi avvertire il peso della malattia facendomi giocare. La permanenza nella RSA mi ha fatto riscoprire il contatto con le persone, essenziale nel nostro lavoro, dove il sovraccarico di impegni può portare ad una de-umanizzazione. Ad addolorarmi fortemente è stato vedere le persone sole, pur se ci si fermava a parlare, a chiacchierare. Ma non era abbastanza per le persone prive di affetti, di comprensione; persone delle quali si avvertiva il bisogno di amore. E' una esperienza che dovremmo fare tutti, noi Infermieri, per vedere realtà differenti, per provare tutto, per arricchirci".

"Una full immersion nella Terapia Intensiva, per me, a Torino, all'Ospedale "San Giovanni Bosco"- Hub per l'Emergenza/ Urgenza" - racconta [Pier Davide Calabretti](#), Postazione 118 Crispiano - Ho partecipato al bando, quindi alla selezione, e, via mail, un vero e proprio precetto (avviso della Presidenza del Consiglio, Dipartimento P.C.) con indicata la destinazione. Mi sono sentito chiamato dallo Stato, un vero e proprio richiamo alla responsabilità, a dare il mio contributo, una chiamata alle armi, pur timoroso per i tentativi delle persone care di dissuadermi dal partire. No, non potevo non partire per 2 motivi: 1) ho vissuto 32 anni in Piemonte; lì mi sono laureato; ho lavorato; avevo la famiglia e gli amici, quindi una scelta dovuta all'appartenenza; 2) obbligo di onorare il "Patto Infermiere-Cittadino" laddove recita "prendersi cura delle persone in qualsiasi situazione". Può o no piacere, ma, se io sono Infermiere, devo prestare il mio lavoro dove serve, non posso esimermi dal rispondere se e quando chiamato. E' un sentimento diffuso, lo si deduce dalla risposta di 8000 colleghi alla chiamata (la seconda) di 500 Infermieri da parte della Protezione civile. Sono stato scelto, mi sono sentito onorato di partecipare a questa chiamata. Ho sentito forte l'orgoglio dell'appartenenza e l'importanza di esserci".

"Tutti abbiamo sentito la forza dello Stato, l'orgoglio dell'appartenenza e l'importanza di esserci - aggiunge [Roberta Nuzzo](#)- L'Infermiere professio-

nista, abilitato dallo Stato, non può non rispondere, se chiamato. E noi, a Milano o a Torino, abbiamo scelto di supportare i colleghi, i pochi rimasti, in una situazione straordinaria, faticosa sotto tutti i punti di vista. Ci siamo stati per onorare il nostro mandato di "Professionisti della salute".

"Un esercito di Infermieri animati dalla volontà di sconfiggere il Covid 19" sottolineano Pier Davide e Roberta -Infermieri del nord-del sud-del centro, senza limiti geografici, ci siamo stati, lavorando gli uni accanto agli altri; abbiamo portato qualcosa di noi e le nostre competenze, che certamente sono servite. Abbiamo dimostrato, ancora una volta, la capacità di tenere sotto controllo le nostre fragilità e le nostre emozioni per aiutare chi ha grandi fragilità e grandi emozioni.

Oggi, più che mai, capiamo che la sanità ha molti limiti; abbiamo imparato che occorre non trasformare la soluzione del problema salute in un gioco di equilibri o di compromessi perché è in gioco la vita e la vita è una".



AUTISMO



"Autos" : se stesso

Il termine fu coniato da Eugen Bleuer nel 1908

Ma solo nel 1943 grazie a Leo Kanner e Hans Asperger venne definito come un disturbo precoce infantile, caratterizzato dall'incapacità di relazionarsi, esprimere i propri interessi e rapportarsi con il mondo esterno



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
"ALDO MORO"
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

TESI DI LAUREA

"DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO:
STUDIO DI UN CASO CLINICO"

RELATORE
Dott.ssa Carmela LACATENA

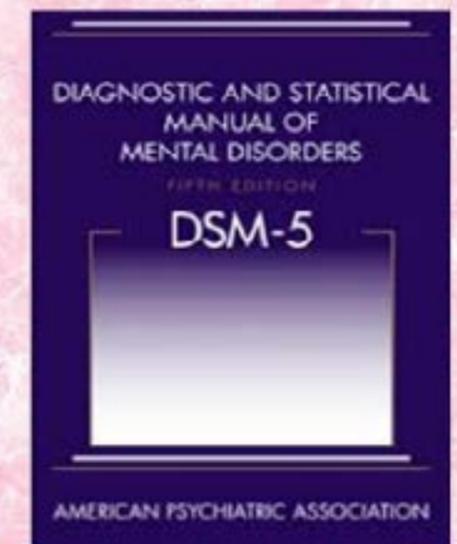
LAUREANDA
Annalisa BARONE

DSM-V

Definisce l'Autismo non più come patologia unica, ma lo racchiude in un gruppo definito "Disturbi dello spettro Autistico"



- Compromissione del linguaggio e della comunicazione
- - Deficit nell'interazione sociale
- - Interessi ristretti
- - Comportamenti stereotipati e ripetitivi





Valutare il bambino in tutte le aree dello sviluppo

Identificare degli interventi precoci

Progettare un percorso terapeutico assistenziale di tipo multidisciplinare



Scegliere il trattamento riabilitativo più idoneo

LA RIABILITAZIONE



Tecniche cognitivo-comportamentali

Focalizza la sua attenzione sullo sviluppo di abilità, comunicazione, interazione e gioco.

Ha lo scopo di ampliare il repertorio comportamentale del bambino.



Tecniche a carattere evolutivo

Utilizza l'insegnamento ed il gioco per potenziare i punti di forza del bambino.

Ha lo scopo di condurre il bambino verso l'indipendenza e l'inclusione sociale.

Centro Autismo Territoriale (CAT) a Mottola

Nasce a Taranto il 1 Aprile 2017 come struttura della ASL Taranto. E' dislocata in tre Poli su tutto il territorio

LA NOSTRA REALTÁ



COOPERATIVA LOGOS

Nasce a Taranto il 29 Aprile 2014, come punto di riferimento sia per i pazienti che per le famiglie, offre percorsi riabilitativi adeguati con interventi mirati ed efficaci



L'INFERMIERE E LA RIABILITAZIONE

La riabilitazione è un processo basato sulla collaborazione delle diverse figure professionali, atto a condurre la persona assistita verso il ripristino delle proprie funzioni vitali e della propria autonomia; ove questo non è possibile lo scopo è il miglioramento delle sue abilità al fine di autogestirsi.

Così come stabilisce il DM 739/94, l'infermiere è il principale responsabile di tale processo.



L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse, sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, fragilità e svantaggio."



Caso clinico

Daniele, 9 anni → Disturbo dello spettro Autistico associato a lieve ritardo mentale

Nell'ambito di numerosi percorsi riabilitativi è emersa un'importante differenza

Trattamenti esclusivi con gli educatori

Trattamenti che coinvolgevano i genitori

Non hanno prodotto miglioramenti ma al contrario i genitori non capivano i bisogni del bambino.

Hanno aiutato i genitori a comprendere i bisogni del bambino e ad aiutarlo verso l'autonomia.



Durante i vari percorsi riabilitativi, è stata evidenziata l'inadeguata preparazione e formazione del personale sanitario, che si è dimostrato incapace di gestire i pazienti con Disturbo dello spettro Autistico soprattutto in ambito ospedaliero.

Perchè è importante formare gli infermieri?

Inoltre durante i vari percorsi riabilitativi, è stata evidenziata l'inadeguata preparazione e formazione del personale sanitario, che si è dimostrato incapace di gestire i pazienti con Disturbo dello spettro Autistico soprattutto in ambito ospedaliero.

Perchè è importante formare gli infermieri?

Migliorare l'assistenza infermieristica

Garantire interventi idonei e specifici per tali pazienti

Facilitare l'accertamento di eventi acuti

Accrescere la propria formazione

Individuare e gestire eventuali "comportamenti problema"

In conclusione...

Dovrebbero essere garantiti spazi idonei all'accoglienza di tali pazienti, con aree dedicate soprattutto nei reparti di emergenza, dove la gestione diventa difficile

Le équipe multidisciplinari dovrebbero essere adeguatamente formate affinché sia possibile una collaborazione tra il paziente e il professionista sanitario.

L'infermiere occupa un ruolo rilevante affinché venga garantita una diagnosi precoce ed una riabilitazione di qualità ma soprattutto perchè egli attua interventi sia come professionista che come supporto alle famiglie.

La corretta pratica del lavaggio delle mani nella riabilitazione del bambino malnutrito.

Implementazione del washing hands nel progetto Rainbow dell'Associazione Papa Giovanni XXIII in Zambia



INTRODUZIONE

Il lavaggio delle mani è una pratica non ancora sufficientemente diffusa, specialmente nei paesi in via di sviluppo, pratica che nonostante la sua semplicità, può considerarsi uno strumento salva vita, essenziale per prevenire infezioni e malattie potenzialmente mortali, durante l'infanzia, per i bambini vulnerabili (1). Infatti, il corretto lavaggio delle mani potrebbe ridurre le infezioni diarroiche di oltre il 40%, mentre il tasso di infezioni respiratorie acute come la polmonite diminuirebbe di circa un quarto (2). Uno "strumento", perciò, tra i più efficaci e meno costosi in grado di interrompere concretamente quello che è da considerarsi un vero e proprio **circolo vizioso** tra la malnutrizione

Claudia Petrosino

Dott.ssa in Infermieristica, presso l'Università degli Studi di Bari, Aldo Moro

Carmela La Catena

Direttore delle attività didattiche ASL TA, P.O. SS. Annunziata, Via Bruno 1 e Scuola Sottufficiali Marina Militare -Taranto

Stefania Moramarco

Dietista, specializzata in Scienze della Nutrizione Umana, PhD in Sanità Pubblica, Fellow Researcher presso l'Università degli studi di Roma Tor Vergata, Coordinatrice del Progetto Rainbow di lotta alla malnutrizione infantile dell'Associazione Papa Giovanni XXIII

e le malattie infettive (3).

Il lavaggio delle mani diventa, dunque, un'attività integrante nella riabilitazione del bambino malnutrito, un intervento vitale per prevenire la malnutrizione infantile e la trasmissione di malattie infettive ad essa correlate, quali la diarrea e la polmonite, messo in atto mediante la **sensibilizzazione della comunità**.

Si è deciso, allora, di promuovere il miglioramento di comportamenti e pratiche igieniche nei dodici centri nutrizionali del progetto Rainbow dell'Associazione Papa Giovanni XXIII in Zambia, attraverso l'implementazione dei **10 steps to washing hands** promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

La mobilitazione della popolazione locale è un fattore cruciale alla base della sostenibilità a lungo termine di una conoscenza e una competenza, quale la corretta pratica del lavaggio delle mani, che la comunità campione, sulla quale è stato condotto lo studio, ha dimostrato di aver acquisito. Di seguito, vengono descritti gli obiettivi e le fasi del lavoro che ho realizzato, reso possibile grazie ad un tirocinio svolto nei centri nutrizionali del progetto Rainbow in Zambia, dal 5 giugno al 31 luglio 2019, supervisionato dal coordinatore del progetto Rainbow, Gloria Gozza e dalla nutrizionista responsabile dei centri nutrizionali, la dottoressa Stefania Moramarco.

OBIETTIVO

1. Ideazione di uno strumento che facilitasse la promozione della pratica sanitaria del lavaggio delle mani e la trasmissione del messaggio educativo che ne deriva.
2. Acquisizione e padronanza della pratica sanitaria da parte della supervisor e della nutrizionista locale del progetto, affinché potessero poi insegnarla, seguendo uno schema a cascata, agli operatori dei centri, ai volontari della comunità (helpers) e successivamente alle mamme dei bambini malnutriti.
3. Sostenibilità del messaggio e diffusione a lungo termine della pratica sanitaria del lavaggio delle mani come una conoscenza e consuetudine consolidata.

dine consolidata.

MATERIALI E METODI

Introduzione al Community-based Management of Acute Malnutrition (CMAM).

Il community-based management of acute malnutrition (CMAM) è un innovativo tipo di trattamento per la malnutrizione acuta infantile nato con l'intento di limitare l'accesso agli ospedali soltanto per i bambini che presentano complicanze mediche e/o mancanza di appetito, riducendo così il numero dei ricoveri ospedalieri. Il CMAM mira ad effettuare trattamenti per la malnutrizione acuta con approccio ambulatoriale, facendo riferimento alle cliniche sanitarie presenti sul territorio e a programmi nutrizionali comunitari, in maniera tale che il bambino malnutrito possa rimanere a casa durante la fase di trattamento (4). A renderne possibile l'applicabilità è stata l'introduzione del "Ready to use therapeutic food" (RUFT), un rivoluzionario cibo terapeutico pronto all'uso, ad alta densità energetica, ricco di vitamine e minerali, ideato specificatamente per trattare la malnutrizione acuta severa. Difatti, la malnutrizione acuta viene classificata in SAM (malnutrizione acuta severa) e MAM (malnutrizione acuta moderata), a cui sono destinati due tipi di trattamento.

Le componenti chiave del CMAM sono quattro:

- centri di stabilizzazione ospedalieri (stabilization center/inpatient therapeutic program-I-TP), dove vengono indirizzati i bambini la cui condizione di malnutrizione acuta è aggravata da complicanze mediche importanti. Per loro è prevista la somministrazione di latte terapeutico e cure sanitarie specifiche;
- programmi terapeutici ambulatoriali (OTP) che consistono nella distribuzione di ready to use therapeutic food e farmaci di routine per complicanze mediche semplici, destinata a bambini colpiti da SAM che non presentino però aggravamenti specialistici. Il bambino dovrà recarsi in un OTP settimanalmente per i controlli ed ulteriori forniture di RUFT;
- programmi di alimentazione supplementare (SFP), che forniscano alimenti integrativi, comprendenti cibi locali e/o farine fortificate

per i bambini affetti da MAM ma privi di complicanze mediche;

- a mobilitazione della comunità, che permette la ricerca attiva dei casi, l'identificazione precoce, l'assistenza nei centri nutrizionali, l'educazione sanitaria e nutrizionale delle madri, il follow-up dei bambini che soffrono di malnutrizione e la sensibilizzazione e la prevenzione delle ricadute.

Il Progetto Rainbow nella lotta alla malnutrizione infantile in Zambia

Nell'ambito degli SFP, il progetto Rainbow in Zambia opera nei distretti di Ndola e di Kitwe: nella zona di Ndola i centri nutrizionali gestiti da Rainbow sono 11, di cui 9 situati nelle aree urbane e 2 ubicati nelle zone rurali. Tali programmi si svolgono con cadenza settimanale, i bambini sono supportati con razioni domiciliari di farine iperproteiche fortificate con minerali e vitamine e cibo locale, mentre le mamme, o caregivers, vengono istruiti con lezioni igienico-sanitarie e di cucina. Tutti i centri vengono coordinati da operatori di piccole ONG locali e CBO (Community Based Organization), che, convogliati a professionisti del Rainbow, cooperano con strutture sanitarie afferenti ai District Health Management Teams (DHMTs), quali cliniche locali che eseguono programmi ambulatoriali terapeutici (OTP) e l'ospedale pediatrico "Arthur Davidson Children's Hospital".

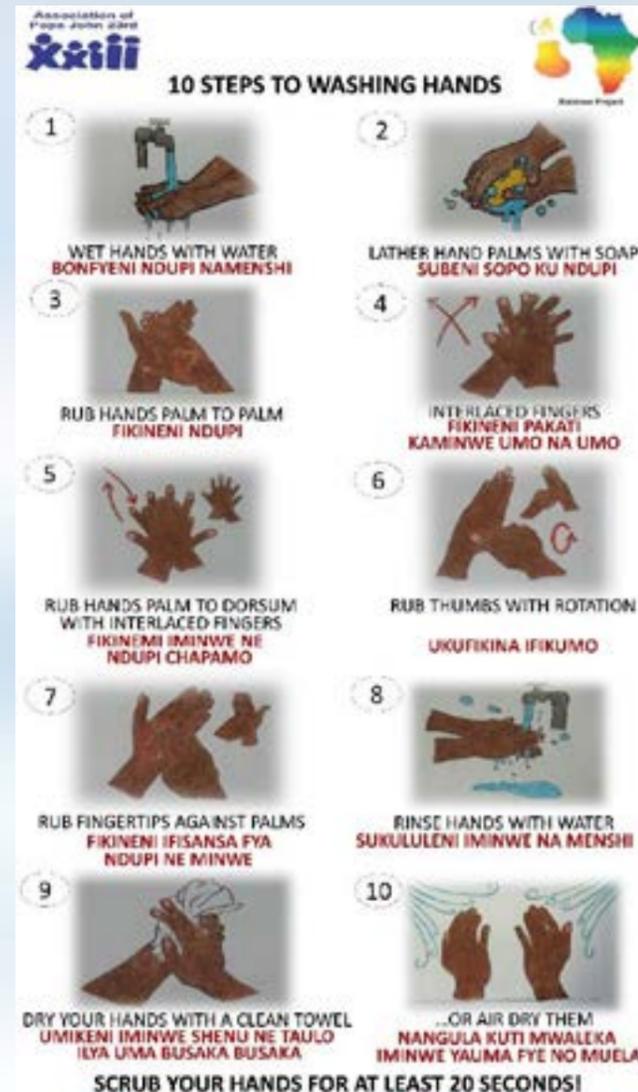
Il protocollo degli SFPs comprende, consecutivamente all'ammissione, la rilevazione dei parametri antropometrici (peso, circonferenza braccio medio superiore-MUAC, valutazione edema bilaterale), la raccolta dei dati, il *meal together* (il consumo di un pasto in loco), il supporto nutrizionale, l'educazione alimentare e igienico-sanitaria delle mamme o dei tutori dei bambini e le *home visit* (visite a domicilio).

Sulla base di queste salde fondamenta, mettendo al primo posto il coinvolgimento della comunità locale, è stata implementata come ulteriore attività nei centri nutrizionali la corretta pratica del lavaggio delle mani secondo gli steps indicati dall'OMS. Il mezzo adoperato per incentivare la diffusione della pratica sanitaria è stato un cartellone rea-

lizzato utilizzando un linguaggio semplice, considerando il contesto zambiano e i beneficiari del messaggio educativo che frequentemente hanno un'istruzione scolastica carente.

Realizzazione del cartellone

La realizzazione del cartellone è avvenuta prendendo come riferimento il poster "come lavarsi le mani con acqua e sapone?" promosso dall'OMS a sostegno della sensibilizzazione del personale



sanitario sulla corretta igiene delle mani come mezzo per salvare vite umane. (5)

Sono state realizzate 10 illustrazioni raffiguranti i passaggi in sequenza della procedura operativa del lavaggio delle mani, ognuna esplicitata da una didascalia sottostante:

1. Bagnare le mani con l'acqua
2. Insaponare i palmi delle mani con il sapone

3. Strofinare le mani palmo contro palmo
4. Intrecciare le dita
5. Strofinare il palmo delle mani contro il dorso con le dita intrecciate
6. Strofinare i pollici esercitando una rotazione su di essi
7. Strofinare la punta delle dita contro il palmo della mano
8. Risciacquare le mani con l'acqua
9. Asciugare le mani con un asciugamano pulito
10. ... o asciugarle all'aria

È stata anche evidenziata l'importanza di strofinare le mani per almeno 20 secondi!

Il poster riprodotto è stato in parte rivisitato e adattato al contesto zambiano; lavandini e dispenser per il sapone liquido hanno lasciato posto a rubinetti e saponette e le indicazioni sulla corretta pratica, sottostanti ogni illustrazione, sono state semplificate e tradotte sia in inglese che in *icibemba*, la lingua locale.

Per l'approvazione del progetto e l'autorizzazione per poter diffondere il messaggio nei centri nutrizionali ci siamo recati all'Environmental Office del Distretto Sanitario di Ndola, rivolgendoci al responsabile dell'ufficio, il quale ha revisionato la traduzione in *icibemba* e dato l'assenso affinché il cartellone potesse essere utilizzato come strumento per l'educazione delle mamme riguardo il lavaggio delle mani. Sono stati creati 12 cartelloni, uno per ogni centro nutrizionale.

Il cartellone è stato ideato e progettato con lo scopo di agire come input per gli operatori e gli *helpers* dei centri, e come mezzo di informazione per l'empowerment degli operatori, degli *helpers*, delle mamme (o caregiver) e dei bambini.

Implementazione del lavaggio delle mani

L'implementazione di questa pratica igienica è avvenuta nei centri nutrizionali del progetto; è stata integrata nelle attività del programma nutrizionale e dimostrata alle mamme prima della *cooking demonstration* (dimostrazione di cucina) per sottolineare e ricordare ulteriormente alle mamme (o ai caregivers) quanto il lavaggio delle mani sia necessario prima della preparazione del cibo da somministrare ai bambini, uno dei momenti critici

per il quale viene fortemente raccomandata medesima attività.

La metodologia utilizzata è stata quella dell'**insegnamento**, per mezzo di un cartellone raffigurante 10 steps della corretta esecuzione del lavaggio delle mani, indicati dall'OMS, alla supervisor e alla nutrizionista locale del progetto, attraverso la *training dei trainers*, procedendo con la *peer education* ovvero l'educazione tra pari, avvenuta a cascata tra la supervisor e la nutrizionista verso gli operatori dei centri, gli helpers e successivamente le mamme.

Il processo di formazione della comunità è avvenuto gradualmente: dapprima sono state formate la supervisor e la nutrizionista locale dei centri che hanno studiato il cartellone, "impadronendosi" dell'esatta pratica sanitaria. Questa è stata senz'altro la fase risolutiva dell'intero processo di formazione; solo dopo averla assimilata, facendola propria, la supervisor e la nutrizionista locale hanno potuto procedere, insegnandola agli operatori dei centri. L'esercitazione degli operatori si è svolta ogni settimana in ogni centro, in disparte alle mamme, fino a quando ogni operatore non si è dimostrato autonomo nell'esecuzione della corretta pratica di lavaggio delle mani, per poterla così insegnare alle mamme dei bambini e ai bambini stessi.

Durante la spiegazione alle mamme e ai bambini del cartellone, veniva chiesto loro di riprodurre simultaneamente i gesti corretti corrispondenti ad ognuno dei 10 steps, affinché la completa successione delle fasi potesse essere facilmente imparata e ricordata in seguito. Per accompagnare questo momento didattico, veniva intonato il testo di una canzone riguardante appunto il lavaggio delle mani, cantata in *icibemba*, la lingua locale. La canzone della durata di circa 40-50 secondi, sufficiente a combinarsi con tutte le fasi di lavaggio delle mani, è stata uno strumento importantissimo in un contesto come quello zambiano in cui l'istruzione è lacunosa e i messaggi vengono, per ciò, trasmessi attraverso canzoni, sketch ed illustrazioni, affinché i concetti educativi possano essere imparati più facilmente e restare maggiormente impressi.



Ogni settimana, in ogni centro nutrizionale, la pratica sanitaria è stata ripetuta fino a diventare un'attività integrante, consuetudinaria del progetto.

RISULTATI

I beneficiari locali del messaggio educativo, al termine della mia permanenza a Ndola, complessiva di due mesi consecutivi sono i seguenti:

- 2 supervisor;
- 11 operatori;
- 3-4 helpers per ogni centro;
- 20-40 mamme per ogni centro per ogni settimana.

L'influsso dei risultati realizzati sarà duraturo nel tempo; innanzitutto il *tool* che è stato adoperato (ossia il cartellone) sarà a disposizione di ogni centro e potrà essere fruito sempre sia dagli operatori ed *helpers* che dalle mamme neo ammesse al programma nutrizionale come promemoria, inoltre l'insegnamento e l'educazione alla corretta pratica sanitaria del lavaggio delle mani rimarrà loro come conoscenza e competenza acquisita. L'impatto è, dunque, considerevole, concorde con la prerogativa della sostenibilità a lungo termine dell'intero progetto Rainbow.

I beneficiari a breve termine (per un totale di cir-

ca 50 persone dello staff più 360 mamme/caregivers), hanno acquisito uno strumento fondamentale per la prevenzione della trasmissione delle infezioni e, di conseguenza, per contrastare l'insorgenza della malnutrizione; volendo poi stimare i beneficiari a lungo termine, il messaggio potrà essere trasmesso a circa **1000 mamme/caregivers in 12 mesi** (se consideriamo mediamente la permanenza assidua di un bambino nel programma nutrizionale per circa 3 mesi fino alla sua guarigione), **che potranno beneficiare di questo strumento salva vita per i propri figli e per ciascun componente della famiglia.**

Discussione

L'esito riscontrato al termine della mia esperienza nei centri nutrizionali del progetto è stato certo positivo.

Il training fatto ai trainers locali, partendo dalla supervisor e dalla nutrizionista del progetto, ha dato dei risultati incoraggianti e concreti; queste hanno dimostrato di aver acquisito come proprie le tecniche corrette per il lavaggio delle mani, hanno memorizzato la procedura afferrandone l'importanza, dando prova durante l'attività svolta nei centri dell'efficace insegnamento nei confronti degli operatori e degli helpers affinché assimilas-

sero anche loro l'esatta tecnica. Accurata è stata l'educazione alle mamme, le quali hanno manifestato curiosità ed interesse dando dei feedback vantaggiosi.

Il cartellone raffigurante i 10 steps si è rivelato un buon strumento, fungendo da promemoria nel luogo di lavoro per il miglioramento della pratica igienica.

Concludendo, il corretto lavaggio delle mani è uno strumento di prevenzione essenziale, efficace, semplice e a basso costo, la cui disponibilità è reale anche in contesti a risorse limitate come quelli che affrontano le famiglie zambiane.

È importante, in paesi travolti ancora oggi da fenomeni radicati quali la fame e la malnutrizione, la presenza di programmi educativi come quello promosso da Rainbow; è indiscutibile l'indispensabilità del lavoro svolto dai Supplementary feeding programmes (SFP) del progetto per la comunità come modello sostenibile di trattamento comunitario della malnutrizione infantile dei bambini al di sotto dei 5 anni di vita(6).

Questi risultati positivi fanno ben sperare, soprattutto in un momento storico come quello che stiamo vivendo oggi riguardo l'emergenza Covid-19, che il lavaggio delle mani, inteso come strumento salva vita, sia una pratica sanitaria sostenibile e,

che possa essere efficacemente esercitata per salvaguardare sé stessi e gli altri anche nei paesi in via di sviluppo.

BIBLIOGRAFIA

- (1) UNICEF - 15 ottobre, in tutto il mondo è il momento di lavarsi le mani.
- (2) UNICEF - Lavarsi le mani salva la vita. 16 ottobre 2016
- (3) UNICEF - La malnutrizione dei bambini: L'impegno dell'Unicef contro la mortalità infantile. 2012
- (4) UNICEF - Evaluation office. Global: Evaluation of Community Management of Acute Malnutrition (CMAM): Global Synthesis Report. 2013
- (5) Ufficio stampa dell'Istituto Superiore di Sanità. Lavaggio delle mani prima arma contro le infezioni. L'ISS aderisce alla giornata mondiale del 5 maggio organizzata dall'OMS. 3 maggio 2019
- (6) Moramarco S. et al. (2018). Filling the Gaps for Enhancing the Effectiveness of Community-Based Programs Combining Treatment and Prevention of Child Malnutrition: Results the Rainbow Project 2015-2017 in Zambia. Int. J. Environ. Res. Public Health.





AMBULATORIO INFERMIERISTICO

“Ho scelto di cambiare, di seguire il mio sogno, di essere vicina alle persone che hanno bisogno, di migliorare l’accessibilità e la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria da parte delle persone che versano in condizione di fragilità .

Così, nel 2012 ho aperto l’AMBULATORIO INFERMIERISTICO “NUR-SERVICE” in via Campania, zona ad alta densità abitativa e veicolare, Centro via via arricchito da altri Ambulatori” ci racconta Fiorella Saddi, Infermiera, un’esperienza ospedaliera di 35 anni, pioniera dell’Ambulatorio Infermieristico territoriale, di cui è fervente sostenitrice.

“La mia è stata una scelta, ma, anche, una sfida, oltre che la realizzazione del sogno di offrire alle persone un servizio qualificato e adeguato dal punto di vista tecnico e scientifico, nel rispetto della privacy e della dignità umana.

Essere punto di riferimento per i cittadini, che, in specie se meno gio-

vani, hanno bisogno di trovare sul territorio risposte ai loro bisogni di salute, in linea con la migliore organizzazione possibile, con professionisti preparati, è assolutamente gratificante, è dare il senso completo alla professione. Altrettanto gratificante è la possibilità di gestire il tempo, una certa autonomia professionale nei confronti del paziente e della gestione del tempo da dedicare al paziente. Come recita il nostro Codice Deontologico “Stare al letto del paziente è tempo di cura”.

Dodici anni dall’apertura, quale stato d’animo?

“L’apertura del mio Ambulatorio Infermieristico (oggi conta 6 Infermieri, Ambulatori di Ostetricia-Ginecologia, di Cardiologia e di Urologia) mi ha fatta rinascere, è stato frutto, tengo a precisare, di scelta insieme ad un discorso professionale, ovvero nato dalla volontà di esprimere il potenziale che sapevo di avere e che non ero riuscita a far venire fuori nel periodo, lungo, di esperienza ospedaliera. Certo, i primi tempi non sono stati facili, abbiamo iniziato a vedere risultati dopo 6 anni, quando all’Ambulatorio I. erano già affiancati altri Ambulatori (quale quello chirurgico), con una panel notevole di prestazioni, dall’assistenza flebo-clisi all’elettrocardiogramma, alla cardiocografia, alla gestione PEG e CVC.

L’esperienza di questi anni mi ha confermato che è necessario, oggi più che mai, creare una rete territoriale in grado di supportare il cittadino/utente anche al momento della dimissione, senza costringerlo ad un via vai debilitante. La popolazione anziana è in continuo aumento, per cui bisogna “portare” l’assistenza sanitaria là dove la gente vive, soprattutto perché aumentano le malattie croniche, in particolare quelle ad alta prevalenza, aumentano gli handicap fisici, i bisogni di prestazioni di aiuto alle persone deboli, tra le quali si annoverano bambini e giovani.

Nel sistema delle cure primarie l’ Ambulatorio territoriale rappresenta un nodo strategico, propone risposte appropriate ai bisogni di assistenza della popolazione con Ambulatori in grado di rispondere a specifici bisogni di salute della popolazione” aggiunge Fiorella Saddi.

“Certo è difficile far capire a pazienti e medici cosa è l’A.I, qualche conflitto con alcuni medici e con la mentalità di qualche dipendente pubblico, ma bisogna insistere, bisogna essere la cerniera tra medici e persone malate”.

Dott.ssa Monica Cardellicchio

Infermiera Distretto Unico

ASL Taranto

Laurea Magistrale in Scienze

Infermieristiche ed Ostetriche

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA E DEL CONTESTO DELL'INTERVENTO

La prevenzione e il trattamento del dolore rappresentano gli obiettivi deontologici più antichi della professione sanitaria. (1)

Occorre uno sforzo ampio e condiviso per rimuovere ogni ostacolo clinico/organizzativo/culturale per un'efficace prevenzione o terapia antalgica, sforzo che costituisce una particolare declinazione di quell'impegno per la difesa e della libertà dell'uomo di cui spesso il dolore costituisce limitazione o negazione assoluta.

Il dolore è un sintomo comune nella patologia oncologica pediatrica; spesso è un segnale importante per la diagnosi iniziale, un fattore sensibile nell'indicare evoluzioni positive o negative della malattia, una innegabile presenza in corso di molteplici procedure diagnostiche e/o terapeutiche e un costante riflesso di paura ed ansia per tutto quello che la malattia comporta. (2)

L'approccio al problema è certamente impegnativo e complesso, sia per la molteplicità e variabilità delle situazioni in cui il dolore si presenta, sia per le notevoli differenze che comportano diagnosi, valutazione e trattamento.

Allo scopo di avviare concreti interventi sul problema del dolore, il ministero della Sanità ha elaborato, con il Provvedimento 24 Maggio 2001, un documento tecnico di base per la stesura delle linee guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore". (3)

L'idea iniziale si ispira ad analoghi progetti internazionali e già istituzionalizzati in alcuni paesi eu-

OSPEDALE SENZA DOLORE (IN ONCOLOGIA PEDIATRICA): UTOPIA O REALTÀ?

ropei.

PROBLEMA DI SALUTE

Dal punto di vista eziopatogenetico diverse possono essere le situazioni che determinano insorgenza di dolore nel bambino con patologia oncologica:

- frequentemente il sintomo è direttamente collegato a fenomeni irritativi e/o meccanici legati alla presenza delle lesioni neoplastiche;
- il dolore è un sintomo che spesso accompagna la terapia farmacologica, radioterapia o chirurgica antitumorale (mucositi, infezioni localizzate o generalizzate, neuropatie, dermatiti da radiazioni, dolori addominali da vomito protratto, dolore postoperatorio);
- le procedure diagnostiche e/o terapeutiche costituiscono una parte importantissima nella "quota" di dolore subita nel corso della malattia oncologica (prelievi, rachicentesi, aspirati midollari e biopsie sono procedure frequenti e così cariche di dolore, ansia e paura che spesso per il bambino rappresentano uno dei momenti più drammatici della malattia).

La gestione del bambino affetto da neoplasia non può prescindere da una corretta valutazione e terapia del sintomo dolore, sintomo che, fra tutti, più mina l'integrità fisica e psichica del piccolo paziente, più angoscia e preoccupa la sua famiglia. (4)

Sebbene questo possa sembrare un concetto banale, il problema non è così semplice, poiché non vi è un rapporto diretto tra la malattia organica e l'intensità del dolore che può variare da individuo ad individuo.

Il dolore rappresenta una percezione complessa e polimorfa, un vissuto soggettivo condizionato da fattori individuali e dalle circostanze. Allo stesso tempo, il dolore rappresenta un sintomo di vitale importanza poiché ci permette di individuare la presenza di un processo patologico e di prendere provvedimenti. (5)

La sintomatologia dolorosa ha la funzione, quindi, di prevenire e limitare i danni, mettere in atto meccanismi di allontanamento dalla fonte di lesione

e far acquistare la memoria dell'evento per prevenire il contatto futuro con le possibili cause di lesione.

Attraverso la valutazione del dolore possiamo, inoltre, stabilire con maggiore precisione non solo l'evoluzione della patologia sottostante, ma anche se la terapia attuata sortisce l'effetto o meno.

Il dolore può, tuttavia, rappresentare un grave problema psichico e sociale, soprattutto quando assume criteri di cronicità.

Per molto tempo il dolore nel bambino, e in particolare nella patologia oncologica, ha ricevuto nella pratica medica e nella ricerca una atten-

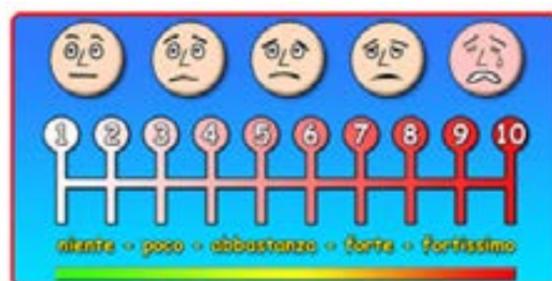


Fig. 1 Scala di valutazione analogica

zione limitata. Studi anatomici e fisiologici hanno dimostrato che il bambino sperimenta il dolore e lo stress alla stessa maniera dell'adulto e che le risposte fisiologiche alla stimolazione dolorosa possono compromettere la prognosi clinica attuale e a distanza.

CONDIZIONI DEL CONTESTO

Numerose iniziative sono state effettuate e altre messe in programma per il futuro, cercando di intervenire sul campo della formazione, della rilevazione puntuale del dolore applicando apposite scale, dell'evitamento del dolore "inutile" in tutta una serie di procedure cliniche diffuse. Occorrerebbe, pertanto, un "Ospedale senza dolore" (in oncologia pediatrica) al fine di definire l'approccio migliore al dolore nel bambino con neoplasia, approccio che deve essere in ogni caso globale, individualizzato ed efficace. All'interno di questo Ospedale senza dolore si dovrebbe nominare operativamente un Comitato composto dal Direttore sanitario, dal Direttore del Servizio di Anestesia e Rianimazione esperto in terapia del dolore,

dal Direttore del Dipartimento di Scienze Pediatriche, da un Oncologo esperto in terapia palliativa e da un Medico Chirurgo esperto in chirurgia del dolore, dal Dirigente del Servizio Infermieristico coadiuvate da tre Coordinatrici esperte dell'area oncologica (medica, chirurgica e ambulatoriale), dal Direttore del Servizio di Farmacia.

Lo scopo del Comitato è quello di:

- promuovere l'educazione continua del personale sui principi di trattamento del dolore;
- monitorare il consumo di farmaci analgesici;
- promuovere l'informazione e l'educazione dei pazienti e delle famiglie sulla gestione del dolore.

Occuparsi del dolore significa porre attenzione a un sintomo molto diffuso in ospedale e non solo, spesso trattato in modo insoddisfacente, talvolta poco controllabile.

Controllare il dolore vuol dire migliorare la qualità dell'assistenza.

Trattare il dolore è un diritto del paziente.

GLI OBIETTIVI DELL'INTERVENTO E I RISULTATI ATTESI

Definizione finalità generale del progetto

La finalità del progetto è quella di aumentare l'attenzione del personale, coinvolto nei processi assistenziali, ai pazienti oncologici pediatrici della struttura, affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore, indipendentemente dal tipo di dolore rilevato, dalle cause che lo originano e dal contesto di cura.

Alla luce di queste considerazioni si rende necessario un radicale mutamento di atteggiamenti ed atteggiamenti che deve coinvolgere non solo il personale curante ma anche i Cittadini che usufruiscono dei servizi sanitari del Paese.

Ciò implica che la rilevazione del dolore divenga costante, al pari di altri segni vitali quali la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, la pressione arteriosa, fondamentali nella valutazione clinica della persona.

Il processo di educazione e formazione del personale sanitario sarà continuo, così come l'informa-

zione e sensibilizzazione delle famiglie.

Individuazione obiettivi a medio e breve termine

- Stimare la prevalenza e l'intensità del Dolore in un largo campione di pazienti;
- valutare qual è la percentuale di pazienti trattati e i fattori che influenzano il trattamento;
- valutare la concordanza tra Dolore percepito dal paziente e Dolore valutato dal personale sanitario;
- introdurre l'utilizzo delle apposite scale e schede di valutazione;
- promuovere corsi e seminari all'interno degli Ospedali per fare cultura sul Dolore;
- sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema Dolore.

Risultati attesi

- Aumentate conoscenze del personale infermieristico e medico sulla fisiopatologia del dolore, sulle modalità di valutazione del dolore e sulla corretta gestione dei farmaci.
- Migliorate conoscenze del personale infermieristico e medico delle tecniche non farmacologiche (invasive e non) per la gestione del dolore oncologico.
- Miglioramento della qualità erogata e percepita dei servizi offerti.
- Fornire al paziente e alla famiglia strumenti conoscitivi e culturali per renderlo partecipante e parte attiva del processo di cura del dolore.

STRUMENTI

L'albero dei problemi

DESTINATARI

Il progetto è rivolto al personale infermieristico e medico di tutti i reparti di oncologia pediatrica dell'Ospedale (Oncologia, Chirurgia Oncologica e ambulatori), per un più attento monitoraggio e un più adeguato intervento terapeutico.

L'albero dei problemi



Il progetto è rivolto anche ai piccoli pazienti e familiari per un effettivo controllo del dolore.

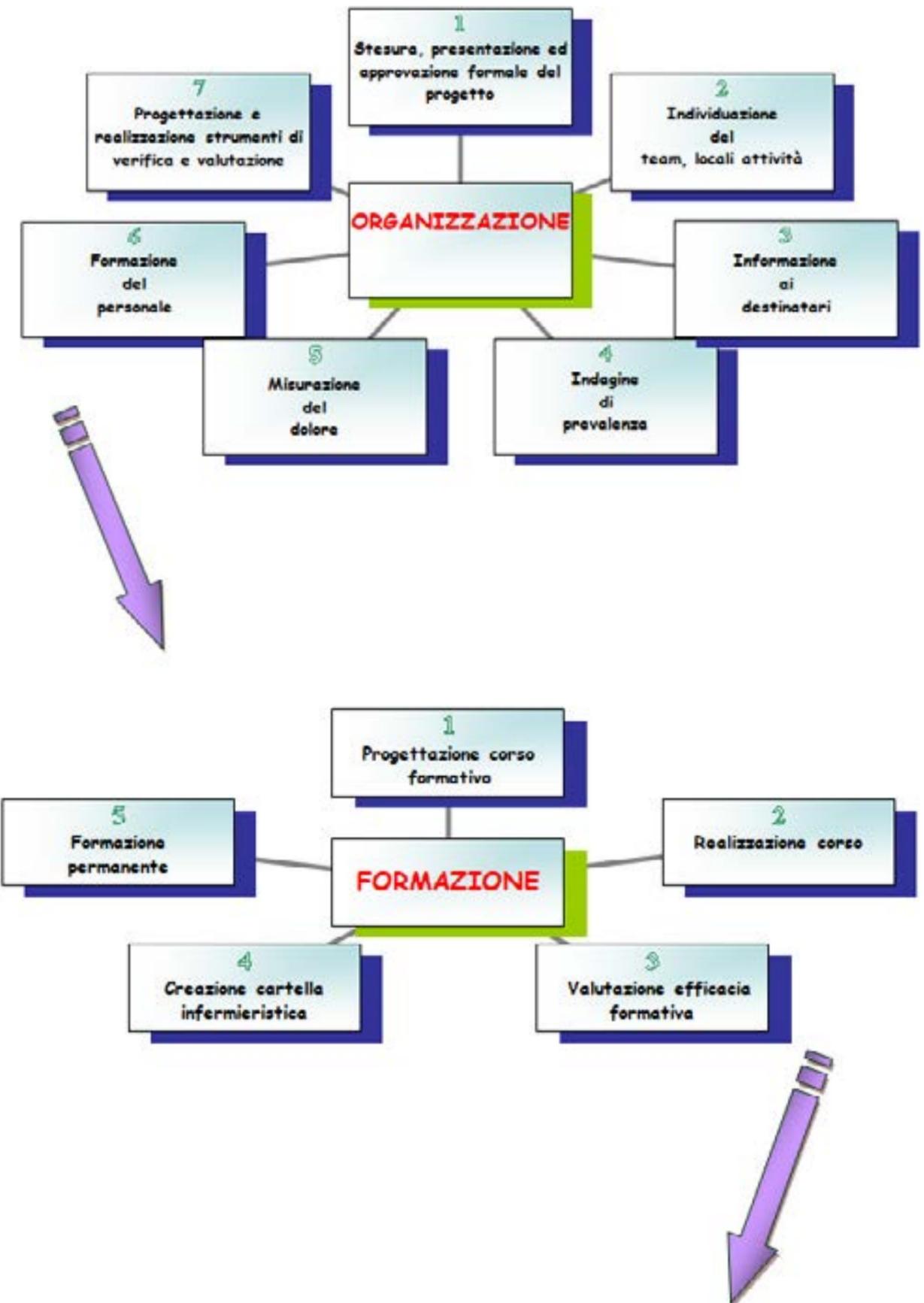
DEFINIZIONE E ARTICOLAZIONE DELL'INTERVENTO

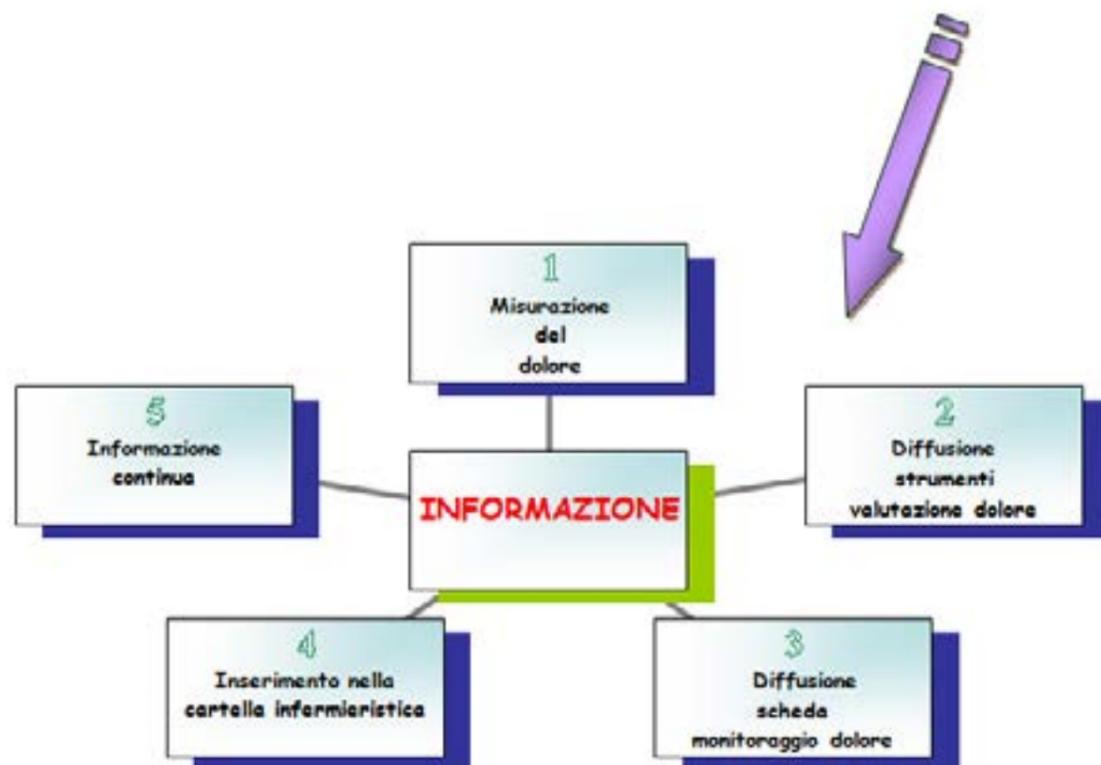
L'intervento formativo da mettere in atto ha lo scopo di modificare le attitudini e i comportamenti dei professionisti, al fine di trattare tutti i tipi di dolore oncologico nei pazienti pediatrici all'interno della struttura, fornendo al paziente e alla famiglia gli strumenti conoscitivi e culturali per renderli partecipi e parte attiva del processo di cura del dolore. Pertanto:

- l'attività di formazione del personale va rivolta agli operatori a seconda del bisogno formativo presente nelle varie aree ospedaliere;
- la formazione deve avere carattere multidiscipli-

- plinare e interdisciplinare e coinvolgere contestualmente medici, infermieri e tutto il restante personale coinvolto nei processi assistenziali;
- preparazione dei moduli formativi, in riferimento ai seguenti argomenti: le basi teoriche (concetti di neurofisiologia e tipologia) del dolore; caratteristiche e modalità di trattamento del dolore acuto; caratteristiche e modalità di trattamento del dolore cronico; concetti di farmacologia clinica, le scala analgesica dell'OMS; nozioni sull'uso degli oppioidi e della morfina; nozioni sulle modalità non farmacologiche nel trattamento del dolore; valutazione del dolore e strumenti di rilevazione; aspetti psicologici e comunicativi del paziente con dolore;
- l'attività di formazione continua rientrerà nella formazione obbligatoria e dovrà pertanto essere inclusa nelle ore di lavoro del personale;

Reticolo delle attività





- si raccomanda la consulenza dello psicologo per la redazione dei moduli formativi;
- andranno esposti nell'U.O. i modelli di trattamento del dolore.

- competenza dell'infermiere
 - informazione adeguata del malato
- La scheda di valutazione sarà compilata dall'infermiere, dai medici e dagli specializzandi, in collaborazione e sotto la responsabilità del Coordinatore e del Responsabile del Servizio Infermieristico; insieme verranno esplicitati gli esiti e miglioramenti conseguiti, e le conoscenze e competenze da migliorare.

La scheda consente di:

- valutare periodicamente la prevalenza del dolore;
- valutare il grado di soddisfazione dei pazienti;
- valutare il grado di preparazione degli operatori sanitari;
- verificare la misurazione del dolore;
- valutare il consumo di analgesici: informazione del paziente e/o familiari sui comportamenti da tenere in caso di presenza di dolore; indicazione nella lettera di dimissione della terapia da proseguire a domicilio con indicazione di tempi e modi di assunzione; consegna al paziente in trattamento con analgesici di una quantità di farmaco sufficiente per coprire il periodo di tempo verosimilmente necessario per contattare il MMG.

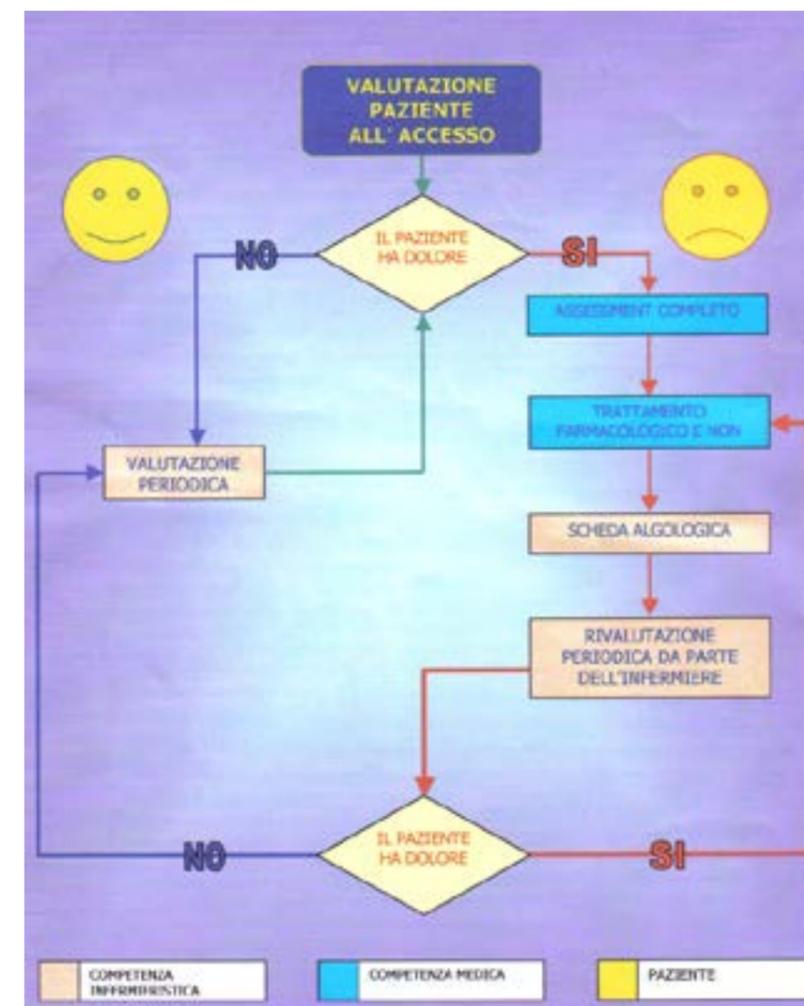
VALUTAZIONE

La valutazione ha lo scopo di verificare come il personale apprende gli insegnamenti, quali sono le competenze acquisite e il loro comportamento, quali problematiche sorgono durante il periodo di formazione.

Valutare significa far conoscere al valutato, con frequenza prestabilita, che cosa si pensa e che cosa ci si aspetta da lui, stabilire insieme obiettivi raggiungibili, controllarne insieme il raggiungimento e gli eventuali ostacoli che l'hanno impedito, e se possibile, rimuoverli.

Si è pensato di costruire una scheda per la rilevazione del dolore, al fine di valutare gli obiettivi raggiunti:

- il dolore è registrato come "quinto segno vitale"
- registrazione quotidiana
- miglioramento dell'attenzione verso il malato con dolore



CONCLUSIONI

La sofferenza fisica, che pure rappresenta soltanto un sintomo di una malattia, determina necessariamente un'alterazione della qualità di vita del malato e può condizionare la normale vita di relazione.

Tutto questo viene ovviamente amplificato quando il malato è un bambino che, talora, è incapace di esprimere, localizzare e quantificare la sua sofferenza.

Un bambino che soffre, che ha male, genera nella famiglia dei sentimenti di ansia, di angoscia, d'impotenza che determinano uno sconvolgimento dei normali rapporti domestici e uno stravolgimento della vita di tutte le persone in qualche modo a lui collegate.

La complessità della sofferenza del bambino affetto da tumore e la estrema varietà e particolarità dei suoi bisogni, porta alla necessità di costitui-

re una rete di soggetti e di strumenti necessari a contenere e soddisfare le necessità che di volta in volta si presentano all'attenzione dei sanitari.

L'efficacia e il successo del trattamento dipendono dalla collaborazione di tutti i sanitari e dalla partecipazione attenta ed attiva di tutto l'ambiente familiare che circonda il piccolo malato.

Le conoscenze raggiunte sono, a tutt'oggi, tali e tante da poter assicurare un corretto ed efficace approccio antalgico nella maggior parte delle situazioni di dolore oncologico pediatrico.

La carenza di formazione ed informazione, un diffuso retaggio culturale per cui la sopportazione del dolore rappresenta uno strumento educativo importante, la paura all'uso dei farmaci analgesici e la carenza di risorse, sono alla base di un inadeguato e talvolta assente trattamento del dolore in tutte le età pediatriche. Molto rimane da fare ed ulteriori sforzi sono necessari per modificare questa situazione.

- Costruire un Ospedale Senza Dolore è cammino molto lungo e tortuoso.
- L'Ospedale Senza Dolore è un'utopia...
- ...ma l'utopia è un'idea costruttiva verso cui tendere e...
- l'abolizione del Dolore inutile deve diventare un imperativo etico.

Gazzetta Ufficiale Della Repubblica Italiana, Serie Generale - n. 149 del 29-06-2001, normativa sull'ospedale senza dolore

Howard L. Fields: Il dolore: meccanismi di insorgenza e trattamento terapeutico, McGraw Hills 1988

Kost-Byerly S. New concepts in acute and extended postoperative pain management in children. Anesthesiol Clin North America 2002;20:115-35.

L. Gattinoni: "Midazolam: realtà e prospettive"; Intensive Care Med (1998) 6:S1.

McGrath PJ, Johnston G, Goodman JT. CHE-OPS: a behavioral scale for rating postoperative pain in children. In: Fields HL, ed. Advances in pain research and therapy. New York: Raven, 1985:395-402.

Ministero della Salute, Direzione generale dei Farmaci, "L'uso dei farmaci in Italia. Relazione anno 2003"

Pierluigi Badon, Simone Cesaro: "Manuale di nursing pediatrico", Casa Editrice Ambrosiana, 2002

Verghese ST, Hannallah RS. Postoperative pain management in children. Anesthesiol Clin North America 2005;23:163-84

BIBLIOGRAFIA

Benci L., "Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing", ed. Mc Graw Hill, 2004

C. Antonelli, Ipnosi e Dolore: aspetti integrati, Ed. Giuseppe Laterza, Bari 2003

Clara Moretto, "L'Assistenza di base in pediatria", ed. Carocci Faber, 2003

Colwell C, Clark L, Perkins R. Postoperative use of pediatric pain scales: children's self-report versus nurse assessment of pain intensity and affect. J Pediatr Nurs 1996;11:375-82.

Eberhart LH, Morin AM, Wulf H, Geldner G. Patient preferences for immediate postoperative recovery. Br J Anaesth 2002;89:760-1

Greco C, Berde C. Pain management for the hospitalized paediatric patient. Pediatr Clin North Am. 2005;52:995-1027



CIAO CARA LUCIA. VOGLIAMO RICORDARTI COSÌ

*Ciao Lucia.
Noi Infermieri
vogliamo
ricordarti così.
Grazie
per averci guidato
nei percorsi
più importanti
della nostra
crescita professionale.*



Le cure palliative del paziente oncologico



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI TARANTO

Protocollo 1509/2020

Data 31/07/2020

Agli Iscritti O.P.I. della Provincia di Taranto

Oggetto: **Obbligatorietà della PEC.**

OPI Taranto:

Si comunica ai Colleghi l'obbligatorietà della PEC (D.L. semplificazione n° 76 a compimento della Legge 185/08).

Da questo mese è operativa la sospensione dall'Albo per il professionista che non comunichi all'Ordine l'indirizzo PEC.

Si specifica che questo Ordine già dall'anno 2015 ha messo a disposizione degli Iscritti, **in forma gratuita**, con rinnovo annuale, detta PEC.

Per la conoscenza dell'iter da seguire, si prega di consultare il sito www.opitaranto.it.

In caso di necessità di informazione e supporto tecnico, rivolgersi in sede per un appuntamento telefonico o de visu.

Gli amministrativi dell'Ordine saranno a Vs. disposizione.

Cordiali saluti
La Presidente OPI Taranto
Benedetta Mattiacci



Infermiera **Dott.ssa Maria Buongiorno**
Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche **Dott. Cosimo Della Pietà**

ABSTRACT - Il tema che affronteremo in questo articolo è molto attuale ed, ahimè, sentito in molte famiglie, specie della nostra provincia Jonica. La malattia è spesso, e con molta speranza, associata all'idea di GUARIGIONE, ma ci sono malattie, come il cancro, contro cui la medicina ha intrapreso da anni una durissima battaglia, non ancora del tutto vinta. L'insorgenza di tale malattia va a rompere l'equilibrio dell'unità mente-corpo, tanto che il malato tende a percepire il corpo come una fonte di sofferenza e di insicurezza. La maggior parte delle situazioni terminali non possono essere chiuse e gestite entro schemi rigidi e standardizzati di assistenza. Infatti, per l'assistenza infermieristica l'uomo è unico ed irripetibile e pone al centro del proprio essere i bisogni del malato, quindi deve essere personalizzata. La risposta sanitaria specifica è data dal complesso delle cure palliative, che si propone di migliorare la qualità di vita e quella residua, un concetto multidimensionale che include l'aspetto fisico, psicologico, funzionale e sociale dell'individuo. Le cure palliative si fondano sulla triade malato- famiglia-équipe, all'interno di una rete assistenziale formata dal domicilio del paziente -ambulatorio- day hospital- hospice. Oggi, l'assistenza domiciliare, o cure domiciliari, possono essere definite come "un continuum assistenziale che prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie a casa del paziente, finalizzata a modificare e gestire il suo stato di malattia, evitandogli l'istituzionalizzazione". Esse si prefiggono di:

- Trattare a domicilio la patologia ed evitare ricoveri impropri;
- Permettere al paziente di migliorare la propria qualità di vita;
- Aiutare i caregivers;
- Permettere al paziente di accedere alle strutture sanitarie necessarie in caso di bisogno.

L'intensità delle cure richieste prevede la distinzione di:

- Cure domiciliari prestazionali occasionali o a ciclo programmato da MMG;
- Cure domiciliari a bassa intensità (nominate ADI di 1° e 2° livello) erogate 5 giorni su 6 giorni settimanali per 8-10 ore al dì;
- Cure domiciliari ad elevata intensità (dette anche ospedalizzazione domiciliare e ospedalizzazione domiciliare-cure palliative) erogate 7 giorni su 7 e con pronta disponibilità notturna e festiva.

L'assistenza ambulatoriale si svolge nelle strutture ospedaliere ed è destinata al malato con sintomi e grado di autonomia compatibili con l'accesso all'ambulatorio. L'ambulatorio è utile in caso di:

- Sintomatologia difficile da controllare;
- Monitoraggio della terapia palliativa;

- Esecuzione di accertamenti finalizzati al trattamento palliativo;
- Somministrazione di terapia infusionale o terapia nutrizionale.

Il day hospital è un ricovero o un ciclo di ricoveri programmati, con durata inferiore ad una giornata, caratterizzato dall'erogazione di prestazioni multiprofessionali e polispecialistiche, finalizzate a consentire l'ottimizzazione della continuità delle cure tra assistenza domiciliare, reparto di degenza e hospice. Si accede su indicazione del medico che si occupa del paziente, per effettuare prestazioni medico-infermieristiche che si preferisce non eseguire in casa.

Infine, l'hospice designa una struttura sanitaria residenziale per malati terminali. In altri termini si tratta di un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo o definitivo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle sue ultime fasi della vita con un appropriato sostegno medico, infermieristico, psicologico e spirituale. L'assistenza, che esso offre, è gratuita, ma l'accesso alla struttura avviene tramite i reparti ospedalieri o dal domicilio tramite richiesta del MMG.

Nel 1990 l'OMS definì le cure palliative come l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata e sia alla famiglia, finalizzate alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici. L'approccio palliativo ha lo scopo di migliorare i sintomi, quali il dolore, i problemi psicologici, problemi sociali, problemi spirituali, ma può anche essere utile supportare i trattamenti oncologici per migliorare la qualità di vita dei malati in terapia. Le cure palliative si concretizzano in:

- Contenimento/risoluzione del dolore e degli altri sintomi;
- Tutela dei membri deboli del nucleo familiare lungo il decorso della malattia e al decesso;
- Tutela sociale del malato e dei suoi familiari;
- Garanzia del sostegno a chi assiste (caregivers);
- Riduzione del numero e durata dei ricoveri impropri in reparti per acuti.

Il ruolo che assume l'infermiere in questi pazienti è quello di una sorta di effetto placebo che, associato a un atteggiamento amicale ed empatico, contribuisce al benessere generale della persona malata di cancro.

Il paziente in fase terminale è definito come colui che è affetto da una patologia cronica evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono, o siano sproporzionate, terapie con l'obiettivo di una stabilizzazione della malattia e/o di un prolungamento significativo della vita. In questi pazienti, ma anche nei sui familiari, comincia a farsi strada l'idea della morte come unica diretta conseguenza della malattia, una percezione psicologica legata a stati d'animo che indicano che si sta combattendo una malattia progressiva e irreversibile tale da portare all'exitus. I criteri per poter identificare un paziente in fase terminale sono: criteri nosologici, criteri prognostici, criteri terapeutici e per finire criteri sintomatologici (es. stipsi, nausea e vomito e il dolore che è il sintomo più frequente). Il dolore è un meccanismo omeostatico fisiologico che obbliga il nostro organismo ad evitare un danno o a cercare di ridurre l'entità, attraverso dei messaggi. Il dolore cronico, presente nei pazienti oncologici, specie nelle fasi avanzate e terminali, assume caratteristiche di dolore globale, legato a motivazioni fisiche, psicologiche e sociali, come evidenziato nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il dolore è un'esperienza soggettiva ed individuale. Infatti, la letteratura pone diversi metodi per valutare il dolore: autovalutazione, parametri fisiologici, comportamentali e strumentali. Questi metodi vengono attualmente declinati in rapporto al tipo di dolore, alle condizioni cliniche del paziente, all'età e alle possibilità di collaborazione. Gli strumenti, oggi disponibili, sono 3 tipi di scale di valutazione del dolore ovvero: VAS (visual analogic scale) è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore, NRS (numerical rating scale) è una scala numerica unidimensionale quantitativa di valutazione del dolore e prevede la descrizione dell'intensità del dolore, e infine, la VRS (verbal rating scale) che si basa sulla scelta del paziente di 6 indicatori verbali per descrivere il dolore. La terapia attuata per gestire il dolore può essere o farmacologica o non farmacologica. La terapia non farmacologica viene usata in associazione con la terapia farmacologica per aiutare i farmaci nella gestione del dolore. Ad esempio, abbiamo la fisioterapia attiva o passiva, la stimolazione elettrica dei nervi, l'agopuntura e le tecniche comportamentali (autoipnosi, rilassamento). Però ci sono alcuni casi refrattari alla terapia farmacologica e alla non farmacologica, casi in cui si procederà con interventi invasivi di neurolesione (chirurgica, fisica e chimica). La terapia farmacologica, proposta dall'OMS, prevede un approccio sequenziale, approvato anche dall'ASCO, con 3 gradini

- 1° gradino: prevede l'uso di FANS ± ADIUVANTI per gestire il dolore moderato;
- 2° gradino: prevede l'uso di OPPIOIDI MINORI ± FANS ± ADIUVANTI per gestire o il dolore di maggiore entità o che non risponde più ai farmaci del primo gradino;
- 3° gradino: prevede l'uso di OPPIOIDI MAGGIORI ± FANS ± ADIUVANTI ed è riservato nei casi di mancata risposta agli oppioidi minori o di dolore più grave.

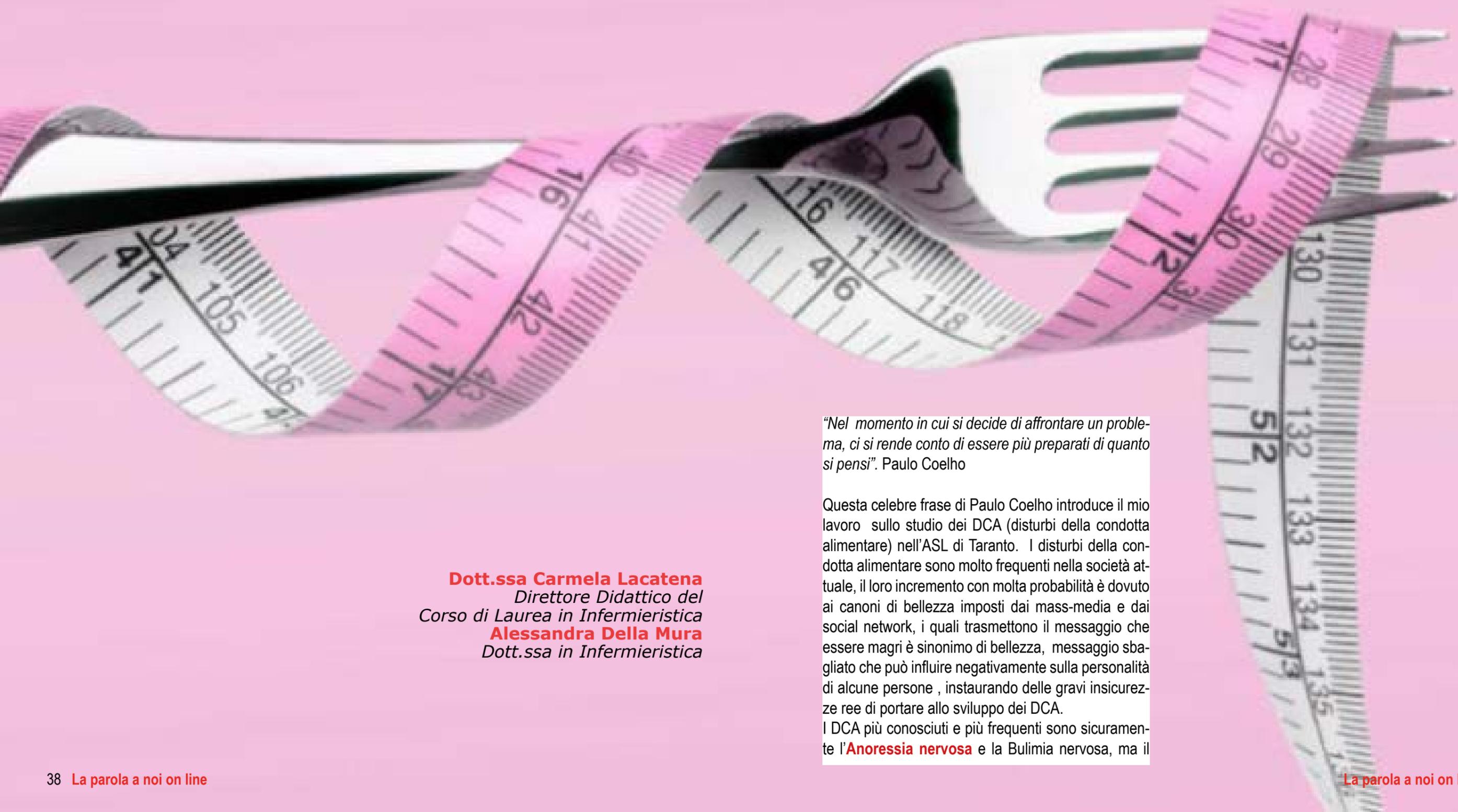
Nella rete dei servizi territoriali l'infermiere rappresenta la figura professionale con maggiore competenza per attuare la relazione di aiuto. Infatti, ha da tempo elaborato ed utilizzato propri modelli organizzativi e assistenziali che consentono di individuare, valutare e avviare a soddisfacimento i bisogni di salute della persona e della collettività, intesi in senso "globale". Un paziente oncologico può beneficiare delle cure ricevute nel proprio domicilio, sia in termini psicologici che terapeutici. Di fatto, l'ambiente familiare facilita molto l'approccio e l'accettazione della nuova condizione di salute da parte del paziente. Il processo di miglioramento della qualità dell'assistenza stessa non può limitarsi ad affrontare la sola dimensione oggettiva (aspetto tecnico-pratico), ma bisogna anche includere elementi di tipo soggettivo (aspetto relazionale-professionale). Per saggiare la percezione della qualità delle cure ricevute si è sottoposto un questionario, uguale per entrambe le assistenze, ad un gruppo domiciliare di 21 pazienti e un gruppo ospedaliero di 41 pazienti, in modo da poterne confrontare le opinioni nelle due tipologie differenti di assistenza infermieristica. Lo scopo di questo studio è quello di conoscere il giudizio dei pazienti oncologici sulle prestazioni e sull'assistenza infermieristica ricevuta nelle varie realtà assistenziali, in relazione alla qualità dell'assistenza infermieristica. Nel complesso si è visto che il trattamento domiciliare risulta riscuotere un soddisfacente successo specie se si considerano le risposte a domande cruciali per la valutazione dell'operato dell'infermiere (es. competenza professionale e modalità con cui l'infermiere svolgeva il suo lavoro). Ma, se prendiamo in considerazione le altre domande somministrate nel questionario (es. qualità di tempo di assistenza, presenza di un infermiere al bisogno, la presenza con cui gli infermieri sono arrivati quando li ha chiamati, frequenza con cui gli infermieri controllavano che lei stesse bene, disponibilità alle richieste del bisogno, ecc.), si è visto che il servizio di assistenza domiciliare è poco sviluppato, attivo a macchia di leopardo, inefficace sul piano della risposta per quei casi che necessitano di interventi multidisciplinari e a carattere continuativo. Eppure, risponderebbe ad una valida alternativa ai casi detti ricoveri impropri. Quindi, diventa auspicabile che vengano implementati i servizi di assistenza domiciliare trasformandoli in vere e proprie "ospedalizzazioni domiciliari", non più delegate all'impegno di enti ed associazioni private ma gestite in sinergia con le Aziende Sanitarie creando una rete capillare sul territorio perseguendo i seguenti obiettivi:

- Assistere i pazienti con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso improprio al ricovero ospedaliero o in un'altra struttura residenziale;
 - Mantenere i pazienti non autosufficienti al proprio domicilio;
 - Favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti;
 - Supportare i familiari ed eventualmente trasmettere competenze per un'autonomia di intervento.
- In questo modo potrebbe essere possibile migliorare non solo la qualità di vita dei pazienti ma anche ottimizzare l'utilizzo di risorse economiche pubbliche da reinvestire in ambito sanitario.

BIBLIOGRAFIA

1. Smeltzer S., Bare B., Hinkle J.: "Infermieristica medico chirurgica". Editore CEA-2010
2. Bonezzi C., Labiana R.: "La rivista italiana di cure palliative". Medica editoria e diffusione scientifica, 2010
3. Casadio M., Biasco G., Abernethy A., Bonazzi V., Pannuti R., Pannuti F.: "The National Tumor Association Foundation (ANT): a 30 year old model of home palliative care". BMC Palliative Care-2010
4. De Nicola A.: "line guida-Curare il dolore da cancro" 2009
5. Grimaldi V., Fabbrini F.: "La rivista italiana di cure palliative" 2007
6. Di Nunno P.: "Il disagio terminale" 2007
7. Magri M.: "Assistenza infermieristica in oncologia: linee guida, procedure e protocolli di assistenza" Elsevier-Masson 2007
8. Amadori D., Corli O., De Conno F., Maltoni M., Zucco F.: "Libro italiano di cure palliative", seconda edizione 2007
9. Atti del Piano Sanitario Nazionale "Linee d'indirizzo per l'assistenza al malato neoplastico grave e in condizioni di terminalità e per lo sviluppo delle cure palliative", 2006
10. Cortesi E. et Al.: "Assistenza infermieristica in oncologia. In oncologia medica pratica", Ed.: Lopez M., SEU, 2389-2396, 200

DCA NELLA ASL TARANTO



Dott.ssa Carmela Lacatena
Direttore Didattico del
Corso di Laurea in Infermieristica
Alessandra Della Mura
Dott.ssa in Infermieristica

“Nel momento in cui si decide di affrontare un problema, ci si rende conto di essere più preparati di quanto si pensi”. Paulo Coelho

Questa celebre frase di Paulo Coelho introduce il mio lavoro sullo studio dei DCA (disturbi della condotta alimentare) nell'ASL di Taranto. I disturbi della condotta alimentare sono molto frequenti nella società attuale, il loro incremento con molta probabilità è dovuto ai canoni di bellezza imposti dai mass-media e dai social network, i quali trasmettono il messaggio che essere magri è sinonimo di bellezza, messaggio sbagliato che può influire negativamente sulla personalità di alcune persone, instaurando delle gravi insicurezze ree di portare allo sviluppo dei DCA.

I DCA più conosciuti e più frequenti sono sicuramente l'**Anoressia nervosa** e la Bulimia nervosa, ma il

DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) cita altri disturbi alimentari come quello della **Pica**, il **Mericismo** e il **disturbo da binge-eating**.

La *Pica* è un disturbo alimentare caratterizzato dall'ingestione di sostanze non commestibili come la carta, il cotone o la terra. Il *Mericismo* è caratterizzato, invece, dall'ingestione di più e più volte dello stesso bolo alimentare. Il Disturbo da *binge-eating*, detto anche disturbo dell'alimentazione incontrollata, è caratterizzato dalla tendenza della persona, che ne è affetta, ad abbuffarsi di cibo almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

I sintomi dei DCA sono diversi, i più frequenti sono:

- Dieta dimagrante costante o ripetuta
- Utilizzo di lassativi
- Cambiamenti nelle preferenze alimentari
- Bassa autostima
- Sviluppo di rituali ossessivi attorno alla preparazione e al consumo di cibo
- Tendenza all'isolamento sociale
- Continua negazione della fame

Tra i segnali di avvertimento fisico invece troviamo:

- Frequenti cambiamenti di peso
- Particolare sensibilità al freddo
- Amenorrea nelle donne
- Riduzione IBM (indice di massa corporea)
- Alterazioni del cavo orale causate dal vomito
- Difficoltà di concentrazione
- Stanchezza
- In conclusione vorrei citare l'art 4 del nuovo Co-



AMBULATORIO DEI DCA DELL'ASL DI TARANTO

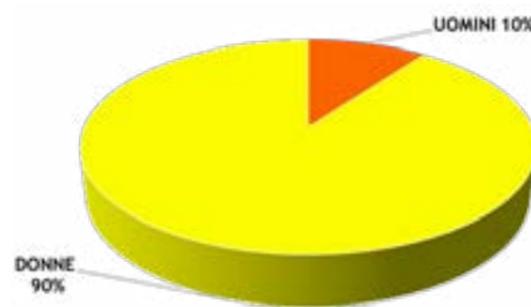
In caso di sospetto di DCA è fondamentale chiedere aiuto e non ignorare i sintomi. A Taranto è possibile chiedere aiuto all'ambulatorio dei DCA ubicato in via SANTISSIMA ANNUNZIATA, presso l'ospedale vec-

chio, al secondo piano.

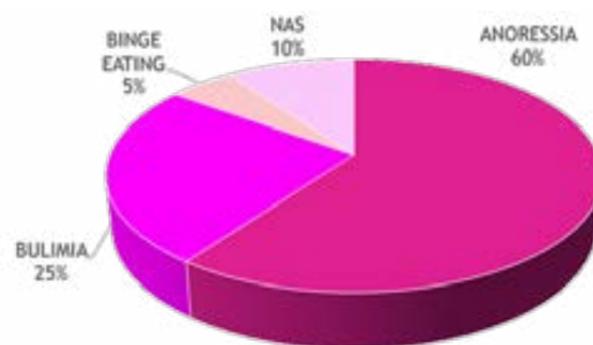
Grazie a delle ore di tirocinio svolte all'interno dell'ambulatorio dei DCA, per la realizzazione del mio lavoro di tesi ho avuto la possibilità di consultare casi clinici attraverso i quali ho realizzato grafici che indicano l'entità dei pazienti annualmente afferenti all'ambulatorio e le patologie più frequenti.

ANALISI DEI GRAFICI

Il primo grafico è stato realizzato su un campione di 105 pazienti che si sono recati all'ambulatorio nell'anno 2019. Da essi si evince come la percentuale di pazienti femminile sia nettamente maggiore rispetto a quella maschile. La fascia di età principalmente colpita è quella adolescenziale, tra i 14 e i 16 anni.

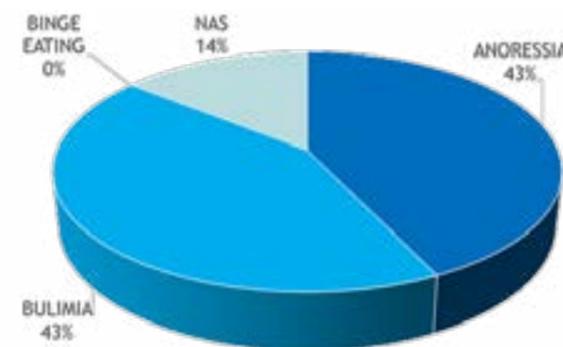


Il secondo grafico analizza, invece, le patologie più frequenti nei pazienti di sesso femminile, ed evidenzia come le patologie più frequenti siano l'anoressia nervosa con il 60% e la bulimia nervosa con il 25%. Il disturbo di binge-eating e il NAS (disturbo alimentare non altrimenti specificato) sono meno frequenti.



Il terzo ed ultimo grafico analizza le patologie più frequenti nei pazienti di sesso maschile anche se quest'ultimi rappresentano solo il 10% dei pazienti totali. Emerso che anche nei pazienti di sesso maschile le patologie più frequenti, in uguale percentuale, sono

l'anoressia e la bulimia. Non sono stati riscontrati invece casi da binge-eating e solo 2 casi di NAS.



ANALISI DEI CASI CLINICI

Un elemento fondamentale del lavoro di tesi realizzato è lo studio di due casi clinici trattati all'interno dell'ambulatorio dei disturbi della condotta alimentare dell'ASL di Taranto.

PRIMO CASO CLINICO

Il primo caso clinico è di una ragazza di 16 anni, Sara (nome di fantasia) affetta da anoressia nervosa. La paziente all'arrivo all'ambulatorio pesava circa 40 kg. Dopo un lungo percorso riabilitativo la paziente ha iniziato a manifestare notevoli miglioramenti. Il percorso è stato difficile e lungo, caratterizzato da periodi di completa adesione al trattamento e altri no. A settembre 2018, due anni dopo, la paziente è in netto miglioramento, il peso corporeo è di circa 50 kg e la paziente si trasferisce in un'altra città per proseguire gli studi universitari.

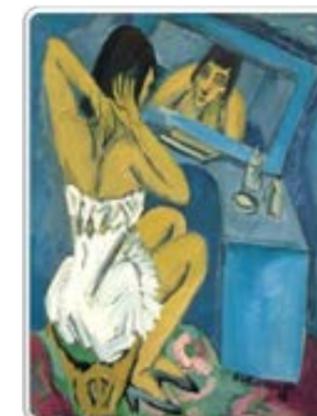
SECONDO CASO CLINICO

Il secondo caso clinico è di una donna, Federica (nome di fantasia), di 30 anni affetta da disturbo di binge-eating. La paziente, il cui peso all'arrivo è di 130 kg, si rivolge al centro dopo che le era stato negato un intervento di chirurgia bariatrica in quanto le avevano diagnosticato un disturbo alimentare. La paziente, dopo un lungo percorso riabilitativo, caratterizzato da diversi periodi negativi e di non adesione al trattamento, grazie all'équipe del centro è riuscita sia a perdere peso che a raggiungere una consapevolezza della sua condizione tanto che le viene concesso l'intervento chirurgico. Oggi la paziente è notevolmente migliorata e frequenta ancora l'ambulatorio dei DCA.



In conclusione vorrei citare l'art 4 del nuovo Codice Deontologico degli infermieri:

“Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.”



PROGETTO: ACCESSI INAPPROPRIATI AL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO. ATTIVAZIONE DI SEE & TREAT PEDIATRICO

Brunetti M. Tamara - Laporta Gaetano

Marturano Stefania - Monteleone Celeste

Zanframundo Carmen

Presidio Ospedaliero Centrale SS. Annunziata Taranto

Reparto di Pediatria

CPS Infermiere

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA E DEL CONTESTO - Dati estrapolati dalla SIMEUP mostrano che ogni anno circa 5 milioni di bambini vengono visitati nei Pronto Soccorso italiani.

Solo nel 10% dei casi si tratta di codici gialli e rossi, ovvero quelli che identificano i casi di reale emergenza e urgenza, mentre i codici verdi (le urgenze considerate minori in fase di triage) rappresentano il 60-70% degli accessi. Tra questi ultimi circa la metà può essere considerato un accesso appropriato per la necessità di escludere gravi complicanze e/o evoluzioni della malattia, mentre la restante metà è inappropriato e può creare disservizi che possono ostacolare l'assistenza a chi ne ha veramente bisogno.

Il Pronto Soccorso Pediatrico è, infatti, una Struttura che serve a fornire la prima assistenza ai bambini che necessitano di un approccio diagnostico terapeutico urgente. Importante sarebbe definire cosa non è un PRONTO SOCCORSO, al fine di disincentivarne un utilizzo improprio con tutti i problemi relativi al sovraffollamento delle strutture.

IL PRONTO SOCCORSO NON E':

- Un ambulatorio pediatrico
- Un ambulatorio polispecialistico
- La struttura preposta per approfondire aspetti clinici non urgenti o cronici
- Il luogo adibito alla compilazione di ricette e/o di certificati o l'esecuzione di prestazioni che potrebbero essere erogate presso servizi ambulatoriali

Il Pronto Soccorso non va usato per questioni di comodità, per abitudine o per evitare il pagamento di un ticket.

Ci si può chiedere come mai i genitori facciano tanto uso del pronto soccorso. Una spiegazione, riportano i pediatri, è l'ansia eccessiva, la solitudine della coppia e l'exasperata attesa di salute del proprio figlio.

A contribuire, la gratuità delle cure, l'accesso 24 ore su 24, la carenza della continuità assistenziale sul territorio.

Altro problema è il non corretto utilizzo del pediatra di famiglia, sì che il pronto soccorso si trasforma in una sorta di ambulatorio.

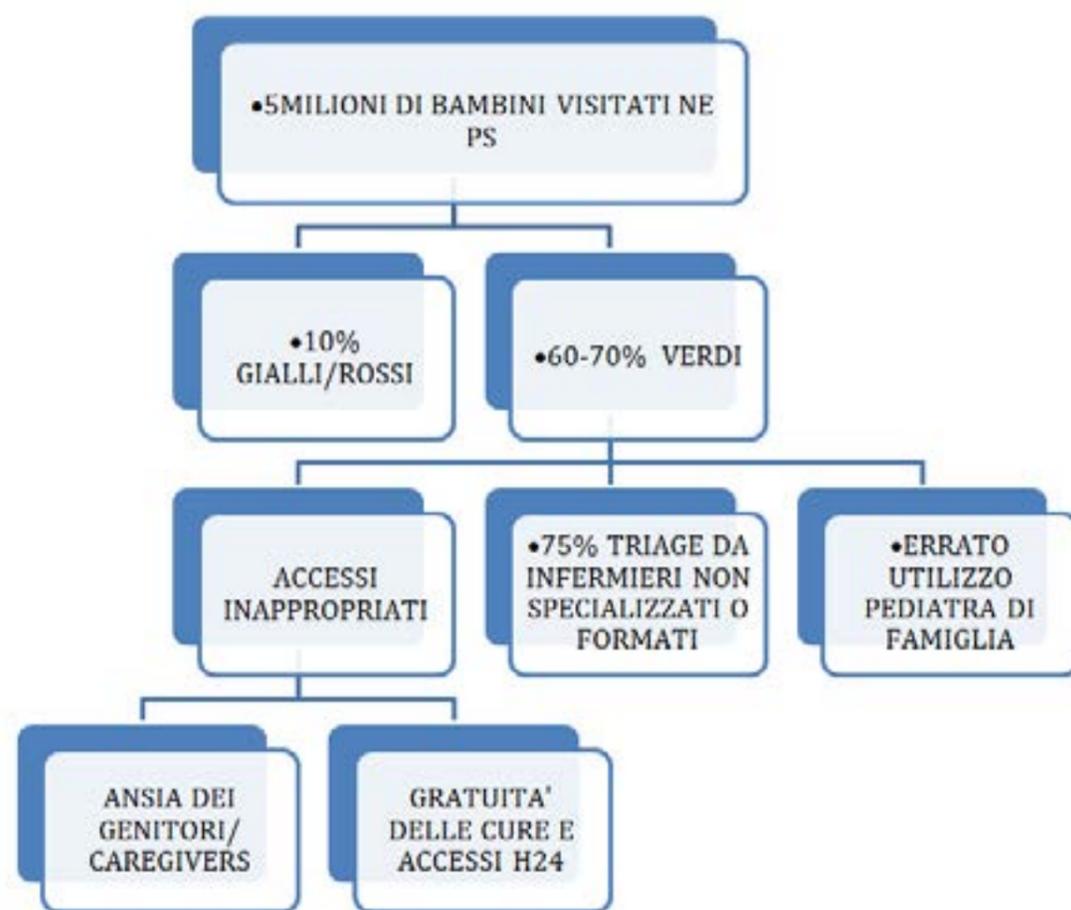
Altro nodo da affrontare quello della formazione e

dell'organizzazione.

Le quasi 450 strutture complesse di pediatria italiane si rapportano in modi diversi dal punto di vista organizzativo. Intanto i Pronto Soccorso dei grandi ospedali pediatrici visitano quasi mezzo milione di bambini all'anno, il 10 % degli accessi totali; la quota restante viene smistata negli ospedali generalisti o nei Pronto Soccorso funzionali. Un'indagine della Commissione PS della Simeup evidenzia che il 75% dei bambini è smistato nei livelli di triage, in prima battuta, da infermieri degli adulti, solo il 21% da un infermiere esperto in PS

pediatrico. Meno di un infermiere su due (42%) dei Pronto Soccorso generalisti, dedicati al triage dei più piccoli, è formato adeguatamente. Nello specifico della realtà del Presidio Ospedaliero Centrale Santissima Annunziata di Taranto, il problema dell'eccessivo ed improprio utilizzo del Pronto Soccorso pediatrico è accompagnato dal fatto che i bambini vengono accolti in locali non adatti alle fasce pediatriche né dispone di una Osservazione Breve Intensiva (OBI).

ALBERO DEI PROBLEMI



OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Finalità generale del progetto è quella di 1) ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e nel Reparto di Pediatria, riservando il percorso alle urgenze/emergenze, e 2) ridurre i tempi di attesa di accettazione/dimissione.

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

1. Assicurare una continuità assistenziale infermieristica al genitore/caregiver e al paziente

2. Coinvolgere e motivare il personale identificato nel perseguimento del Progetto

OBIETTIVI A MEDIO TERMINE

1. Migliorare la qualità di vita del bambino e dei suoi genitori/caregivers
2. Coinvolgere i genitori/caregivers in corsi di manovre salvavita pediatriche

RISULTATI ATTESI

- Riduzione degli accessi in Pronto Soccorso
- Riduzione dell'attività ambulatoriale di Pediatria "generale"
- Utenza soddisfatta delle prestazioni erogate
- Il personale dimostra una compliance positiva rispetto al servizio erogato

DESTINATARI DEL PROGETTO

- Bambini di età compresa tra 0 e 14 anni e loro genitori
- Personale del Pronto Soccorso e del reparto di Pediatria

ATTORI DEL PROGETTO

- Personale medico e Infermieristico del Reparto di Pediatria e SCAP
- Personale medico e Infermieristico del Reparto di Pronto Soccorso
- Direzione Sanitaria del P.O. Santissima Annunziata di Taranto

PROGETTO

Il progetto prevede che il suo completamento per l'avvio avvenga nel tempo di un mese con un espletamento di almeno 6 mesi per verificare i risultati attesi.

1. Fase 1 - Identificazione del problema, raccolta materiale bibliografico, identificazione degli obiettivi e risultati attesi
2. Fase 2 e 3 - Proposta del progetto alla Direzione Sanitaria per l'autorizzazione e analisi dei

costi, identificazione degli spazi necessari al nuovo servizio

3. Fase 4 - Definizione dell'organizzazione dell'ambulatorio infermieristico
4. Fase 5 - Definizione del personale assegnato all'ambulatorio infermieristico
5. Fase 6 - Formazione del personale
6. Fase 7 - Costruzione degli strumenti operativi
7. Fase 8 - Organizzazione corsi di manovre salvavita rivolti ai genitori/caregivers
8. Fase 9 - Verifica del raggiungimento degli obiettivi

FASE 1. IDENTIFICAZIONE DEL PROGETTO

In riferimento ai dati raccolti da ricerche bibliografiche utili alla progettazione dell'ambulatorio di See & Treat Pediatrico, è stato identificato il problema dell'utilizzo improprio del Pronto Soccorso.

L'obiettivo principale è ridurre ai minimi termini gli accessi impropri all'UOC di Pronto Soccorso, in modo da trasferire e gestire le urgenze minori presso l'ambulatorio See & Treat.

I risultati attesi, in termini di efficienza, sono correlati al raggiungimento degli obiettivi prefissati a medio e lungo termine, connessi alle risorse umane ed economiche messe a disposizione dalla Direzione Strategica.

FASE 2-3. STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO da definire con il coordinatore dell'U.O.

- Richiesta: Proposta del progetto agli Organi Aziendali di competenza per analisi dei costi e dei risultati attesi
- Attivazione: Dopo l'autorizzazione della Direzione dell'Azienda e avvio dei corsi di formazione mirati
- Sistemazione logistica: Identificazione spazi logistici per apertura Ambulatorio See & treat pediatrico attrezzato attiguo all'Unità Operativa di Pediatria
- Orario di apertura: tutti i giorni h 24
- Diffusione dell'informazione sul servizio: Tramite opuscoli da consegnare al PS, al Diparti-

mento materno-infantile, al front office e nelle scuole

- Verifica di gradimento: dopo ogni accesso ambulatoriale, verrà consegnato al genitore/caregiver del bambino un semplice questionario nel quale lo stesso potrà valutare il servizio offerto e presentare eventuali osservazioni o suggerimenti.

FASE 5. DEFINIZIONE DEL PERSONALE ASSEGNATO ALL'AMBULATORIO

Il personale assegnato all'ambulatorio sarà selezionato tra gli infermieri turnisti del reparto di Pediatria/Neonatologia.

Sono previsti audit del personale infermieristico coinvolto con il proprio Coordinatore, con cadenza mensile, al fine di risolvere le criticità emerse in itinere e valutare eventuali punti di debolezza del servizio.

Il coordinatore infermieristico aggiornerà periodicamente il Dirigente Infermieristico sull'andamento dei risultati.

La selezione del personale avverrà in base al possesso dei seguenti requisiti:

- Essere motivati al progetto (essere disponibili alle innovazioni)
- Possedere ottime capacità relazionali con i genitori, colleghi e pediatria
- Possedere ottime competenze teorico-pratiche
- Possedere capacità organizzative
- Aver conseguito una formazione specifica pediatrica
- Aver maturato esperienza pediatrica almeno biennale

FASE 6. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il personale infermieristico pediatrico da dedicare all'ambulatorio dovrà partecipare al corso di formazione mirato, al fine di uniformare e ampliare le conoscenze infermieristiche sui bisogni di assistenza del bambino.

Il personale dovrà effettuare:

- CORSO DI TRIAGE

- P-BLSD E MANOVRE DI DISOSTRUZIONE
- CORSO SEE & TREAT

FASE 7. COSTRUZIONE DEGLI STRUMENTI OPERATIVI

- Possibilità di accesso al sistema EDOTTO per la presa in carico e la dimissione
- Creazione di un protocollo di gestione delle prestazioni
- Scheda pediatrica aziendale sul quale riportare i rilievi infermieristici
- Altro materiale di supporto (opuscoli, libretti, ecc.)
- Questionario di gradimento

Elenco delle prestazioni da erogare

Problemi oculistici

- Protocollo congiuntivite non virale
- Protocollo corpo estraneo superficiale congiuntivale

Problemi otorinolaringoiatrici

- Protocollo rinite acuta

Problemi odonto-stomatologici

- Protocollo avulsione dente deciduo
- Protocollo odontalgia da carie destrutturante

Problemi gastrointestinali

- Protocollo stipsi

Problemi urinario-ginecologici

- Protocollo balanopostite

Problemi traumatologici

- Protocollo estrazione corpi estranei superficiali
- Protocollo ferite e abrasioni
- Protocollo pronazione dolorosa
- Protocollo rimozione amo da pesca
- Protocollo rimozione anello
- Protocollo rimozione punti di sutura
- Protocollo rottura valva gessata

Problemi dermatologici

- Protocollo stipsi
- Protocollo pediculosi
- Protocollo puntura di riccio
- Protocollo reazione cutanea da puntura animale marino

- Protocollo reazione cutanea da puntura insetto
- Protocollo rimozione zecca
- Protocollo sudamina
- Protocollo ustione da contatto di medusa
- Protocollo ustione minore
- Problemi neonatologici
- Protocollo eritema da pannolino Protocollo inerente allattamento
- Protocollo problematiche ombelico
- Problemi tossicologici
- Protocollo sospetta ingestione di sostanza conosciuta

FASE 8. ORGANIZZAZIONE CORSI DI MANOVRE SALVAVITA RIVOLTI AI GENITORI/CAREGIVERS

Questa fase prevede l'organizzazione di corsi P-BLSD e MANOVRE DI DISOSTRUZIONE per i genitori/caregivers al fine, oltre che di formare la persona ad assistere il bambino in caso di urgenza/emergenza, anche di migliorare la gestione domiciliare del bambino e di far acquisire una maggiore sicurezza al genitore/caregiver nel rispondere ai problemi di salute del piccolo.

FASE 9. VERIFICA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Sono previste due verifiche del raggiungimento degli obiettivi del progetto, a due e sei mesi dall'apertura del servizio attraverso:

- relazioni prodotte dal Coordinatore Infermieristico che dovranno contenere i risultati raggiunti e le eventuali criticità riscontrate e le potenzialità del progetto stesso;
- feedback degli infermieri coinvolti nel progetto;
- questionari di gradimento compilati dall'utenza durante l'erogazione del servizio;
- il parere del dirigente del Dirigente Infermieristico.

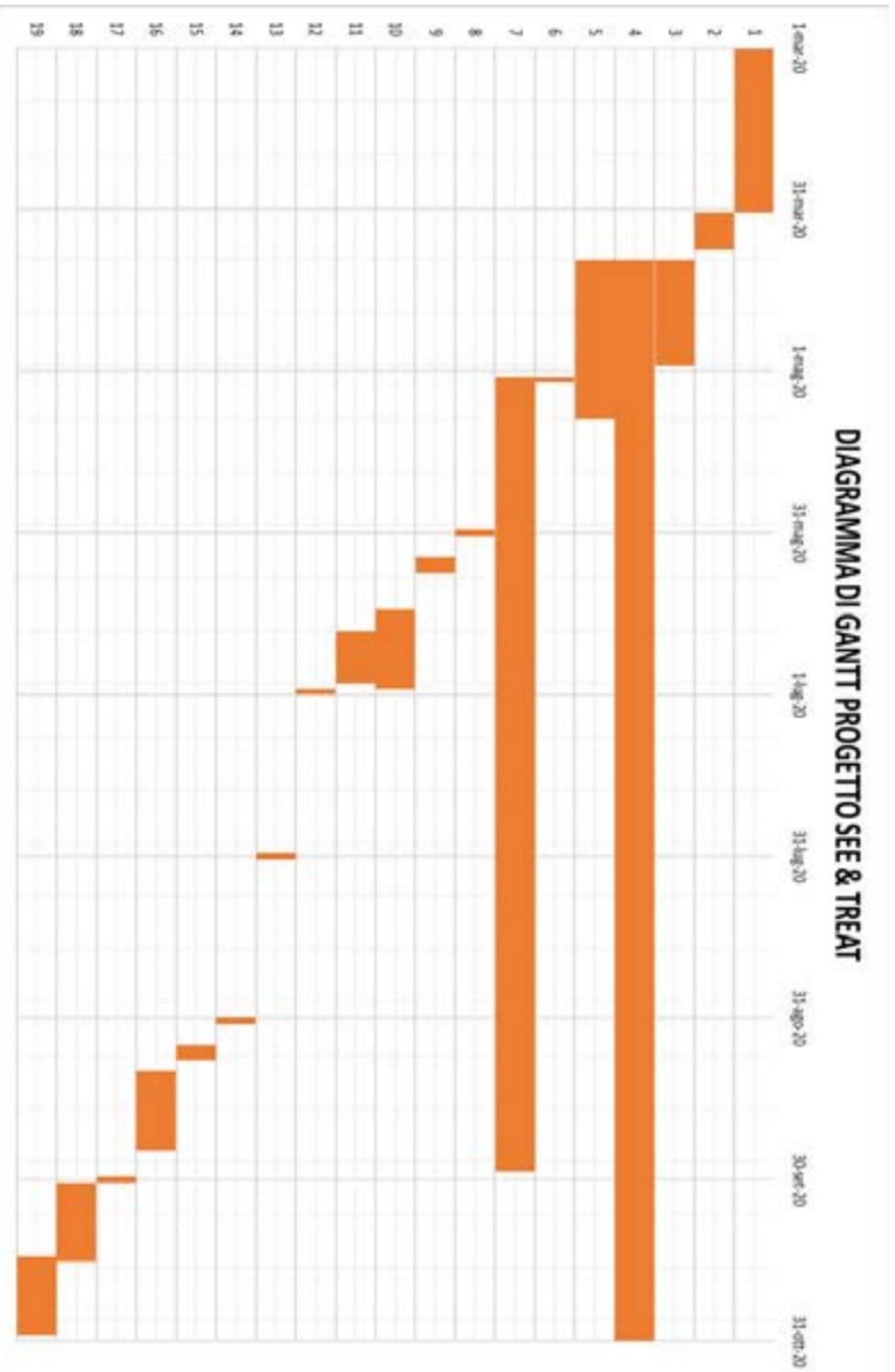
CONCLUSIONI

La realizzazione di questo progetto nasce in ri-

sposta al problema dell'overcrowding in quanto esso rappresenta uno degli aspetti più debilitanti del Sistema Sanitario Nazionale Italiano.

Sono state formulate numerose teorie sul possibile contenimento del fenomeno, la via migliore sarebbe sicuramente rivoluzionare la base dell'attuale rapporto sanità-cittadino. Fondamentali in tale direzione gli investimenti atti ad incrementare la prevenzione e le cure primarie, stimolando nella popolazione un senso di responsabilità verso la propria salute. È richiesto, inoltre, un rafforzamento delle attività del distretto socio-sanitario con la ridefinizione dei distinti ruoli professionali e con modifica del consueto iter, che porta l'utenza a rivolgersi direttamente all'ospedale. Uno dei metodi, dimostratosi più efficace in termini pratici, tangibili e concreti per la gestione dei pazienti, che si rivolgono al Pronto Soccorso per cure non urgenti, è il "See and Treat", in questo progetto dedicato all'area pediatrica. L'obiettivo del lavoro è di eseguire uno studio di fattibilità in una realtà come quella dell'ospedale S.S. Annunziata di Taranto, sede principale di riferimento della provincia. Per valutare la possibilità di intraprendere una ipotetica sperimentazione del modello "See and Treat" ci siamo basati su due aspetti chiave: la volontà del personale e l'opinione delle utenze a garanzia della riuscita del progetto, convinti che il percorso "See and Treat" possa migliorare ulteriormente l'efficienza dell'attuale servizio di Pronto Soccorso, non solo in termini di tempistiche di attesa, ma anche di qualità di cure erogate.

Esistono legittime preoccupazioni riguardanti soprattutto le problematiche gestite dagli infermieri, la formazione appropriata e la tutela medico-legale; per questo motivo un eventuale progetto potrebbe far riferimento a quello già in atto nella regione Toscana, ridefinendolo per adattarlo alle specifiche realtà organizzative in ambito pediatrico. Lo sviluppo ed il progresso sono alla base della sanità italiana che evolve sempre più velocemente; il "See and Treat" rappresenta un esempio di avanguardia in termini di efficienza di gestione dei codici minori e amplia le competenze dell'infermiere, che conferma il proprio ruolo chiave a servizio del cittadino.



DESCRIZIONE ATTIVITA'	ATTORI INTERESSATI	attiv	date inizio	durat	data fine
Identificazione del problema, raccolta dati bibliografici, identificazione degli obiettivi e risultati attesi	Gruppo di ricerca proponente	1	01/03/2020	31	31/03/2020
Proposta del progetto agli organi aziendali	Direttori, Dirigenti e Coordinatori delle UOC di Pediatria e PS, Direzione Sanitaria	2	01/04/2020	7	08/04/2020
Organizzazione dell'Ambulatorio See & Treat	Personale di UOC Pediatria e Direzione Aziendale	3	10/04/2020	20	30/04/2020
Pubblicità e diffusione dell'apertura del nuovo Servizio	Fronti office ospedaliero, UOC di Pediatria, PS e SCAP	4	10/04/2020	204	31/10/2020
Formazione del personale	Personale di UOC Pediatria	5	10/04/2020	30	10/05/2020
Attivazione del Servizio	Personale di UOC Pediatria e PS	6	02/05/2020	1	02/05/2020
Diffusione questionari di gradimento post intervento	Personale Ambulatorio See & Treat	7	02/05/2020	150	30/06/2020
Audit mensile	Personale Ambulatorio See & Treat	8	31/05/2020	1	31/05/2020
Corso di manovre salvavita	Genitori, Familiari e Care Givers	9	05/06/2020	3	08/06/2020
Valutazione obiettivi a breve termine e analisi dei costi	Personale Ambulatorio See & Treat e Gruppo di ricerca	10	15/06/2020	15	30/06/2020
Analisi dati, valutazione delle criticità e modifiche migliorative	Personale Ambulatorio See & Treat e Gruppo di ricerca	11	19/06/2020	10	29/06/2020
Audit mensile	Personale Dipartimento Materno-Infantile	12	30/06/2020	1	30/06/2020
Audit mensile	Personale Ambulatorio See & Treat	13	31/07/2020	1	31/07/2020
Audit mensile	Personale Ambulatorio See & Treat	14	31/08/2020	1	31/08/2020
Corso di manovre salvavita	Genitori, Familiari e Care Givers	15	05/09/2020	3	08/09/2020
Valutazione obiettivi intermedi e analisi dei costi	Personale Ambulatorio See & Treat e Gruppo di ricerca	16	10/09/2020	15	25/09/2020
Audit mensile	Personale Ambulatorio See & Treat	17	30/09/2020	1	30/09/2020
Valutazione e analisi dei questionari di gradimento	Personale Ambulatorio See & Treat e Gruppo di ricerca	18	01/10/2020	15	15/10/2020
Valutazione e diffusione dei risultati ottenuti	Personale Ambulatorio See & Treat e Gruppo di ricerca	19	15/10/2020	15	31/10/2020

BIBLIOGRAFIA

AAVV. Il Pronto Soccorso Pediatrico e l'Emergenza. SEE. Firenze 2003.

AAVV. Manuale Clinico delle Urgenze Pediatriche. IV Edizione, Piccin, 2003.

Benci L.: Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. McGraw-Hill, Milano 1996.

Burgio Gr, Perinotto G. Pediatria essenziale. Utet.

Callegaro S., Da Dalt L., Chiozza M.L.: La certificazione del Pronto Soccorso Pediatrico : un modello di qualità e risk management nella risposta all'urgenza. Tesi di specializzazione in Pediatria, Università degli studi di Padova, 2003.

Cardoni G, e coll. Il Triage pediatrico: Pediatria d'Urgenza, 2001, 8,13-22.

Cardoni G., Bruni S., Marrocchi A., Principi A: Triage pediatrico: attualità e prospettive del sistema e requisiti fondamentali per la sua operatività. Riv. Ital. Pediatr. (IJP): 1999;25 (Suppl. al N.5): 62-65.

Cardoni G., Fabiani E., Piccotti E.: Il Triage pediatrico. Rivista Italiana di Emergenza-Urgenza pediatrica 2006;(3): 9-44.

Cardoni G., Piccotti E., Bruni S.: Il Triage pediatrico nel PS generale. Giornale di Medicina d'Urgenza Pediatrica 1999; 1(3):33-34

Casati M.: La documentazione infermieristica, McGraw-Hill, Milano 1999.

Crevatin F.: Il Triage infermieristico in Pronto Soccorso Pediatrico. Pediatria d'urgenza 2001;18:18-22.

Da Dalt L.: L'area pediatrica nel Pronto Soccorso Generale. La formazione. Giornale di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso 1999; 1(3):43-44.

Editorial. What is health? The ability to adapt. Lancet 2009; 373: 781.

Elefanti M., Brusoni M., Mallarini E.: La qualità della sanità.

Gai V.: Triage: procedimento decisionale al servizio del paziente. Edizion Medico Scientifiche, Torino 1999.

GFT Gruppo Formazione Triage. Il Triage Infermieristico 2006:29-50.

[http://www.bma.org/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDF-QOF20_06/\\$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf](http://www.bma.org/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDF-QOF20_06/$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf). Riflessioni sul futuro dell'assistenza sanitaria di base

<http://www.simeup.it>

IRC-SIMEUP. PALS- Pediatric Advanced Life Support. Masson Italia 2008.

Lorini R, Di Pietro P. Romano C. Pediatria di Urgenza, Masson 2005.

Lusignani M., Mangiacavalli B., Casati M.: Deontologia

infermieristica, legislazione professionale, competenze specialistiche. Masson, Milano 2002.

Machteld Huber et al. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.

Marinelli M, L'etica della domanda e della risposta assistenziale nell'emergenza-urgenza. Il Pronto Soccorso Pediatrico e l'Emergenza – SEE – Acta Medica,2003.

Moretti C., Da Dalt L.: Motivazioni ed aspettative dell'utente al Pronto Soccorso. Atti " Giornata Internazionale di Pediatria d'Urgenza e Terapia Intensiva Pediatrica", Albano. Giugno 1995, pagg.34-35.

Pappagallo S., Memmini G., Borgioli M., Baggiani B., Bernardeschi M. : Il Triage pediatrico nell'ambito di un D.E.A – pronto soccorso generale: organizzazione e requisiti minimi. Riv.Ital.Pediatr.(IJP) 1999;25(Suppl. al N.5): 66-69.

Piccotti E., Barbieri M., Cantoni B., Ferrero G., Guidi B., Messi G., Quarantiello F., Zangardi T., Manuale formativo di Triage pediatrico, Biomedica 2009

Piccotti E., Cardoni G., Palazzo A.: Triage pediatrico in Pronto Soccorso: aspetti generali. Riv. Ital.Pediatr. (IJP)1999;25(Suppl al N.5): 59-61.

Piccotti E., Cardoni G.: Il Triage pediatrico: osservazioni e proposte. Riv. Ital.Pediatr.(IJP) 1999; 25:782-784.

Quarantiello F., Vetrano G., ed al. Guida ai parametri vitali e segni di allarme in pediatria. Medico e Bambino 2008; 27:441-4

Rodriguez D.: La responsabilità ed il Triage infermieristico. Scenario 1999; 16 (3): 4-10.

Rodriguez D.: La tutela del minore nella concezione dei codici deontologici del medico e dell'infermiere circa il diritto ad essere informato e ad esprimere scelte in ambito sanitario. Pediatria d'Urgenza 2000; 7 (5): 16-21.

Santullo A.: L'infermiere e le innovazioni in sanità. McGraw-Hill, Milano 1999.

Selmin F.: Il Triage come processo per migliorare l'assistenza. 4° Congresso Nazionale SIMEUP Medico Infermieristico. Orosei (NU) 26-28 Ottobre 2006.

Silvestro A., Rigon L.: Strumenti d'integrazione organizzativo-assistenziale: piani di lavoro, protocolli, procedure. Scenario1996; 13 (4):7-10.

Strutture di Pronto Soccorso per adulti e bambini – Quaderno CNETO n.1, BE-MA Ed.2005 (Traduzione dall'Health Building Note 22).

TheWorld Health Report 2008: Primary Health Care,- Now More Than Ever. Geneva:WHO, 2008.

Triage Infermieristico. II Edizione, Mc Graw-Hill 2005.

Zangardi T., Da Dalt L.: Il Triage pediatrico , Piccin, 2008.

Voce oltre confine dei pensieri e delle emozioni



Alessia Pentassuglia

Dott.ssa in Infermieristica

Dott.ssa Carmela Lacatena

Direttore Didattica CdL Infermieristica

.... Il fatto che tu non veda non significa che io non ho nulla da mostrare, ma c'è una linea che delimita un confine questo confine non lo riesco ad oltrepassare o forse sei tu che non riesci a guardarci oltreil problema potrebbe essere il pregiudizio la cosiddettacome è che la chiamano i medici ... a si stigmatu come molti potresti unire il lato oggettivo al tuo pensiero soggettivo.

Tu sei tu, lo so, ma io sono io, due pensieri, due emozioni forse diverse, ma il fatto che tu sia più bravo di me alle volte a comunicare non vuol dire che tu hai da dire qualcosa ed io no Se solo avessi lo strumento giusto, la mia potrebbe diventare...

Una voce, la mia voce...

...UNA VOCE OLTRE IL CONFINE.

Il presente lavoro prende il nome di "VOCE OLTRE CONFINE DEI PENSIERI E DELLE EMOZIONI", che in altre parole si traduce in "ti mostro ciò che non vedi".

Nasce per evidenziare l'approccio infermieristico nella disabilità psico-fisica attraverso l'arteterapia come metodo riabilitativo che utilizza strumenti il cui fine è migliorare la possibilità di guarigione, con conseguente accrescimento dell'autostima e miglioramenti di integrazione sociale attraverso un canale creatosi tra i pensieri nascosti e l'espressione degli stessi.

Infermiere come arteterapeuta: relazione possibile. Per meglio dimostrare l'affinità tra queste due figure è doveroso citare il decreto ministeriale 739/1994 che, al secondo comma articolo 2, definisce l'assistenza infermieristica anche come riabilitativa, relazionale, educativa e curativa. Assistenza infermieristica riabilitativa punto chiave che dimostra la possibilità di fondere le due figure e sulle quali l'arteterapia pone salde fondamenta.

L'Infermiere-arteterapeuta instaura una buona relazione

quando l'utente permette al professionista di entrare nella sua bolla di intimità e questo accade quando riconosce nello stesso una figura di cui potersi fidare, possibile se l'infermiere possiede elementi quali 1) l'empatia che apre un canale comunicativo, 2) l'ascolto completo che include anche l'osservazione attenta dei messaggi non verbali annessi a posture del corpo, piuttosto che espressioni facciali, 3) l'accettazione positiva completa della persona anche se essa ha credenze e valori differenti rispetto alle nostre.

Alla domanda se l'arte può curare la risposta è legata a personaggi illustri quali la psicoterapeuta MARGARET NAUMBURG, la pedagoga psicoterapeuta EDITH KRAMER, GUSTAV JUNG, e SIGMUND FROID ai quali va il merito di aver riconosciuto all'arte un valore terapeutico.

La malattia può generare arte? Sembra di sì, almeno in alcune situazioni eclatanti. Come il Caravaggio per il quale si può ipotizzare un "disturbo della personalità borderline".

L'arte diventa curativa. Infatti, un qualsiasi atto è un comportamento dove alla base vi è un bisogno, che, se non soddisfatto, crea tensione portando all'aggressività, mentre se il bisogno è soddisfatto può affievolire la tensione stessa: l'arteterapia attraverso la produzione creativa lo consente.

Per Van Gogh, considerato il pittore malato, si ipotizzò che potesse essere affetto da schizofrenia; gli furono in tutto attribuite ben trenta diagnosi psichiatriche.

Un connubio tra tecnica, espressione del proprio mondo interiore, cultura e affinità sociale.

Ma questi artisti perché avevano bisogno di esprimere qualcosa e soprattutto il prodotto finale cosa regalava loro?

A questa domanda potrebbe essere facile rispondere se si pensa che l'arte è felicità.

L'arte, infatti, durante tutto il percorso della storia dell'uomo, ha sempre avuto una grande importanza, perché è la traduzione della realtà di un tempo passato o presente, ma non solo, dato che è indice di grande espressione intima di un soggetto, quindi un modo per comunicare "per rendere felici con la proiezione di una realtà oggettiva meravigliosa".

Se il soggetto è frustrato, ovvero sottoposto a condizione di tensione, spesso non riesce ad essere creativo, ma, come abbiamo già anticipato, prima la tensione è tradotta in bisogno, e il bisogno, se soddisfatto, smorza la tensione, dimostrazione valida per capire ciò che contrariamente viene sottolineata dall'esperienza di grandi artisti che nonostante periodi difficili (basti ricordare Dante che scrisse le opere maggiori durante il periodo dell'esilio, anni per lui molto dolorosi) sono riusciti, spinti dalle forti convinzioni e dalla perspicacia fiducia in loro stessi, a



reagire al dolore attraverso l'espressione dello stesso, secondo una diversa forma, la forma dell'arte, della letteratura e tanto altro, perché mantenevano ben salda la speranza che la situazione potesse comunque cambiare. L'arteterapia si basa sulla stimolazione della ricerca del positivo dando felicità, utilizza le potenzialità inducendo stimoli rilassanti e di quiete che conferma un equilibrio emotivo che porta a organizzare creativamente i pensieri migliorando le qualità di vita.

Sono coinvolti il movimento, le percezioni, l'ambiente circostante, il sentimento, le emozioni, la comunicazione, la scoperta il proprio vissuto, elementi cui funzionamento globale è il comportamento.

La dimensione psicologica del comportamento è rappresentata dall'attività psichica che contiene tre tipi di funzioni: **conoscitiva** con acquisizione delle informazioni, **motivazionale** con riconduzione all'agire dell'uomo, **affettiva** riportata al valore che l'uomo sente.

Elementi che ritroviamo nei sentimenti ed emozioni espressi attraverso l'arte.

Questi tre livelli hanno una continua interdipendenza, possono influenzarsi e per tale ragione la sfera inconsapevole dell'inconscio influenza il comportamento cosciente, come accade nell'arteterapia dove il prodotto finale è il risultato della conduzione tra pensiero ed esecuzione pratica.

Nel laboratorio, attraverso le diverse attività creative, vengono potenziate le capacità di entrare in contatto con le proprie emozioni, poi rappresentate in una dimensione fantastica attraverso le forme e il colore, rievocando eventi piacevoli con il conseguente aumento della consa-

pevolezza, con il rinforzo dell'identità e il miglioramento del senso dei disturbi comportamentali, cognitivi e percettivi e dei livelli funzionali, sensoriali.

L'arteterapia non conta sul prodotto finale ma sul processo creativo.

Avendo un diploma d'arte, e spinto dal mio bisogno di aiuto verso gli altri, ho pensato a un progetto arteterapeutico presentato nella comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica San Giorgio di sorgente srl sita a San Vito Taranto che ha previsto un periodo di tirocinio di 32 ore di attività, suddivise in 16 incontri ognuno di 2 ore l'uno, proposto a un gruppo di 4 utenti.

Attraverso questa esperienza ho potuto constatare la validità di tale approccio con risultati sorprendentemente positivi. Personalmente ho potuto constatare come l'arteterapia crea una comunicazione tri-direzionale, uno scambio di aiuto riflesso dove il professionista emette informazioni apprese dall'utente e trasformate durante l'evoluzione del periodo arteterapeutico in risultato, prova certa su cui l'infermiere denota una soddisfazione per l'outcome raggiunto, elemento che innesca l'accrescimento dell'autostima rafforzando le relazioni e l'integrazione sociale.

Nel laboratorio, attraverso le attività creative, vengono potenziate le capacità di entrare in contatto con le proprie emozioni, che verranno rappresentate in una dimensione fantastica attraverso la forma ed il colore; inoltre è possibile evocare esperienze piacevoli con il conseguente aumento del livello di consapevolezza, il rinforzo del senso di identità e il miglioramento dei disturbi comportamentali, ma anche un miglioramento delle capacità motorie, percettive, sensoriali, cognitivi e dei livelli di autonomia funzionale.

L'arteterapia infatti, non punta sulla qualità del prodotto finale, ma sul processo creativo in sé, già terapeutico di per sé stesso. Il mio intervento mira ad illustrare 4 diversi casi in cui l'attività creativa, utilizzata come terapia, ha contribuito a migliorare i disturbi cognitivi e comportamentali.

Gli utenti hanno scelto nomi d'arte.

Clak ha 22 anni con diagnosi di disturbo bipolare non altamente specificato con ritardo mentale.

Nella fase iniziale del trattamento di arteterapia l'utente esegue disegni in pochi minuti senza mai terminarli; a causa dei disturbi comportamentali e dell'affaticabilità non riesce ad impegnarsi e si allontana dalla stanza per trovare un divano su cui riposare.

Inizialmente si denota il forte desiderio di fuggire dalla sua attuale realtà, lo dimostra il primo disegno su cui è raffigurata una corda che definisce la salita e una grata oscura che significa la fuga.



In seguito, realizza disegni che lo riconducono ai momenti felici: abbiamo l'esempio del lavoro in cui rappresenta una chiesa e gli oggetti che servono per servire messa. A fianco scrive una frase "durante la mia infanzia servivo messa poi sono arrivati i guai fumavo e bevevo troppo. Spero di superare".

Si evince un forte vuoto interiore, la consapevolezza che la sua realtà attuale è diversa rispetto a quando aveva una buona condotta.

Poi l'evoluzione nella rappresentazione di un sentimento di amore, dove lui stesso si rappresenta con in mano un palloncino a forma di cuore che libera nel cielo farlo arrivare alla sua amata che non c'è più.

In ultimo, realizza un lavoro su tela, con tecnica spugnata, affine alle sue movenze un po' limitate, dove il cambiamento si denota non solo dall'utilizzo dei colori ma dal significato dell'opera: una serratura senza chiave da cui si intravede la bandiera del suo tanto amato paese. La chiave, dice, bisogna cercarla: rappresenta il mio problema.

Violetta, 35 anni, con diagnosi di disturbo schizo affettivo. La sua prima opera è rappresentata da una gamba non tanto curata, lavoro frettoloso ma significativo: dice di aver colorato di scuro perché il suo momento è di buio; rappresenta 4 stelle: sono i suoi famigliari che brillano ma non usa colori, la stella più grande rappresenta la sorella. L'evoluzione positiva di Violetta si riconosce nei successivi lavori, si impegna nel ritrarre immagini dal vero ed apprendere le tecniche di chiaro-scuro: utilizza i colori. Il prodotto finale conferma un risultato ottimo. Violetta rap-

presenta lo stato di quiete e pace attraverso le tecniche acquisite e la sua immaginazione: una sirena che riposa sul fondale dell'oceano, al quale pensa di dare luccichio con l'utilizzo della carta stagnola: si vince il passaggio dalla tristezza alla quiete.

Albertausen 32 anni, diagnosi disturbo della condotta, mostra inclinazione per l'arte. Da subito riconosce nel progetto il suo più grande desiderio ovvero trovare un modo per far capire il suo pensiero attraverso mezzi differenti da quelli che era solito utilizzare.

Ottimi risultati si evincono dallo studio della figura umana e disegno dal vero.

L'ultimo lavoro rappresenta il suo occhio nell'universo che riesce a guardare con una visione più ampia rispetto a prima.

Casetta 36 anni con diagnosi di disturbo schizo affettivo, persona silenziosa non tanto aperta al dialogo, ma da subito attenta nell'eseguire tutti i lavori correttamente, incline a cercare il mio aiuto per apprendere le tecniche dalle proporzioni alla base del disegno dal vero. Ottiene ottimi risultati: la lavanda e il vassoio di frutta ne sono esempi. Continua ad evidenziare la sua difficoltà d'espressione e il suo blocco.

Le riconosco un po' di frustrazione e lei ammette il bisogno di mutare questa condizione, così le propongo lo studio dell'immagine in evoluzione, che prevede la mutazione di un'immagine semplice, scarna in un'immagine articolata, a dimostrazione che, se le cose sono viste da un altro punto di vista, possono risultare positive, straordinarie.

Realizza il lavoro con grande capacità espressiva.

In fine, sceglie il tema della sua ultima opera "la felicità" e su tela rappresenta tre bimbi felici a formare un trenino, ognuno tira la maglia all'altro come a sostenerlo, ma rimangono di spalle e comunque sorridono.

Il messaggio è che bisogna essere felici senza aspettarsi niente dagli altri.

Pronuncia delle frasi a riguardo, decide di scriverle sul lavoro. Eccole; se vuoi essere felice comincia ad esserlo, la felicità è una scelta ed io ho scelto di essere felice.

Vorrei ringraziare il mio Relatore Dott.ssa Carmela Lacatena, gli ospiti della Comunità SORGENTE sita a San Vito, Taranto e la Dott.ssa Maria Santantonio presidente della cooperativa suddetta e gli operatori, per aver esaudito questo mio sogno concludendo con la frase di Casetta che alla domanda come ti senti, mi ha risposto "OGGI BENE PERCHÉ HO SCELTO DI ESSERE FELICE."



Analisi e gestione del processo terapeutico: Human factor ed Errori in fase di trascrizione del F.U.T.

Dott.ssa Gilda Picci

Infermiera - Casa di cura Bernardini - U.O. Chirurgia

La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria. Secondo la definizione proposta dal *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)*, per **errore di terapia** si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevedibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente (1).

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, dunque, risulta indispensabile eludere l'insorgenza di qualsiasi problematica o evento riconducibile all'errore di terapia farmacologica, affiancando le disposizioni ministeriali, direttive e regolamenti allo "human factor" del personale medico e infermieristico, inteso quale fattore qualitativo intrinseco e determinante, capace di aumentare i livelli di sicurezza nelle operazioni routinarie di somministrazione farmacologica.

Gli errori di terapia o "ADEs - Adverse Drug Effects" racchiudono tutti gli eventi scaturiti dalla somministrazione erronea di un farmaco e che possono essere prevedibili, classificati generalmente come errori di terapia o imprevedibili "ADRs - Adverse Drug Reactions". Importante la classificazione dell'errore potenziale o "PADEs - Potential Adverse Drug effects", definito quale errore di terapia che viene eliminato in fase di valutazione preliminare da parte dell'operatore sanitario, a seguito dell'analisi e individuazione dell'errore (human factor), oppure nella meno auspicabile fattispecie di avvenuta errata somministrazione che, tuttavia, non ha prodotto alcun danno al paziente. È evidente come gli effetti indesiderati, dovuti alla errata somministrazione del farmaco, ricadano inevitabilmente sul paziente e le responsabilità in capo agli operatori sanitari coinvolti; altresì, come sia importante la ricerca di soluzioni coeve al mero dettato normativo e che incidano sulla coscienza e sulla piena consapevolezza del personale sanitario della possibilità di riduzione al minimo dell'errore di terapia farmacologica (human factor). La riduzione e la prevenzione degli errori di terapia farmacologica sono, dunque, strettamente correlati alle finalità del Foglio Unico di Terapia (ex foglio terapia, scheda di terapia, scheda unica terapia, oggi F.U.T.) e al suo corretto utilizzo durante il processo terapeutico, inteso come fase completa di gestione dei farmaci, dalla prescrizione alla somministrazione.

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, dunque, risulta indispensabile eludere l'insorgenza di qualsiasi problematica o evento riconducibile all'errore di terapia farmacologica, affiancando le disposizioni ministeriali, direttive e regolamenti allo "human factor" del personale medico e infermieristico, inteso quale fattore qualitativo intrinseco e determinante, capace di aumentare i livelli di sicurezza nelle operazioni routinarie di somministrazione farmacologica.

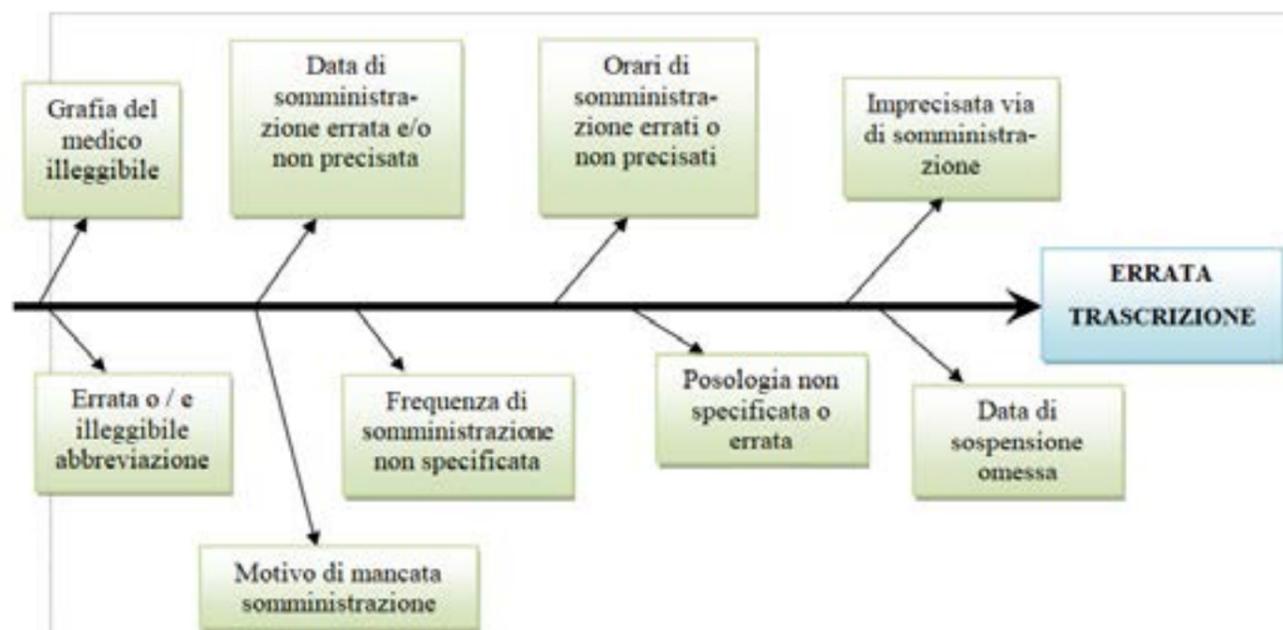
Gli errori di terapia o "ADEs - Adverse Drug Effects" racchiudono tutti gli eventi scaturiti dalla somministrazione erronea di un farmaco e che possono essere prevedibili, classificati generalmente come errori di terapia o imprevedibili "ADRs - Adverse Drug Reactions". Importante la classificazione dell'errore potenziale o "PADEs - Potential Adverse Drug effects", definito quale errore di terapia che viene eliminato in fase di valutazione preliminare da parte dell'operatore sanitario, a seguito dell'analisi e individuazione dell'errore (human factor), oppure nella

meno auspicabile fattispecie di avvenuta errata somministrazione che, tuttavia, non ha prodotto alcun danno al paziente. È evidente come gli effetti indesiderati, dovuti alla errata somministrazione del farmaco, ricadano inevitabilmente sul paziente e le responsabilità in capo agli operatori sanitari coinvolti; altresì, come sia importante la ricerca di soluzioni coeve al mero dettato normativo e che incidano sulla coscienza e sulla piena consapevolezza del personale sanitario della possibilità di riduzione al minimo dell'errore di terapia farmacologica (*human factor*). La riduzione e la prevenzione degli errori di terapia farmacologica sono, dunque, strettamente correlati alle finalità del Foglio Unico di Terapia (ex foglio terapia, scheda di terapia, scheda unica terapia, oggi F.U.T.) e al suo corretto utilizzo durante il processo terapeutico, inteso come fase completa di gestione dei farmaci, dalla prescrizione alla somministrazione.



Dell'intero processo particolare attenzione è rivolta alla fase di trascrizione della terapia dalla cartella clinica al Foglio unico di Terapia, in quanto più esposta al verificarsi di errori.

Diverse le cause che, durante la fase di trascrizione, potrebbero condurre ad un Adverse Drug Effects (ADE), tra questi: errori di copia del nome del farmaco sulla scheda di terapia, della forma farmaceutica, della dose, della frequenza di somministrazione e di ogni altra informazione relativa alla terapia. Partendo dall'errore individuato è possibile il coinvolgimento del team infermieristico in brainstorming, ad esempio, sulla base del diagramma di Ishikawwa, come sotto riportato, al fine di circoscrivere le cause che lo hanno determinato.



Dal diagramma emergono tutte le potenziali cause e, di conseguenza, gli errori che ciclicamente possono essere perpetrati, durante la fase di trascrizione della terapia farmacologica dal documento medico a quello infermieristico:

- Grafia del medico incomprensibile: la leggibilità infatti è una delle prime condizioni per la comprensione di ciò che è scritto;
- Via di somministrazione non specificata: spesso infatti lo stesso farmaco può avere diverse vie di somministrazione;
- Errata abbreviazione e/ o omessa abbreviazione;
- Data, ora, numero di somministrazione non specificato;
- Eventuale data di sospensione omessa;
- Posologia non specificata e/ o omessa.

L'analisi e la gestione delle problematiche, connesse agli errori di errata trascrizione, devono essere improntate al miglioramento delle performance operative, in termini di riduzione del margine di errore e, allo stesso tempo, di sviluppo di processi schematici, che consentano un'immediata reazione e una risoluzione proattiva del problema, ad esempio mediante l'utilizzo di check list allegate al singolo F.U.T.

STEP	CHECK	SI	NO	AZIONI DA INTRAPRENDERE
1	È COMPRESIBILE LA GRAFIA DEL MEDICO?			CONTATTARE MEDICO PER REVISIONE F.U.T.
2	È SPECIFICATA LA VIA DI SOMMINISTRAZIONE?			CONTATTARE MEDICO PER REVISIONE F.U.T.
3	È RINTRACCIABILE LA FIRMA DEL MEDICO O DEI MEDICI CHE SI SONO OCCUPATI DELLA PRESCRIZIONE DI TERAPIA?			CONTATTARE IL MEDICO PER REVISIONE DEL F.U.T.
4	È SPECIFICATA LA DATA DI INIZIO E FINE DI SOMMINISTRAZIONE?			CONTATTARE MEDICO PER REVISIONE F.U.T.
5	È SPECIFICATA LA POSOLOGIA?			CONTATTARE MEDICO PER REVISIONE F.U.T.

Dall'analisi di quanto su riportato è evidente come lo *human factor* incida positivamente durante l'intero processo di trascrizione, partendo dall'individuazione dell'errore sino alla fase finale della gestione e ricerca di soluzioni; tuttavia, un'ulteriore riduzione degli errori connessi nella errata trascrizione dalla cartella clinica al F.U.T. è plausibile mediante una trasformazione in digitale della documentazione sanitaria e l'introduzione di server aziendali e piattaforme sharing, atte alla connessione real time Team medico-Team infermieristico della struttura, al fine della gestione del F.U.T. digitale, chiaro e intellegibile, che consentirebbe l'introduzione dell'innovativa firma digitale.

BIBLIOGRAFIA | "La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico" Glossario, Ministero della Salute, 2006 - I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente: Scheda Unica di Terapia - L'infermiere e le innovazioni in sanità: nuove tendenze e strumenti gestionali McGraw-Hill A.Santullo - La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali | **SITOGRAFIA** | www.salute.gov.it - www.infermieriattivi.it - www.nursetimes.org - www.ministerodellasalute.it

(1) National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention – NCCPMERP

RELAZIONE DELLA PRESIDENTE:

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI ANNO 2020



Buon pomeriggio colleghi, grazie per la vostra presenza. Appena la nr. Federazione ha ricevuto l'autorizzazione dagli uffici della Presidenza del Consiglio in merito alle assemblee degli Organi sussidiari dello Stato, il nr. Consiglio Direttivo ne ha deliberato l'esecuzione. Eravamo già pronti per il canonico marzo 2020. L'incontro odierno consentirà l' completamento di tutte le attività dell'Ordine, che come sempre attende da Voi suggerimenti, proposte, spunti di riflessione per continuare su quella strada della crescita che, da sempre è il nostro obiettivo, per la conoscenza piena del ruolo e dei compiti del nuovo Infermiere, per la conoscenza dei suoi ambiti professionali, che spaziano dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali...ed altre.

Parliamo anche dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità che ormai come sapete è Legge dello Stato.

Vogliamo, sempre, il senso dell'appartenenza, anche nei momenti difficili come quello che stiamo vivendo, nelle difficoltà che si presentano e...sono tante. L'emergenza COVID ha evidenziato limiti e carenze, ma, anche, la grande professionalità dei colleghi impegnati in prima linea.

E' in questi frangenti che non possiamo esimerci dal fare emergere il meglio, le nostre idee, le nostre conoscenze per andare avanti, per affermare il ruolo di coprotagonisti delle trasformazioni e dei bisogni sanitari, che propongono grandi sfide. Sfide che noi siamo in grado di sostenere, di vincere, mettendo in campo le peculiarità del "Nuovo Infermiere" del nuovo modello di Infermiere, in grado di lavorare con competenza avanzate rivenienti dalla ricerca, dalla clinica, tanto per fare un esempio. Oggi siamo in una fase di riprogettazione necessaria dopo la Pandemia e da quanto può ancora accadere se non verranno rispettate le regole imposte. Intanto il momento è critico e non possiamo stabilire a priori quanto potrà essere fatto dal punto di vista formativo.

Noi come rappresentanti dell'Ordine abbiamo il dovere di recepire gli input, valorizzando ed ampliando le competenze degli Iscritti anche attraverso la interiorizzazione del Nuovo Codice Deontologico frutto della collaborazione di più professionisti di formazione diversa, che, nel Codice, hanno riversato le loro peculiarità, disegnando il Nuovo Infermiere. Continueremo a diffonderne la conoscenza come avevamo già iniziato. Ricorderete infatti che è stato presentato a voi tutti e alle autorità Cittadine nel settembre 2019. Il Codice in maniera più dettagliata sarà ancora oggetto di un corso online autorizzato da AGENAS come corso residenziale, ma con date da definirsi secondo la disponibilità della docente.

Preciso che già in data 06 luglio c.a. siamo ripartiti con il corso "Come formulare un piano di assistenza: accertamento, diagnosi infermieristica, NOC, NIC. - online" rivolto a 30 partecipanti. Corso che ha riscosso un grandissimo interesse anche se con questa nuova modalità. Ed anche in questa occasione abbiamo ripreso alcuni articoli del Codice.

Il nostro continua ad essere un impegno a 360° e ve ne abbiamo sempre dato atto non solo in termini di contenuti, ma anche, di tutela dell'immagine per la quale siamo chiamati ad essere molto attenti.

Con i Consiglieri in questi mesi abbiamo continuato a perseguire la valorizzazione della professione seppure in lockdown, mentre l'ufficio amministrativo ha sempre svolto, a tamburo battente, in loco, quanto di competenza per le iscrizioni all'Albo dei Neo-laureati provenienti dalle Università del territorio Italiano e degli Infermieri Militari che sono stati immediatamente inviati nelle zone cosiddette "rosse" dove imperversava il COVID-19 ed era perciò necessaria la presenza di più personale infermieristico. Abbiamo cercato di non tralasciare nulla: c'è stata, ove richiesta, un continuo confronto con i colleghi che hanno chiesto consulenza professionale rispetto

ai DPI e alla organizzazione del lavoro in genere. Sono stati intensificati i rapporti con le Istituzioni Regionali e Nazionali.

In videoconferenza ci siamo interfacciati più volte con il Consiglio Nazionale per definire insieme strategie di intervento e di sostegno alle famiglie degli Infermieri deceduti per il contagio da Coronavirus e siamo intervenuti sempre con modalità a distanza a incontri sul futuro della Sanità organizzati da più Enti Istituzionali. Ma, mentre venivano giustamente e correttamente osannati per la mole di lavoro c'era comunque chi giocava al ribasso nei nostri confronti tentando di:

- portare il compenso giornaliero dei colleghi impegnati nella Task-force con una somma minore rispetto a quella dei medici;

- ridurre il numero dei docenti universitari da 5 a 3 inserendo i medici ospedalieri all'interno degli insegnamenti nei Corsi di Laurea in Infermieristica.

L'Agenda di parere tecnico (ANVUR) ha tentato sinché ha potuto di giocare al ribasso.

E' intervenuto il Ministro Speranza che dopo l'intervento della F.N.O.P.I ha firmato il Decreto 82/20 con una sua diretta assunzione di responsabilità;

- La nascita della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità: anche qui abbiamo dovuto attenzionare le nostre Provincie perché sono scese in campo molte forze esistenti nel territorio, poiché l'avvento di questa figura scombina una intera compagine.

Dunque grande fermento in continue videoconferenze.

Pari impegno nella nostra provincia per la distribuzione di mascherine donate dal Ministero della Salute, dalla F.N.O.P.I. e dalla Protezione Civile agli Infermieri di RSA e libero professionisti.

Abbiamo fatto le prime consegne a Infermieri libero professionisti e Cittadella della Carità. Nei prossimi giorni speriamo di poter concludere la distribuzione.

Il nostro impegno anche nei confronti dei nostri concittadini meno abbienti: abbiamo acquistato generi alimentari e igienizzanti per 30 famiglie meno fortunate e donati alle Caritas Diocesane della Parrocchia di S. Francesco da Paola e della Cattedrale di S. Cataldo.

Non abbiamo fatto mancare il nostro sostegno ai colleghi donando presidi sanitari alla farmacia della ASL/TA e non da meno il giorno delle Sante Palme abbiamo fatto giungere a tutto il personale impegnato nei reparti COVID, comprese le postazioni 118 della provincia, un pensiero "dolce". Non siamo mai stati fermi.

Il proseguo della mia relazione annuale mi impone di illustrare il percorso formativo già realizzato nel 2019:

- **Strumenti metodologici della ricerca infermieristica qualitativa NBN**
- 17 e 24 giugno 2019
- 8.4 Crediti ECM

Poster for the event "STRUMENTI METODOLOGICI DELLA RICERCA INFERMIERISTICA QUALITATIVA NBN" held on June 17 and 24, 2019. The poster features the logo of the Italian Association of Nurses (OPI) and lists the following details:

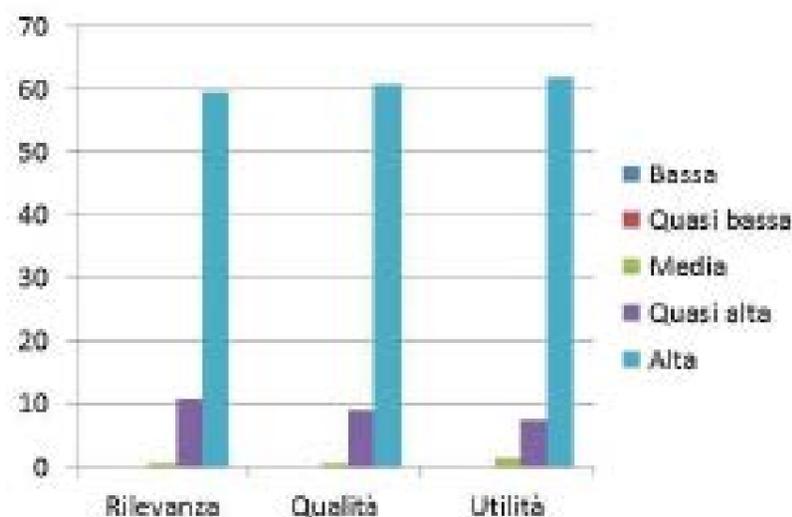
- Event number: 5082
- Credits: 8.4 Crediti ECM
- Dates: 17 GIUGNO 2019, h. 14.00-20.00 and 24 GIUGNO 2019, h. 14.00-20.00
- Locations: 17 GIUGNO 2019, h. 14.00-20.00 at the University of Bari (Bari) and 24 GIUGNO 2019, h. 14.00-20.00 at the University of Bari (Bari).

- **Corso avanzato rivolto agli Infermieri e agli Infermieri Pediatrici «Nuove frontiere infermieristiche: cosa bolle in pentola»**
- Dal 13 Maggio al 19 Luglio 2019
- 50 Crediti ECM

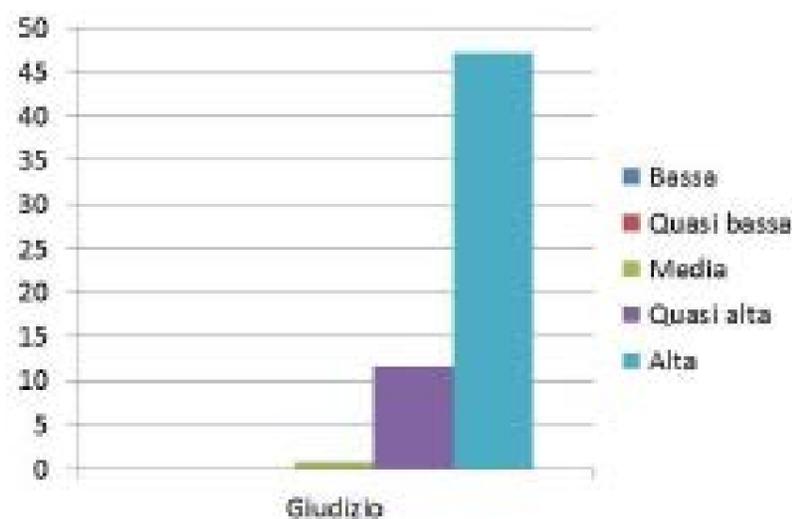
Poster for the advanced course "Corso avanzato rivolto agli Infermieri e agli Infermieri Pediatrici «Nuove frontiere infermieristiche: cosa bolle in pentola»" held from May 13 to July 19, 2019. The poster features the logo of the Italian Association of Nurses (OPI) and lists the following details:

- Event number: 5085
- Credits: 50 Crediti ECM
- Dates: Dal 13 MAGGIO al 19 LUGLIO 2019
- Location: Bari

La vostra opinione su eventi 2019



La vostra opinione sull'Ordine



Ma non termina qui il nostro lavoro, abbiamo costruito alleanze con i Cittadini, con le Associazioni di volontariato, con le Scuole, con l'ASL, con la Regione Puglia e d'abbiamo confermato:

- il protocollo d'intesa con l'Associazione "ALZAIA" – Centro antiviolenza donne;
- la collaborazione con la sezione provinciale TDM;
- la collaborazione con il Comitato consultivo misto;
- la collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione organizzando la "Giornata della prevenzione" svoltasi nel mese di Novembre 2019 e dedicata alla Vaccinazione antinfluenzale che ha visto nella Arcivescovo di Taranto Mons. Filippo Santoro, il primo vaccinando;
- in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere abbiamo realizzato un book fotografico. Un inciso, per quest'anno 2020 ricorrendo il bicentenario della nascita di Florence Nightingale, pioniera della nostra professione. Le manifestazioni si sarebbero dovute incentrare nella sola città di Firenze. L'emergenza COVID ha modificato i programmi;
- abbiamo concesso il patrocinio O.P.I. Taranto a Enti ed Associazioni e laddove invitati siamo stati ben lieti di esserci;
- abbiamo mantenuto i contatti con la Regione Puglia per attivare il Master "Infermiere di Famiglia e di Comunità" cercando di anticipare i tempi e trovarci pronti; in fatti oltre ad una relazione dettagliata abbiamo inviato all'Assessore alla Formazione Dott. Leo anche un progetto mirato, particolareggiato che avrebbe dovuto essere materiale di confronto con l'Università di Bari.

A tutt'oggi sono aperte le consultazioni, vero è che meno di due settimane fa abbiamo avuto in incontro con il Senatore Mario Turco.

Per il 2020 avevamo formulato già da dicembre 2019 il nostro programma formativo, infatti abbiamo fatto in tempo a organizzare:

- **Pianeta ECM:**
Potenzialità e opportunità
- 24 e 25 Gennaio 2020
- 6 Crediti ECM



Giornate della solidarietà organizzate dall'OPI di Taranto Consegna alimenti nelle parrocchie di San Francesco Di Paola e Cattedrale San Cataldo Taranto



Ci siamo dovuti fermare, ma abbiamo ripreso il 06 luglio con la replica di:

- **Come formulare un piano di assistenza: accertamento, diagnosi infermieristica, NOC, NIC**
- 6 Luglio 2020
- 6 Crediti ECM

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

6 Luglio 2020, h. 14.00-20.00

Maximiliano Ruffini (Università della Basilicata) per la metodologia della ricerca

14.00-14.15	Presentazione dell'argomento
14.15-14.30	Apertura del servizio ECM
14.30-14.45	Introduzione: Prof. PIERLUIGI PASTOR - Presidente Ordine Infermieri - Taranto
14.45-15.00	Accertamento infermieristico: Inferenza (Cognitiva)
15.00-15.15	Accertamento infermieristico: Inferenza (Emotiva)
15.15-15.30	Accertamento infermieristico: Inferenza (Comportamentale)
15.30-15.45	Accertamento infermieristico: Inferenza (Sociale)
15.45-16.00	Accertamento infermieristico: Inferenza (Culturale)
16.00-16.15	Accertamento infermieristico: Inferenza (Relazionale)
16.15-16.30	Accertamento infermieristico: Inferenza (Etica)
16.30-16.45	Accertamento infermieristico: Inferenza (Spirituale)
16.45-17.00	Accertamento infermieristico: Inferenza (Ecologica)
17.00-17.15	Accertamento infermieristico: Inferenza (Economico)
17.15-17.30	Accertamento infermieristico: Inferenza (Politico)
17.30-17.45	Accertamento infermieristico: Inferenza (Giuridico)
17.45-18.00	Accertamento infermieristico: Inferenza (Filosofico)
18.00-18.15	Accertamento infermieristico: Inferenza (Religioso)
18.15-18.30	Accertamento infermieristico: Inferenza (Antropologico)
18.30-18.45	Accertamento infermieristico: Inferenza (Linguistico)
18.45-19.00	Accertamento infermieristico: Inferenza (Letterario)
19.00-19.15	Accertamento infermieristico: Inferenza (Artistico)
19.15-19.30	Accertamento infermieristico: Inferenza (Scientifico)
19.30-19.45	Accertamento infermieristico: Inferenza (Tecnologico)
19.45-20.00	Accertamento infermieristico: Inferenza (Medico)

Eventi in gruppo:
16.30-17.00: Conoscenza di sé: percorsi individuali di autovalutazione e di gruppo
17.00-17.30: Conoscenza di sé: percorsi individuali di autovalutazione e di gruppo
17.30-18.00: Conoscenza di sé: percorsi individuali di autovalutazione e di gruppo
18.00-18.30: Conoscenza di sé: percorsi individuali di autovalutazione e di gruppo
18.30-19.00: Conoscenza di sé: percorsi individuali di autovalutazione e di gruppo
19.00-19.30: Conoscenza di sé: percorsi individuali di autovalutazione e di gruppo
19.30-20.00: Conoscenza di sé: percorsi individuali di autovalutazione e di gruppo

Evento N. 3093
6 Crediti ECM
Scienze Infermieristiche
Ospedale

Evento organizzato dall'OPI di Taranto e dalla Università della Basilicata
Pubblicato dall'OPI Taranto



Parrocchia San Francesco di Paola
PP. Minimi
Via Regina Elena 61, 74123 Taranto
TEL 099/4533990

All' Ordine Professioni Infermieristiche
di Taranto

Perché io ho avuto fame e mi avete dato da mangiare, ho avuto sete e mi avete dato da bere... ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (Mt 25,35-40).

Carissimi, è con queste Parole della Sacra Scrittura, che desidero ringraziare tutti voi, anche se con molto ritardo, per i preziosissimi viveri che avete donato e che responsabilmente sono stati devoluti a 10 famiglie diverse. I pacchi sono stati consegnati personalmente e desidero comunicarvi la indicibile gioia e i ringraziamenti di queste persone, che disagiate per il difficile periodo di pandemia, hanno potuto tirare un respiro di sollievo nelle feste di Pasqua. Colgo l'occasione, a nome della Parrocchia di San Francesco di Paola ed insieme a tutti i membri della nostra Caritas parrocchiale, di ringraziare ciascuno di voi non solo per questi doni abbondanti, ma anche per la vostra professionale testimonianza che in questi mesi offrite attraverso il dono di voi stessi. Grazie perché senza alcuna "Paura" spendete la vostra vita tra le tantissime situazioni di angosciosa sofferenza. Vi benedico con le stesse parole del nostro Santo Fondatore San Francesco di Paola, il quale salutandovi la numerosa gente che lo andava a trovare, la benediceva con questa espressione: Vi accompagni sempre la Grazia di Gesù Cristo benedetto che è il più grande e il più prezioso di tutti i doni.

Taranto 2/07/2020



Il Parroco
[Signature]

Convenzioni 2020

OPI Taranto

Studio di nutrizione umana

Dott. Andrea Urso

Biologo Nutrizionista Dietista

Per l'anno 2020 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), hydrokinesiterapia integrata all'hydri-fisio; ginnastica posturale (back school, pilates, patologie della colonna, pammorfismi e dismorismi del rachide), massoterapia, linfodrenaggio, rieducazione funzionale.

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

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione (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 2020

OPI Taranto

Convenzione Yachting Club

Prezzi convenzionati per iscritti OPI Taranto



SERVIZI	GIORNALIERO		MENSILE		STAGIONALE	
SUMMER 2019	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 presente 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'indirizzo 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.

ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI TARANTO



Protocollo 1520/2020

Data 01/08/2020

Presidente Regione Puglia
Dott. Michele Emiliano
presidente.regione@pec.rupar.puglia.it

Direttore Generale ASL Taranto
Avv. Stefano ROSSI
direttoregenerale@asl.taranto.it

Direttore Sanitario ASL Taranto
Dr. Vito Gregorio COLACICCO
direttoresanitario@asl.taranto.it

Oggetto: **Comunicazioni.**

OPI Taranto

Nel frangente attuale in cui Lei è oggetto di critiche, ci corre l'obbligo di esprimere il pensiero della professione infermieristica che sperava nell'inclusione, tra i candidati di un dirigente delle professioni infermieristiche invece escluso senza alcuna motivazione, così come si evince dagli atti pubblicati e in palese contrasto con la normativa sulla "Trasparenza degli atti" (in altre realtà territoriali tra i Direttori di distretto si annoverano anche gli Infermieri!).

Ci preme comunque affermare, la necessità di attenzione al territorio, con figure di alto profilo e competenze che rappresentando il meglio della conoscenza e competenza, possano far decollare la Sanità territoriale evitando il ricorso improprio ai Presidi Ospedalieri.

Avremmo ritenuto necessario la individuazione di soggetti con esperienza pregressa delle "Cose" del territorio e delle competenze dei distretti i cui ambiti territoriali comprendono Cittadini con problematiche molteplici che vanno dal campo medico a quello infermieristico nonché chirurgico, psicologico, riabilitativo e ... potremmo continuare.

A nostro modesto avviso, la scelta del Direttore di distretto, sottolineiamo, deve essere ragionata e rapportata ai bisogni di salute dei Cittadini appartenenti a quel distretto.

Ci piacerebbe conoscere il pensiero del Direttore Sanitario dell'ASL di Taranto Dr. Colacicco esperto conoscitore dei problemi che affliggono tutto il nostro territorio.

Auspichiamo comunque per il prossimo futuro maggiore trasparenza e maggiore meritocrazia.

Distinti Saluti
La Presidente O.P.I. Taranto





ORDINE E NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Percorsi paralleli per la crescita professionale

11 SETTEMBRE 2020, h. 14.00-20.00

12 SETTEMBRE 2020, h. 08.30-14.30

Evento erogato *in modalità distanza*

In accreditamento
4.2 Crediti ECM

Quota

GRATUITO

Modalità

Evento erogato *in modalità a distanza*

Destinatari

Infermieri **70** - Infermieri Pediatrici **10**
Riservato Iscritti OPI Taranto

Iscrizioni

On Line, sito web: www.opitaranto.it
A partire dal 17 agosto 2020 h. 09.30