

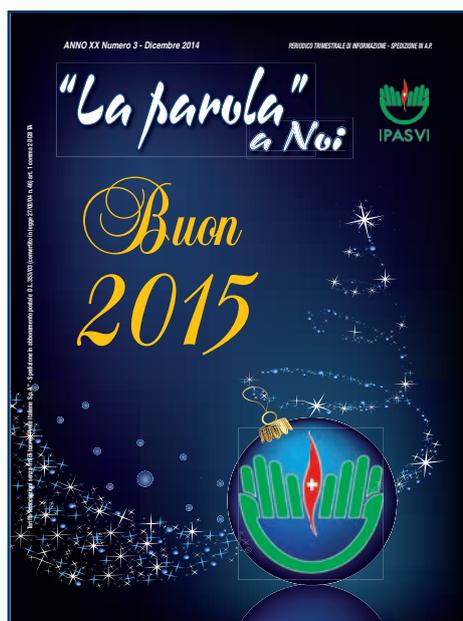
"La parola" a Noi



Buon 2015

Tariffa Associazioni senza fini di lucro - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/03 (convertito in legge 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 2 DCB TA





Editoriale	Pag. 3
Lettera aperta	» 4
La pratica del Nursing narrativo: applicazione di un modello nell'assistenza	» 5
Alimentazione: ruolo dell'infermiere	» 12
Il ruolo dell'infermiere nella gestione dell'obesità infantile	» 14
Nuovo patto della salute 2014-2016: riflessioni all'interno del 9° Forum Risk Management	» 16
Ebola/AIDS affrontare l'emergenza	» 21
La più brutta storia della nostra Taranto: l'inquinamento	» 23
Natale in corsia	» 28
Biblioteca Nefrologia: lettura come diritto universale	» 30
Diario di una dottoressa con la padella	» 31
Programma Scientifico	» 35

Comitato di Redazione

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

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale
e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato:

Benedetta Mattiacci
Silvia Marcadelli
Andrea Urso
Maria Carmela Bruni
Bellucci Emma
Gerardo Mecca
Natalina Segoloni
Gianni Vico
Viviana Nosella

Fotocomposizione e stampa
Stampa Sud spa - Mottola (Ta)
www.stampa-sud.it

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



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Collegio IPASVI
Via Salinella, 15
Tel. 099.4592699 - Fax 099.4520427
www.ipasvitaranto.it - info@ipasvitaranto.it

orari di apertura al pubblico
lunedì - mercoledì - venerdì
9,00- 12,00
martedì 15,00 - 17,30
venerdì 17,00 - 19,00

AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito.

Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.

In copertina immagine della Litoreana di Taranto.

Benedetta Mattiacci
Presidente Collegio IPASVI



Ancora un triennio insieme all'insegna del "fare" per la crescita e per la valorizzazione della professione, ma, anche, all'insegna del cambiamento non solo di nomi e persone, bensì di idee e programmi, tarati, come sempre, sui bisogni e sulle richieste degli iscritti, tra i quali moltissimi neo laureati avvicinati al Collegio, alle sue attività, che non si riducono ad un corso per 20 persone, ma consistono in una serie di corsi su competenze avanzate. Il Consiglio Direttivo non si è inventato, non si inventa nulla, lavora per gli Infermieri come suggeriscono gli infermieri. Ovviamente quelli che sanno dell'esistenza delle attività del Collegio, del lavoro del Collegio, della interazione del Collegio con istituzioni e con società civile in genere. Nel passato abbiamo lavorato, e tanto, per fare uscire la professione dalla zona d'ombra in cui sembrava relegata e dal vassallaggio ad altre professioni, facendo crescere orgoglio e consapevolezza di ruolo e competenze. Non è stato facile, troppe le resistenze ed i contrasti, anche all'interno della stessa professione, forse per timore dei cambiamenti. *"La paura del cambiamento qualche volta è sintomo di prudenza, ma spesso è indice di una sorta di vigliaccheria nel non voler affrontare i problemi"* (Sergio Chiamparino, Presidente della Conferenza delle Regioni).

Ma crescita c'è stata!

Il Collegio è entrato nel novero, nei consessi comuni delle professioni, con pari dignità, proponendosi come difensore e promotore della salute e dei cittadini, destinatari delle conoscenze e competenze, motore del nostro impegno, in una realtà sanitaria locale complessa, ai limiti della sostenibilità economica del sistema per l'altissima incidenza di malattie legate allo stress ambientale (dalle neoplasie, con tre nuovi casi al giorno di tumori, alle allergie, alle patologie respiratorie), alle patologie cardio-vascolari, alle fragilità dell'età avanzata; in una realtà che richiede interventi continui del tavolo locale per la salute, nel quale si dibattono le criticità acute dalla spending review, che

- di fatto ha bloccato il turn over del personale sanitario, ovvero ha cancellato il ricambio generazionale, da cui non già risparmio per la sanità bensì situazioni abnormi, quale l'aumento del costo medio del personale per il pagamento di straordinari (anche festivi e notturni), retribuiti in base agli accordi integrativi aziendali, o, peggio, quale l'obbligo di recupero ore, impossibili da ottenere per mancanza di personale. Di fatto si genera stress emotivo, psicofisico, relazionale oltre che rischio per l'abbassamento della soglia di attenzione;
- ha penalizzato i già compromessi modelli organizzativi, aumentando i costi sanitari e per una prevenzione insufficiente e per un incremento della migrazione passiva, che ha fatto "arricchire" le regioni già ricche a scapito delle più povere, queste in cui l'erogazione dell'assistenza sanitaria è mediata dalle "conoscenze";
- ha costretto la popolazione infermieristica a cercare altrove quel lavoro che Taranto, il sud in generale, non riesce ad offrire, sbilanciando il rapporto "bisogno di salute-offerta di professionalità".

Altro fallimento annunciato, la mancanza, a livello nazionale, di un metodo unico nella scelta dei vertici aziendali, nella formulazione dei Piani Sanitari Regionali e dei Piani di Riordino, nella mancata individuazione dei bisogni del territorio e nelle risposte, nell'eccesso di rinuncia ai servizi sanitari, altrove, magari nella stessa regione, esistenti.

Dobbiamo, noi Infermieri, adoperarci per il cambiamento a tutti i livelli, nazionale, regionale, locale, isolando i venditori di fumo ed i profeti del nulla, portabandiera di promesse impossibili, illogiche per il ruolo e la funzione di un Collegio, privilegiando i portatori di idee innovative e costruttive, di risposte adeguate alle domande di salute, di proposte di crescita intellettuale e lavorative. Bisogna costruire non demolire.

La critica è il sale della vita, ma le espressioni dispregiative, calunniose, talvolta utilizzate, dimostrano qualunque cosa e scarso rispetto per i ruoli.

LETTERA APERTA AL DIRETTORE GENERALE DELLA ASL TA

Esimio dott. Rossi,

il Consiglio direttivo del Collegio IP.AS.VI. Taranto saluta con speranza la sua nomina e, nell'augurarle "Buon lavoro", auspica la volontà di una collaborazione sinergica, di un dialogo continuo per la soluzione di quei problemi che ostacolano la garanzia di una "sanità efficiente ed in linea con le domande di salute dei cittadini", o/e che costituiscono motivo di difficoltà per gli infermieri.

Sottolineando il bisogno di approfondire le tematiche in un prossimo incontro, ci limitiamo ad accennare i "motivi di difficoltà":

- 1. carenza di sicurezza,**
- 2. necessità di contrasto il lavoro nero infermieristico,**
- 3. mancanza di una mensa,**
- 4. mancanza di un asilo nido aziendale,**
- 5. mancanza di Ambulatori Territoriali a completa gestione infermieristica,**
- 6. mancanza di Case della Salute a completa gestione infermieristica**

Come intuibile, problemi di non poca importanza che, pur non gravando sullo svolgimento del lavoro, rappresentano motivi di stress per gli infermieri; problemi per i cittadini per i quali la mancanza di Ambulatori e Case della Salute, costituiscono impedimenti per l'erogazione di una "sanità efficiente ed in linea con le domande di salute"

Rinnovandole il nostro benvenuto, restiamo in attesa di incontrarla.



La Presidente Collegio IPASVI Taranto
Benedetta Mattiacci

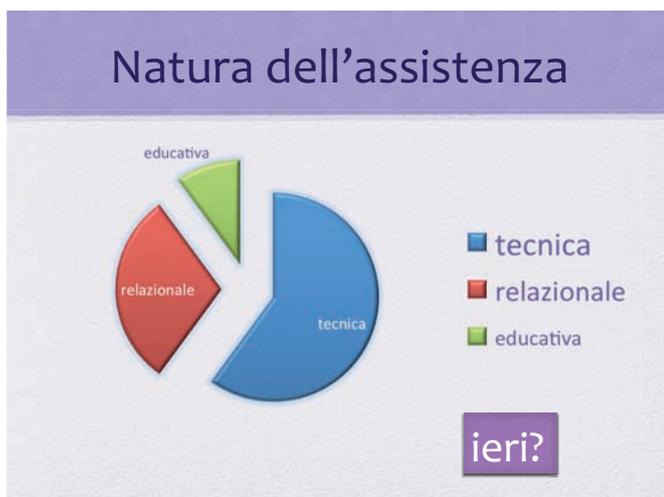
La pratica del NURSING NARRATIVO: applicazione di un modello nell'assistenza

a cura di **Silvia Marcadelli**¹

I.C. Responsabile Formazione Qualità Avanzata e Sicurezza delle Cure - ASM Matera

L'assistenza infermieristica, definita nel profilo professionale DM 739/94, è preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa ed è di natura tecnica relazionale ed educativa.

Occorre però effettuare una riflessione su come il profilo, così formulato, possa indurre a pensare che sia possibile quantificare e dividere gli elementi che definiscono la natura dell'assistenza, dando loro un valore ed una forma.



Impossibile esprimere con un grafico, la percentuale di ogni componente, che si è presentata o si presenta come rilevante in alcuni momenti anche in relazione allo sviluppo della professione infermieristica.

Infatti, non è raro che ci si confronti su come l'assistenza sia cambiata, passando da una prevalenza tecnica, ad un possibile aumento delle altre componenti.

¹ Rielaborazione degli incontri sul tema, presso l'IPASVI Taranto, tratti da Marcadelli S. Artioli G., *Nursing narrativo: un approccio innovativo per l'assistenza*, Maggioli 2010. In tutto il testo si parla al plurale, perché ci si riferisce ad una teorizzazione co-prodotta, da Marcadelli e Artioli.

In passato, era dominante, se non assoluta, la natura tecnica, mentre oggi ci si aspetta che le componenti di natura relazionale ed educativa aumentino, fino a poter ipotizzare una distribuzione uguale tra le tre.

Ma, in realtà, non è possibile effettuare una quantificazione di queste componenti, né stabilirne, o auspicarne, una distribuzione in egual misura, perché la natura relazionale è, inevitabilmente, dominante sulle altre due.

Infatti, la natura tecnica e la natura educativa si possono collocare su di un continuum che va dall'assenza alla totalità, mentre la natura relazionale si può solo qualificare, ma non quantificare, poiché ogni volta che si crea compresenza, si dà relazione.

L'assistenza infermieristica si conduce necessariamente in situazione di relazione.

La relazione può essere definita (qualificata) in molti modi: positiva o negativa, profonda o superficiale, educata o maleducata, gradevole o sgradevole, ma anche il "non entrare" in relazione definisce una relazione che viene percepita dall'assistito e qualificata dal suo punto di vista, visto che costituisce una esperienza che egli fa.



Con questa introduzione si focalizza l'attenzione sul nursing narrativo, come metodo che consente di direzionare la relazione assistenziale, perché mediante questo metodo è possibile conseguire un risultato di cura significativo per entrambi gli attori del processo di assistenza: l'infermiere e l'assistito.

Infatti, la relazione di cura prende le mosse da alcuni concetti che si sono evoluti, a seconda del contesto assistenziale studiato e su cui si è costruito il modello teorico, che utilizza il metodo del nursing narrativo.

Il metodo narrativo diventa così quello di elezione per consentire lo sviluppo del modello di relazione, che si basa su una particolare lettura della relazione di cura, perché la narrazione consente di ri-dare senso all'esperienza della persona, cosa tanto più vera quanto nell'esperienza di vita è l'avvenimento malattia che determina una frattura autobiografica.

Relazione assistenziale

- Nel campo dell'infermieristica, la relazione assistenziale si costituisce **sempre** con un'altra persona (o più persone) che sono al centro:
 - dell'**azione** assistenziale
 - di un **progetto** assistenziale

Sono protagonisti allo stesso modo il professionista che mette a disposizione il suo sapere ed il suo agire e l'assistito (con le sue relazioni di mondo vitale) che mette a disposizione la sua esperienza soggettiva nel vivere la situazione di salute e malattia

Occorre allora focalizzare l'attenzione su cosa determina la malattia nella persona e perché si parla di frattura autobiografica. Questa disamina può essere effettuata utilizzando diverse accezioni del termine malattia, facendo ricorso alle sfumature semantiche che ci offre la lingua inglese, per la sintesi concettuale che queste parole offrono:

- *disease*: malattia organica, quella presente che richiede intervento di cura. In italiano disturbo, dolore, affezione... anche la nostra lingua offre tante sfumature per specificare meglio un concetto, ma noi

quasi sempre utilizziamo il termine malattia, e persona malata, per indicare qualcosa che interviene e richiede l'intervento di cura;

- *illness*: malattia soggettivamente percepita, in italiano malessere, disabilità, disagio. Molto spesso, nella nostra realtà, una *illness* non prevede l'intervento di un professionista della salute, o, se lo prevede, chi interviene tende a non ritrovarvi una causa organica, quindi a ritirare il suo impegno o a viverlo come una situazione non pertinente; tuttavia, la teoria infermieristica e, ormai, numerosi studi documentano la rilevanza dell'attenzione alla *illness* anche e soprattutto per le sue ricadute sulla *disease*.

La narrazione

- Riconoscere le storie personali, le emozioni, le percezioni soggettive che devono essere oggetto dell'attenzione dell'infermiere significa entrare nella prospettiva del **PRENDERSI CURA** della persona.

- *sickness*: è il malato che ha ricevuto il "bollino di qualità", quel malato autorizzato a definirsi tale dal contesto di riferimento, riconosciuto socialmente, e che usufruisce di quanto la società mette a disposizione della sua situazione come l'astensione dal lavoro, i privilegi di accesso a servizi... e quant'altro la società, che struttura i suoi servizi sulla *sick (ness)*, gli offre.

Anche i verbi che accompagnano questa distinzione sono significativi:

- la *disease* si ha: "lei ha una infezione..." "ho l'influenza..." (banalizzando)
- la *illness* si sente: "non mi sento bene..." "mi sento spossato..."
- *sick (ness)* lo si è: "è a casa in malattia..." "sono diabetico..."

Gli ambiti di analisi della persona tengono in considerazione anche elementi non direttamente legati alla corporeità che sono costituiti da vissuti, da emozioni, da significati attribuiti, da storie personali narrate, poiché la salute è una esperienza individuale che può essere descritta solamente dall'individuo che la vive nel momento in cui la vive secondo un processo in divenire. In questo senso cambiano gli obiettivi di assistenza che non si basano più solamente sull'adattamento o il conseguimento del *self care*, ma si preoccupano del raggiungimento della qualità di vita secondo una prospettiva di percezione individuale.

Per affrontare le dimensioni dell'assistenza la scienza infermieristica ha fatto propri dei paradigmi di riferimento che sono stati classificati da Parse [McKenna 1997] in:

- paradigma della totalità
- paradigma della simultaneità.

Entrambi hanno una concezione olistica dell'uomo, nel senso che rientrano nel modello biopsicosociale, evoluzione di quello biomedico, che studiamo da tempo, ma presentano chiavi di lettura del fenomeno "uomo" in modi differenti.

Il paradigma della totalità prende le mosse dall'empirismo logico, che costruisce una concezione del mondo rigorosamente scientifica e attribuisce un rilievo particolare all'osservazione e alla sperimentazione, definendo ambito di ricerca privilegiato quello quantitativo, inferenziale e probabilistico.

Gli esponenti principali del paradigma sono Orem, Roy, Leininger, Neuman, che ritengono che nella persona, attraverso lo studio di aspetti peculiari si possano individuare gli eventuali problemi di assistenza infermieristica. Il metodo d'elezione per questa visione della progettazione assistenziale è il *problem solving* che sta alla base del processo di Nursing e l'ambito di analisi della persona è rappresentato dai bisogni/problemi legati alla malattia.

Questo è ritenuto il metodo dominante nella pratica infermieristica e tende a centrarsi sull'aiuto della persona malata ad adattarsi, a

prendersi cura e a interagire per raggiungere la salute.

Il paradigma della simultaneità, o interpretativo, si ispira alla fenomenologia esistenziale, che dà risalto alle realtà umane complesse, olistiche, interiori, dipendenti dal contesto quindi irripetibili esattamente ciò che è stato descritto sopra, come i vissuti, i sentimenti, le idee, le interpretazioni, i significati attribuiti.

Gli esponenti di questo paradigma sono Rogers, Parse, Newman che si rifanno alla tradizione delle scienze umane e utilizzano metodi interpretativi del fenomeno e tecniche di natura qualitativa quali i diversi strumenti della comunicazione/relazione come il colloquio, l'agenda del paziente, la narrazione, l'autobiografia...ciò che il paziente esprime nella sua *illness*.

Con questa introduzione al tema, si evidenzia che la *illness*, la percezione soggettiva di malattia, non è una prospettiva considerata nel paradigma della totalità, quello prevalente, che si concentra sulla *disease*, cioè sulla malattia organica.

Porsi in questa prospettiva significa:

- **Decidere.**
 - ➔ Se la persona deve adattarsi ad un percorso terapeutico allora lo si inserirà in un protocollo assistenziale, ma se lo scopo è restituire alla persona una progettualità nel mondo a partire da una nuova situazione, allora non è la persona che si adatta al metodo, ma il contrario

Partendo dal fatto che i paradigmi della totalità e della simultaneità hanno la base comune di una visione olistica dell'uomo, che influenza le modalità di erogare l'assistenza a seconda che si risponda ad uno o all'altro, definendo differenze sostanziali di comportamento con altrettanti focus e risultati diversi ci siamo chieste:

1. è possibile costruire un paradigma di

derivazione fenomenologica (della simultaneità) che sia di orientamento per il prendersi cura infermieristico ancora orientato alla totalità?

2. i paradigmi della totalità e della simultaneità sono necessariamente separati e opposti, o è possibile integrare l'approccio scientifico tradizionale (positivista) con quello umanistico (fenomenologico)?

3. quale contributo le altre discipline non mediche (es. psicologia, sociologia...) possono dare all'infermieristica?
4. l'uso di strumenti qualitativi cosa comporta per la "scientificità" del nursing?

Analizzando cosa accade ancora oggi nella nostra pratica assistenziale ci si rende conto che ci sono limiti applicativi ai modelli teorici, che possono essere riassunti nella tabella sottostante (tab.1).

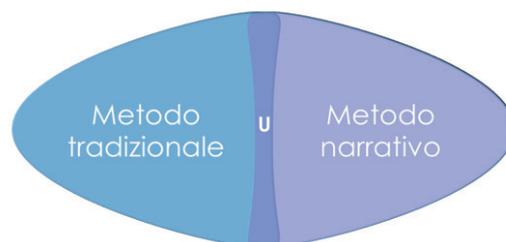
Tabella 1: Il confronto tra paradigmi

	Cosa è ancora prevalente	Cosa manca
	Paradigma totalità	Paradigma simultaneità
Concetto di malattia	Disease: evento costituito da un'anomalia clinico-biologica	Illness + Sickness: La malattia è rottura autobiografica nella storia di vita della persona
Strumenti operativi	Di tipo prevalentemente tecnico	Di tipo relazionale
Ruolo del paziente	"Oggetto" in attesa di attribuzione di ruolo (quello di malato)	"Soggetto esperto" di <i>illness</i> , che vive la propria malattia come esperienza di significato
Identità infermieristica	Unico e indiscusso esperto del <i>disease</i>	Nell'incontro con il paziente costruisce significati condivisi
Obiettivo del nursing	Partecipare alla cura	Comprendere la persona
Ruolo del familiare	Ha un ruolo marginale nel processo di cura	Paziente e familiare costituiscono un'unica unità assistenziale

I concetti, strumenti e ruoli descritti in tabella influenzano anche l'approccio diagnostico, che risente in modo importante dei paradigmi seguiti, perché abbiamo osservato che le diagnosi prevalentemente utilizzate, quando utilizzate, sono quelle di tipo bio-fisiologico e più raramente quelle di tipo psico-sociale.

A questo punto, dopo le domande e dopo aver riflettuto su quanto esiste a disposizione e su cosa ancora manca, abbiamo pensato ad una proposta per un modello ad integrazione:

- un modello assistenziale a base relazionale che utilizzi in integrazione il metodo tradizionale e quello narrativo, perché quantitativo senza qualitativo (e viceversa) sono riduttivi di una visione del mondo che si completa solo con entrambi.



La nostra ipotesi di lavoro si propone di pervenire ad una:

- **elaborazione di un paradigma relazionale di derivazione fenomenologica ed applicazione del nursing narrativo come metodologia assistenziale per:**

- ✓ l' integrazione dei paradigmi scientifico ed umanistico
- ✓ l'accertamento mirato (appropriatezza diagnostica)

- ✓ la formazione e lo sviluppo professionale

IPOSTESI

- Elaborazione di un paradigma relazionale di derivazione fenomenologica ed applicazione del *narrative based nursing* come metodologia assistenziale per:
 - l' **integrazione** dei paradigmi scientifico ed umanistico
 - l'accertamento mirato (appropriatezza diagnostica)
 - la formazione e lo sviluppo professionale

Ovviamente il paradigma elaborato non può non prendere le mosse dal metaparadigma del nursing e si struttura, quindi, sui concetti, che anticipiamo, di:

- persona: uomo, essere in relazione
- ambiente: relazione di mondo vitale
- salute/malattia: i significati soggettivi
- assistenza infermieristica: relazione di comprensione empatica.

La prima osservazione fatta, nell'applicazione del metodo per la raccolta delle informazioni rilevanti, è stata quella di notare che storie personali e storie cliniche non sempre trovavano coincidenza.

Nel nostro modello: nursing narrativo ad integrazione

- I "casi" sono quei racconti che si trasformano in "anamnesi", il metodo tradizionale di raccolta dati; le "storie" sono invece quei racconti che rimangono tali e che vengono interpretati narrativamente.
- È chiaro che si tratta delle stesse persone, dello stesso "racconto" ma che è analizzato con una chiave interpretativa fondamentalmente molto diversa

Infatti, i racconti dei pazienti si trasformavano in "**casi**" quando le storie narrate assumevano la valenza di dato clinico da rilevare, mentre rimanevano "**le storie**" quando non assumevano questa caratteristica pur presentando elementi di notevole rilevanza per la cura.

Entrambi nascono da una narrazione: il **caso clinico** è ciò che il professionista trasforma in anamnesi costruita sulla base del racconto della persona e si compone delle informazioni che il professionista seleziona, ritenendole rilevanti al fine del suo intervento di cura.

Ma le **storie** sono quelle che scaturiscono dal racconto dell'esperienza della persona, del suo mondo della vita e che anche il professionista, in quanto persona, racconta della sua esperienza vissuta di cura.

Nursing narrativo ad integrazione

- Il confronto ha evidenziato 3 livelli incrementali di integrazione:
 - un primo livello in cui le informazioni narrative **confermano** la definizione diagnostica
 - un secondo livello in cui le informazioni narrative **approfondiscono** la visione
 - un terzo livello in le informazioni narrative sono **essenziali** per la comprensione del problema, in quanto danno una unicità dell'informazione per la definizione diagnostica

Raccogliendo **storie** e mettendole a confronto con i **casi** abbiamo sviluppato la nostra idea di integrazione dei modelli, con l'obiettivo di arrivare a verificare se un metodo potesse integrare l'altro al fine di allargare la visione del professionista, che si completa con quella della persona che deve partecipare consapevolmente al suo processo di cura, consentendo poi quelle diagnosi di tipo psico-sociale che pur potendo essere identificate non rientrano quasi mai nel processo diagnostico assistenziale.

Quindi, messi a confronto **casi e storie**, abbiamo osservato che vi sono tre livelli, incrementali, di visione assistenziale a cui concorre il modello narrativo.

1) Un primo livello è quello di **CONFERMA**.

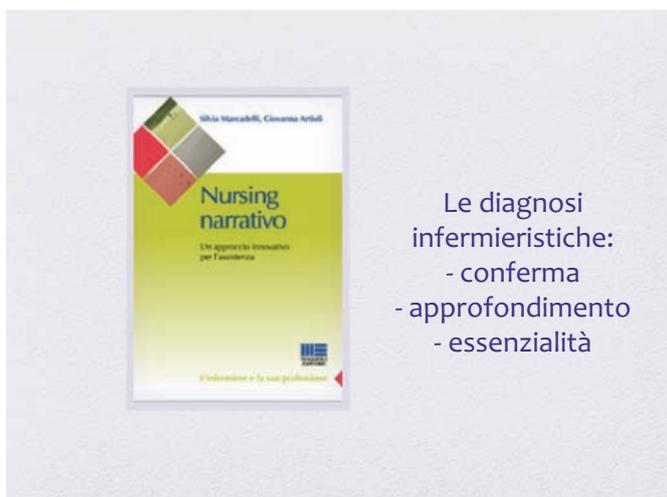
Storie e **cas**i a confronto forniscono lo stesso quadro interpretativo.

Le informazioni narrative si sovrappongono e sono quelle che il professionista trasforma in anamnesi, potendo da esse ricavare una conferma della definizione diagnostica.

2) Un secondo livello è quello dell'**APPROFONDIMENTO** della definizione diagnostica.

Ciò vuole dire che con il **caso**, si percepisce la presenza di un problema, anzi, il problema viene rilevato ma non entra sempre nella pianificazione assistenziale perché o riguarda aspetti che non appartengono direttamente all'attualità della condizione (ad esempio durante una degenza ospedaliera o all'interno di una struttura di cura possono non essere influenti) o riguardano altri modi o elementi del mondo della vita dell'assistito, considerati non unitari nel paradigma della totalità (ad esempio, in questa visione il familiare non è appartenenza, ma elemento esterno).

3) La cosa che invece ha sorpreso noi stesse, sebbene credessimo al modello, è stato il terzo livello di **ESSENZIALITA'**: le storie narrate si rivelano cioè indispensabili per la comprensione del problema dei pazienti che le raccontano.



Tale carattere di essenzialità viene definita dal fatto che il **caso**, cioè l'anamnesi, non si sofferma sul dato raccontato, non lo coglie perché non lo ritiene un dato rilevante, ma è proprio su questa informazione che invece, molto spesso, si gioca la effettiva riuscita di un progetto fina-

lizzato ad un risultato.

Su questo elemento che emerge solo con la narrazione si possono costruire delle diagnosi infermieristiche che altrimenti sfuggirebbero e si può portare in evidenza l'esistenza di problemi significativi per la persona che si riversano anche sull'équipe se non considerati.

Sono quegli elementi che classificano i pazienti in *complianti* o *non complianti*, oppure definiscono pazienti gradevoli e sgradevoli, simpatici o lagnosi... e quanto più possiamo usare come lessico per "bollare" coloro che ci coinvolgono in relazioni difficili e che mettono a rischio l'effettiva risposta al bisogno di cura, perché molto spesso l'équipe, che non ha identificato il carico dato dalla relazione difficile, tende a ritirarsi, aggiungendo difficoltà a difficoltà.

A questo punto diventa possibile entrare nel mondo delle diagnosi di tipo psicosociale, perché se ne conosce il linguaggio e l'espressione, e si mette in campo anche la capacità di fornire risposte a quell'area di bisogni inespressi cui l'infermiere è tenuto ad offrire risposta.

Conclusioni

- L'approccio narrativo consente di evidenziare i problemi percepiti dai pazienti: quelli significativi
- Sono evidenti le informazioni per costruire diagnosi anche a livello psicosociale
- I **cas**i sono simili (evidenza della *disease*) e quindi le diagnosi standardizzate, le **storie** sono uniche (evidenza della *illness*) e le diagnosi **sempre** adattate alla persona
- La metodologia narrativa si presenta come uno strumento di riflessione professionale in quanto consente di ridare "senso" all'esperienza

La narrazione, come metodologia di conoscenza, costituisce la base di un approccio assistenziale che permette al professionista di diventare consapevole di quali elementi entrano in gioco in una specifica relazione di cura.

Non è pensabile, però, affrontare questa metodologia senza una formazione di base che apra alla relazione. Alla capacità di stare in relazione, che inizia con la volontà di affrontare questo apprendimento. Le capacità relazionali

si acquisiscono, si sviluppano e si raffinano con l'esperienza e la prudenza.

Le competenze relazionali sono competenze raffinate che chi entra nella professione non possiede in quanto tale, ma deve essere prevista la loro acquisizione in un percorso di sviluppo e formazione che deve includere anche un lavoro che coinvolga la propria persona.

Bibliografia:

McKenna, H. (1997), *Nursing Theories and Models* Routledge, Londra.

Marcadelli S. Artioli G., (2010) *Nursing Narrativo*, Maggioli, S. Arcangelo di Romagna.

Poletti, P. Vian, F. Zanotti, R. (1988), *Introduzione alla metodologia del Processo di Nursing*, Ed. Summa, Padova.

Silvia Marcadelli, RN MSN PhD Candidate, è laureata in Scienze Politiche indirizzo Amministrativo. Specialista in Sociologia Sanitaria, ha seguito il Master di II livello in Valutazione della Qualità dei Servizi Socio-Sanitari. Ha conseguito, inoltre, la Laurea in Scienze della Formazione Professionale e il Master di I livello in Consulenza Filosofica e Bioetica. Si occupa di Nursing Narrativo e di ricerca qualitativa nell'assistenza infermieristica.



ALIMENTAZIONE: RUOLO DELL'INFERMIERE

Dott. Andrea Urso, Dietista Infermiere Centro Dialisi "Diaverum" - Taranto



nutrizionali (vitamine, sali minerali) in collaborazione con Dietista e Medico; Allergie o intolleranze alimentari; Abitudini di vita (pasti precotti o fuori casa)

ACCERTAMENTO DEL BISOGNO DI ALIMENTAZIONE: dati soggettivi

Autonomia: nel procurarsi il cibo, cucinarlo, portarlo alla bocca ;Funzionalità gastrointestinale: deglutizione, digestione; Bruciore, dolore, nausea, inappetenza ecc.;

Patologie concomitanti; Condizione socio-economica; Religione; Conoscenze alimentari

L'infermiere svolge un ruolo chiave nella diagnosi infermieristica e nell'accertamento del bisogno di alimentazione . Osservazione da parte dell'infermiere

- Aspetto generale (vitalità, energia), pelle, mucose, capelli, unghie
- Ispezione del cavo orale: mucose, gengive, denti, lingua
- Valutazione della deglutizione: riflesso della deglutizione, della tosse e di apertura della bocca
- Valutazione dello stato nutrizionale: ABCD

Valutazione dello stato nutrizionale: ABCD

A. Parametri Antropometrici(permettono di misurare le riserve energetiche e la massa corporea): peso, altezza (BMI: Body Mass Index), circonferenza giro vita, plica tricipitale o sottoscapolare, circonferenza del braccio.

B. Misurazioni Biochimiche (albumina, transferrina, proteine leganti il retinolo, linfociti totali, elettroliti, indice creatinina/altezza)

Alimentarsi è ...

Introdurre cibo in modo bilanciato per soddisfare le richieste energetiche necessarie alla funzione degli organi, al lavoro corporeo, provvedere il materiale per la crescita, il ripristino e la riparazione dei tessuti.

Un importante momento di socializzazione e di vita in famiglia

FATTORI CHE INFLUISCONO SULL'ALIMENTAZIONE

- **BIOLOGICI**
- **PSICOLOGICI**
- **SOCIO-CULTURALI**
- **AMBIENTALI**

ACCERTAMENTO DEL BISOGNO DI ALIMENTAZIONE: dati soggettivi da parte dell'infermiere

Modello alimentare (numero di pasti e orario); Apporto alimentare giornaliero (diario alimentare o ricordo nelle 24 ore); Qualità e frequenza di consumo di caffeina, teina, alcool , integratori; utilizzo di diete speciali e/o supplementi



C. Esami Clinici (cute e annessi, mucose, muscoli ecc.)

D. Dati Dietetici (diario alimentare, riassunto 24 ore)

Principali segni di malnutrizione:

- calo ponderale progressivo; edemi arti inferiori, ascite; edemi sacrali, piaghe da decubito; masse muscolari ipotrofiche e pannicolo adiposo scarso; alterazioni neuromuscolari, muscoli scheletrici (tremori, fascicolazioni, movimenti involontari).

Manifestazioni di malnutrizione in cute, mucose e annessi cutanei:

- CAPELLI: fragili, secchi, radi, cadenti;
- OCCHI: affossati, arrossati, disidratati;
- LABBRA: tumefatte, rosse, confessure a ilati;
- GENGIVE: sanguinanti, rosse;
- LINGUA: tumefatta, rossa, fessurata;
- CUTE: secca, iperpigmentata, desquamata;
- UNGHIE: a forma di cucchiaio, fragili, rigate;
- VISO: pallido

L'infermiere collaborerà attivamente con l'equipe sanitaria e con il servizio dietetico ospedaliero.

Servizio dietetico ospedaliero

Collabora all'interno dell'equipe sanitaria per determinare la tipologia della dieta adeguata al paziente

Coordina e controlla le attività relative a: Preparazione ; Conservazione ; Trasporto ; Distribuzione del cibo

Responsabilità infermieristiche

- Richiedere la dieta corretta secondo le prescrizioni mediche e l'iter diagnostico
- Valutare la necessità e chiedere le consulenze dietologiche specifiche
- Controllare i vitti prima della distribuzione in modo che corrispondano alle richieste e alle condizioni del paziente
- Valutare l'autonomia del paziente nell'assunzione del cibo; intervenire con atti sostitutivi, integrativi o di supervisione
- Valutare qualità e quantità del cibo ingerito.

Conclusioni :

L'infermiere svolge un ruolo chiave nel team multidisciplinare, e, avendo uno stretto contatto con il paziente, riesce ad individuare, con un'attenta valutazione, i bisogni di alimentazione.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA GESTIONE E PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE

Dott. Andrea Urso, Dietista Infermiere Centro Dialisi "Diaverum" - Taranto

Un'alimentazione equilibrata e bilanciata, unita ad altri fattori, aiuta l'organismo umano a prevenire diverse patologie che rappresentano le principali cause di mortalità e morbilità in Italia e non solo.

Fra queste vi sono l'obesità, l'ipertensione, le malattie cardiovascolari, le malattie da carenza di particolari nutrienti e le allergie alimentari. La medicina tradizionale tende ad occuparsi prevalentemente della "cura", di ciò che nell'organismo non funziona, arrivando a suddividere lo studio delle patologie in numerosissime specializzazioni, con il forte rischio di perdere di vista la globalità della persona e di rispondere ai problemi con interventi parcellizzati. E' invece, l'approccio globale che risulta essere il metodo in grado di affrontare adeguatamente i problemi di salute e in particolar modo l'obesità infantile.



Uno dei ruoli che l'infermiere ha nei confronti dell'obesità, e non solo, è quello di promuovere comportamenti e stili di vita per la Salute. In Italia, e nella nostra realtà Pugliese, vi sono unità operative di dietetica e nutrizione clinica che si occupano non solo di prescrivere diete per prevenire o curare alcune patologie specifiche dell'alimentazione, ma anche della malnutrizione sia acuta che cronica. Queste unità operative operano in equipe multidisciplinare



dove l'infermiere, cardine di questa equipe, sicuramente non manca. La presa in carico di un piccolo paziente con obesità è primariamente di competenza medica che valuterà la situazione globale del bambino con anamnesi e esami diagnostici. Successivamente, verrà inviato dal Dietista che imposterà un programma nutrizionale atto a migliorare lo stato di obesità del bambino con i successivi controlli. La terapia dietetica resta il cardine nel trattamento dell'obesità infantile.

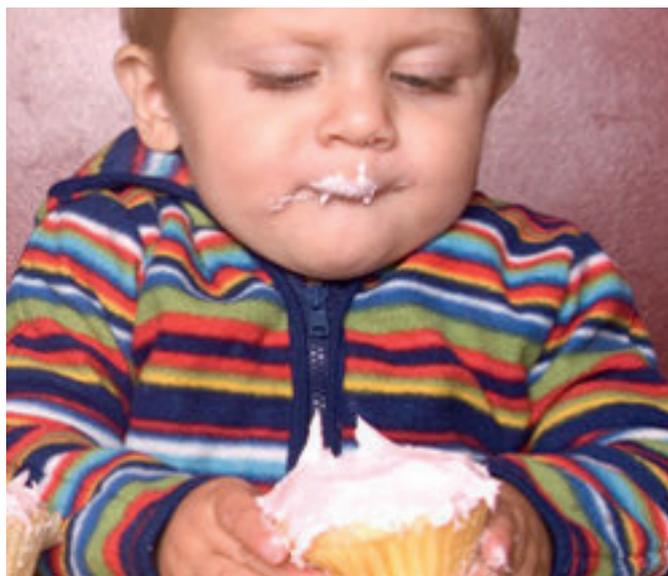
Non vanno, comunque trascurati ulteriori provvedimenti che possono potenziare i risultati della terapia nutrizionale. Infatti, un'attiva collaborazione da parte della famiglia aumenta significativamente le potenzialità del processo terapeutico in età infantile. Pertanto, sarebbe auspicabile, per un risultato soddisfacente, l'applicazione di un intervento terapeutico di gruppo che coinvolga anche la famiglia.

L'infermiere interviene nell'educare i componenti della famiglia, nel consigliare stili di vita che hanno come scopo non solo l'aiuto nella gestione del paziente obeso, ma anche come prevenzione dell'eventuale possibilità di sviluppare ulteriori malattie.

Di seguito un elenco degli interventi infermieri-educativi

- Consigliare di evitare le bevande zuccherate (succhi, tisane, soft drinks, thè, ecc.) educando il bambino a soddisfare la sete bevendo acqua
- Consumare ogni mattina un'adeguata prima colazione come da prescrizione
- Mangiare abitualmente insieme in famiglia, consumando alimenti preparati in casa, ad orari regolari e con la TV spenta
- Limitare il più possibile il consumo di alimenti ad alta densità calorica (ricchi di grassi e zuccheri), ad elevato indice glicemico e ad elevato contenuto in sale. Altri interventi sono il sensibilizzare la famiglia alla non sedentarietà:
- Mezzi di trasporto: evitare l'uso del passeggino dopo i 3 anni e l'uso di moto e auto elettriche; fare le scale a piedi; favorire il raggiungimento a piedi della scuola.
- TV, Videogiochi, computer : permettere l'esposizione solo dopo i 2 anni, massimo 8 ore/settimana; spegnere la TV durante i pasti; non tenere la TV nella camera da letto del bambino
- Gioco e stile di vita: regalare e incentivare i giochi di movimento, adatti alle varie età del bambino; promuovere il più possibile il gioco attivo all'aperto;
- Incrementare l'attività fisica quotidiana per tutta la famiglia

In diverse realtà italiane l'infermiere viene spesso inserito in progetti di prevenzione nelle scuole, che lo vedono protagonista, educatore in diversi campi, come il



tabagismo , la sana alimentazione, la prevenzione delle malattie.

Conclusioni

Oltre a svolgere la cura diretta del paziente, gli infermieri sono sempre più riconosciuti come educatori.

Gli infermieri sono trait-d'union tra medici e pazienti e, come tali, pagano con la responsabilità di educare i loro pazienti sulla gestione di malattie, condizioni e lesioni, e mantenere la salute. L'istruzione è un metodo riconosciuto per aumentare l'empowerment del paziente.

Gli infermieri aiutano i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e le opzioni di trattamento disponibili.



Gli infermieri assistono i pazienti nel controllo di condizioni croniche, come il diabete, l'obesità, ecc. per insegnare ai pazienti le "competenze applicabili" come il monitoraggio dei livelli di zucchero nel sangue o l'auto-amministrazione dei farmaci.

"Pazienti più istruiti sono più propensi a rispettare i regimi condizione cronica di trattamento".



Dott. Bruni Maria Carmela, Dirigente Professioni Sanitarie P.O.C. ASL/TA

Anche quest'anno appuntamento ad Arezzo il 25 -26-27-28 Novembre 2014 per il 9° Forum Risk Management in Sanità 2014, dal tema centrale "Nuovo Patto della Salute" 2014-2016...equità e diritto del cittadino alla salute, innovazione in ospedale e territorio, promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, Regione Toscana e Fondazione Sicurezza in Sanità, sotto l'Alto Patrocinio del Parlamento Europeo.

Il Forum Risk Management in sanità è una rassegna di appuntamenti internazionali, meeting, workshop ed expo sulle tecnologie applicate alla sicurezza del paziente. L'evento è un incontro tra tutti gli attori di sanità, per confrontare e condividere le migliori buone pratiche ed avviene in un momento difficile del nostro Paese, dove anche i diritti dei cittadini sono messi a dura prova perché il nostro Servizio Sanitario Nazionale e soprattutto Regionale non riesce a sostenere i bisogni dei cittadini.

Quattro giorni di dibattiti e confronti, più di 1000 relatori ed operatori sanitari provenienti da tutta Italia. La garanzia di accesso alle cure ed alle

prestazioni è ormai messo a dura prova, soprattutto per le famiglie in situazioni di difficoltà e per le Regioni sottoposte ai piani di rientro.

Andrea Barbieri, Capo Ufficio stampa del 9° Forum 2014 afferma che il *Nuovo Patto della Salute rappresenta "l'anno zero" sul quale gli operatori della sanità, politici e tecnici sono chiamati a confrontarsi e a trovare soluzioni per garantire il diritto alla salute ed all'assistenza di tutti i cittadini nel rispetto però delle compatibilità economiche imposte dalla situazione attuale.*

Al centro del dibattito del Forum il "Nuovo patto della salute 2014-2016", strumento per ridefinire i confini tra livelli di assistenza da garantire a tutti i cittadini, sostenibilità economica e riequilibrio tra i sistemi sanitari delle Regioni. È l'innovazione il terreno su cui si gioca il futuro del sistema sanitario: l'innovazione organizzativo - gestionale, l'innovazione di percorsi clinico - assistenziali, l'innovazione tecnologica.

Tre temi sviluppati all'interno del Forum:

- le innovazioni organizzativo - gestionali nelle



cure territoriali e della cronicità per garantire la vera presa in carico del paziente e spostare l'attenzione e gli intenti dall'ospedale al territorio (art. 5 comma 3-17 del Rep. N. 82/CSR del 10 Luglio 2014, Presidenza del Consiglio dei Ministri, "Nuovo Patto della Salute 2014-2016, d'ora innanzi NPS)

- l'uso appropriato delle tecnologie al fine dell'appropriatezza delle cure, dell'innovazione dei percorsi organizzativi e clinici, della facilitazione all'accesso del cittadino alle cure (art. 26-27, art. 6 del NPS 2014-2016)

- la prevenzione ed il controllo delle infezioni. Il 7% dei pazienti ricoverati in strutture sanitarie corre il rischio di contrarre infezioni con danni sociali ed economici enormi. Il sapere scientifico ed il know-how clinico, organizzativo e gestionale devono oggi essere capaci di diminuire sensibilmente questo rischio (art.17 del NPS 2014-2016).

Ad avvalorare l'impegno delle Regioni, presente nel Forum, l'Assemblea Nazionale dei Direttori Generali per presentare il nuovo ruolo dei Direttori Generali nella sanità che cam-

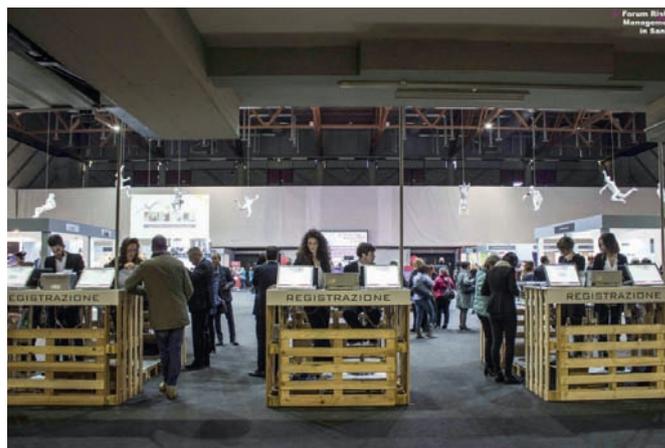
bia, in collaborazione con Federsanità ANCI e FIASO (Federazione Italiana delle Aziende sanitarie Ospedaliere).

I Direttori Generali ritengono che sia quanto mai urgente compiere uno sforzo di analisi puntuale, documentata, non autoreferenziale, per meglio analizzare le tematiche che oggi si impongono nel dibattito nazionale ed internazionale. Desideri Enrico, Presidente vicario di Federsanità Anci e Coordinatore Nazionale Direttori Generali di Federsanità, afferma che nel corso dell'Assemblea sono state esaminate le opportunità offerte dalle nuove forme organizzative per la presa in carico multi professionale ed integrata dei malati cronici, valorizzando le grandi potenzialità della Medicina del territorio e delle cure rese a domicilio, magari con il supporto di tecnologie innovative.

Presenti al Forum per la ASL/TA il Direttore Generale, Dott. F. Scattaglia, e il Direttore Sanitario, Dott.ssa M. Leone. Le attività del Forum si sono sviluppate in 8 Sale (Sala Regioni, S. Lippi, S. Redi, S. Minerva, S. Chimera, S. Vasari, S. Petrarca), un Auditorium, un'area Forma Forum aperta, una sala Meeting point,

e, novità di quest'anno, un'area aperta con la presenza di 20 tavoli, per confrontarsi in questo contesto ed individuare soluzioni comuni. Tavoli di discussione tematica con 70 posti a sedere: numerose le presentazioni di Poster delle Aziende Sanitarie Italiane. Anche la ASL/TA ha presentato un'esperienza di audit organizzativo e certificazione delle competenze dell'infermiere di sala Operatoria (Dott.ssa L. Pagliari, Inf. coord. di Distretto, componente dell'U.O. Risk management).

Per le innovazioni organizzativo gestionali sono state presentate esperienze di progetti: il Progetto MI.TOS (Monitoraggio Investimenti Tecnologie Ospedaliere), risposta concreta all'efficienza gestionale delle apparecchiature biomediche presenti nelle strutture socio-ospedaliere ed il Progetto di Domiciliarità integrata. Sono progetti portati avanti con la Regione Toscana che supportano gli ESTAV, il primo per mappare la distribuzione delle tec-



nologie biomediche sul territorio regionale, valutandone l'appropriatezza allocativa e lo stato di funzionamento, l'obsolescenza ed il rischio associato all'uso delle stesse.

In questo modo è possibile governare la delicata fase degli acquisti delle apparecchiature biomediche che predilige l'avanguardia delle tecnologie al loro effettivo e pieno utilizzo una volta installate. La seconda proposta si focalizza, invece, su un nuovo modello di assistenza socio-sanitaria legato all'attuale trasferimento dei processi diagnostici e terapeutici dall'ospedale al territorio.

Occorre ridurre i costi del sistema, migliorare le prestazioni ed incidere sulla qualità della vita dei pazienti: la chiave di volta per il tanto desiderato cambiamento in sanità passa attraverso una proposta di piena integrazione tra servizi sanitari e socio assistenziali. LA TSB Group sta realizzando un progetto di domiciliarità integrata già implementato presso la USL di Arezzo ed in avvio presso la USL Umbria 2 che ha permesso una copertura dei servizi assistenziali H24 con una continuità sia nei servizi di telemonitoraggio che di telesoccorso per numerosi pazienti affetti da malattie croniche.

L'implementazione permette di segnalare i pazienti direttamente ai MMG e trasferire il Patient Summary nel dossier clinico dell'ASL, distribuire le informazioni agli specialisti presenti nell'azienda ospedaliera all'interno degli applicativi standard. Quello che, infatti, spinge i pazienti al ricorso delle strutture ospedaliere è la necessità di tenere traccia di tutti gli esami e dei valori monitorati nel corso del tempo, per poter avere un quadro clinico aggiornato e di facile lettura.





ra per qualsiasi medico dovesse visitarli per la prima volta. Il progetto vuole evitare il ricorso al ricovero laddove un servizio di monitoraggio e controllo domiciliare continuativo sarebbero sufficienti, il tutto con costi sostenibili e con innumerevoli benefici anche per gli attori coinvolti. *Ogni giorno un ricovero ospedaliero costa al nostro SSN oltre mille euro. Mettere ordine solo a questo aspetto significherebbe portare già ad un risparmio del 5% della spesa ospedaliera: quasi tre miliardi di euro l'anno, dice Fabio Falconi (AD di EBM e Direttore Generale della divisione dispositivi medici e sistemi ICT di TBS Group).*

Nell'area associazioni si è parlato di sicurezza nelle donazioni e nei trapianti di organi e tessuti: la rete nazionale trapianti è una delle reti più complesse del SSN, funziona perché ha una struttura solida, sicura ed efficace. Dal 1999 con la legge quadro (Legge 1 Aprile 1999n. 91) il sistema trapiantologico è articolato su tre livelli: il coordinamento nazionale a cura del Centro Nazionale Trapianti, il coordinamento regionale di cui si occupano i Centri regionali per il tra-

pianto, il coordinamento locale che è attivo in ogni ospedale. L'efficacia del coordinamento non sarebbe possibile senza il lavoro del Sistema Informativo Trapianti che raccoglie, elabora e valuta i dati dell'attività nazionale garantendo trasparenza a pazienti e cittadini. Novità della struttura della rete è rappresentata dal *Centro Nazionale Operativo Trapianti (CNTO)*: vengono gestite tutte le emergenze, le segnalazioni dei donatori nazionali, tutti i programmi di trapianto nazionali e gli scambi con i paesi europei. L'Italia è l'unica a pubblicare i dati *sulla qualità degli esiti dei trapianti*. Dal 2012 il Centro Nazionale dei Trapianti è stato riconosciuto dall'OMS come Centro Cooperativo per la sicurezza e la vigilanza su organi tessuti e cellule e coordinatore del Progetto NOTIFY LIBRARY, un motore di ricerca utile per prevenire e contrastare gli eventi avversi.

Tra le novità che si possono trovare negli stand delle aziende sponsor, *Thermofocus*, primo termometro clinico a distanza, che ha rivoluzionato il campo della misurazione corporea. E' uno strumento estremamente utile, in particolare

per i bambini piccoli, nelle versioni ad uso domestico; la versione professionale consente una rilevazione della temperatura corporea dei pazienti ospedalizzati, molto accurata, rapida, igienica, totalmente non invasivo e con un risparmio economico per le aziende ospedaliere. Durante la SARS del 2003 e dell'influenza A/H1N1 del 2009, thermofocus è stato utilizzato in aeroporti, scuole, fabbriche di tutti i continenti per lo screening di massa della popolazione, individuando velocemente le persone con febbre.

Nel 2013 Tecnimed ha lanciato *Visiofocus*, il termometro che proietta la temperatura sulla fronte o su qualsiasi altra superficie. Sia *Termofocus* che *Visiofocus* sono attualmente utilizzati in numerosi Paesi africani ed in altri Continenti per lo screening di viaggiatori provenienti da aree a rischio EBOLA. In tema di contagio da Virus Ebola era presente un'area in cui venivano proiettati i Video Ministeriali ed internazionali sulle corrette modalità di Vestizione e Svestizione sorvegliata di operatori sanitari. Molto interessante un prodotto della Azienda Nordimetec che presenta un *Mobile TOUL* che offre un flusso di aria ultrapulita in Sala Operatoria, ad una frazione del costo dei dispositivi tradizionali, montati a soffitto, per adeguare le Sale Operatorie alla normativa ISO 5.

L'unità mobile può essere trasportata ed installata in qualsiasi sala operatoria, in soli pochi minuti, senza interferire con il sistema di ventilazione preesistente. Il flusso laminare è posto in tre versioni:

Toul mobile,

Toul pensile, entrambi pensati per la protezione del campo operatorio e degli strumenti [al contrario dei sistemi tradizionali il cui flusso vie-



ne tradizionalmente ostacolato dalla testa del chirurgo, dalle lampade scialitiche, dai pensili e da tutte le altre apparecchiature che si trovano nelle vicinanze del campo operatorio, questi flussi laminari agiscono direttamente sul campo operatorio e sul tavolo strumenti],

Toul tavolo porta ferri sterile che può mantenere la sterilità degli strumenti e del materiale protesico per tutta la durata dell'intervento attraverso filtri Hepa che rendono l'aria priva di microbi. Il tavolo annulla la contaminazione batterica sul campo ferri. Il sistema Toul è dotato anche di un sistema black-box per la medicina difensiva che registra la presenza del Toul in sala operatoria durante l'intervento per dimostrarne l'effettivo utilizzo.

Ancora per l'Emergenza Ebola: il forum si apre con una dimostrazione pratica su come gestire un caso ebola sul territorio. E' il messaggio forte che accompagna l'apertura del Forum "Nessun allarme per il Caso Ebola di queste ore, ma bisogna diffondere la cultura della prevenzione". Sono state organizzate dimostrazioni pratiche sulle tecniche di vestizione e svestizione da presidi di protezione, fatta anche una simulazione in collaborazione con la Misericordia di Grignano (PO) : medici e volontari hanno dimostrato come può essere affrontata l'Ebola con l'aiuto di un automezzo (l'ambulanza) utilizzando i sistemi di prevenzione nel rispetto delle procedure previste dal Ministero della Salute e della Regione Toscana.

Ancora tanti gli impegni ed i progetti presentati ma soprattutto presentato l'appuntamento per il Forum Risk Management 2015 che compirà i suoi primi dieci anni.



EBOLA/AIDS AFFRONTARE L'EMERGENZA



Emma Bellucci Conenna, Giornalista

EBOLA, HIV, AIDS, 3 acronimi per virus in grado di terrorizzare milioni di cittadini, di far scattare l'emergenza sanitaria mondiale, denunciando le fragilità di molti sistemi sanitari, in specie dei paesi più colpiti, nel cuore di quell'Africa già decimata, ed evidenziando i punti di forza di altri, tra i quali del nostro paese. Infatti, nella recente legge di stabilità è stato inserito un emendamento che stanZIA 10 milioni di euro complessivi per prevenire e contrastare la diffusione del virus "Ebola" e delle malattie infettive.

A tal fine è stata autorizzata una spesa di 3 milioni di euro per il 2015 e di 1,5 milioni annui per il 2016 e il 2017. Altri 2 milioni di euro per il 2015 e 1 milione per il 2016 e per il 2017 andranno all'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma. Sufficiente? Per fortuna, nel nostro Paese si è registrato un solo caso di "Ebola", risoltosi positivamente, ma per l'HIV ed AIDS la situazione è diversa: secondo i dati diffusi in occasione della Giornata Mondiale contro l'AIDS, si contano annualmente 1.000 morti, 140.000 sieropositivi, tra i quali 700 bambini.

Di fatto è acclarato che l'esposizione al virus HIV non sempre evolve in Aids, grazie ad alcuni fattori genetici capaci di influenzare la suscettibilità all'infezione, fattori oggetto di uno studio

di un team di ricercatori milanesi (Mara Biasin, immunologa del Dipartimento di scienze cliniche 'Luigi Sacco' dell'università degli Studi di Milano, Manuela Sironi dell'Irccs Medea, Mario Clerici della Statale meneghina e della Fondazione Don Gnocchi) che hanno scoperto "come particolari varianti del gene per il recettore Toll-Like receptor 3 (*Tlr3*) sono molto più frequenti nei soggetti esposti e sieronegativi" e "che la variante di *Tlr3* che si concentra negli esposti sieronegativi permette l'attivazione di una risposta immune anti-Hiv molto più precoce e potente, che potrebbe impedire la replicazione del virus dunque l'infezione".

Una scoperta che si aggiunge a quelle capaci di trasformare un'infezione mortale in una patologia cronica, nell'attesa di un vaccino che dovrebbe essere pronto entro il 2030.

Frattanto... si continuerà a morire per AIDS!

Evidente che non bisogna abbassare la guardia, che occorre potenziare la prevenzione (la Legge di Stabilità ha ridimensionato quel complesso di figure tecniche e mediche, parte integrante dei Dipartimenti di Prevenzione), che va attrezzato il territorio con strutture dedicate, come la Struttura Complessa Malattie infettive della Asl Taranto, in prima linea nella valutazio-

ne sanitaria dei migranti in arrivo senza soluzione di continuità. Personale preparato, ma... attrezzato?

NE PARLIAMO CON IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA, DOTT. FRANCESCO RESTA, E CON LA COORDINATRICE INFERMIERISTICA CHIARA PALMISANO.

“Presidi barriera e dispositivi richiesti per eventuali contagiati dal virus Ebola sono stati forniti per buona parte, siamo in attesa delle barelle necessarie per le quali la Regione sta espletando la gara d'appalto. Per quanto concerne il controllo di routine dei migranti, vengono testati dal 118 all'arrivo nel porto, quindi, se nei primi mesi, in caso di problemi, venivano inviati al Reparto Infettivi, di seguito incalzati dal numero di casi di nostra competenza, è stata decisa la presenza di un infettivologo nello stesso porto per “tagliare i tempi” e rendere più snello l'iter di controlli e di interventi.

POSTI LETTO	24
MEDICI	8
INFERMIERI	20
OSS	4
SERVIZI:	<p>ASS. DOMICILIARE INFERMIERE (MEDICO SE NECESSARIO)</p> <p>AMB. HIV MEDICO</p>
PAZIENTI IN CARICO CON AIDS	300 IN TERAPIA 150 SOTTO CONTROLLO

QUANTI I SOGGETTI TESTATI?

“Un centinaio, sottoposti ad esami routinari anche per Epatite B, HIV, TBC. Sul campione, individuata una percentuale abbastanza elevata di Epatite B - 17% tra malati e portatori-, un 3% di HIV, un 2% di TBC attiva. I pazienti con Epatite B sono stati trattiene per un mese, analogamente i pazienti con TBC allo scopo di curarne la fase acuta. Questi ultimi pazienti persi una volta dimessi (idem per i soggetti con HIV), nonostante abbiamo allertato associazio-

ni, fornendo i farmaci per i primi tempi, sottolineando il bisogno di cura per 6 mesi, pena la recrudescenza della malattia e relativo possibile contagio. Purtroppo la legge non obbliga al monitoraggio mensile così da rimuovere ogni pericolo”

SITUAZIONE LOCALE PER PAZIENTI CON HIV ED AIDS?

“Attualmente abbiamo in carico 300 pazienti con AIDS per la terapia e 150 pazienti sotto controllo. Attualmente l'HIV è curata con DOLUTEGRAVIR, farmaco inibitore dell'integrasi, che ha il vantaggio di elevata barriera genetica, quindi di non produrre resistenza. Il farmaco può essere utilizzato per anni, con scarsi effetti collaterali. Di fatto l'HIV è cronicizzato, richiede accertamenti ogni 6 mesi (carica virale, tipizzazione, analisi generali)

QUALI PATOLOGIE AFFERISCONO ALLA VOSTRA STRUTTURA?

“Pazienti onco-ematologici con sepsi;
pazienti con affezioni polmonari;
pazienti con mononucleosi infetta;
pazienti con meningiti;
pazienti con spondilodiscite;
pazienti con endocardite;
pazienti affetti da germi resistenti;
pazienti con infezioni della cute;
pazienti con HIV;
pazienti con cirrociti”.

UN MIX DI PATOLOGIE. PERCHE'?

“Storicamente in questa Asl non è stato mai aperto un Reparto di dermatologia o Pneumologia, ragion per cui questo tipo di pazienti dovrebbero afferire in Medicina, notoriamente e cronicamente priva di posti letto, da qui la scelta di farli confluire in questo reparto. Analogo discorso per la spondilodiscite che potrebbero essere curate in Ortopedia se...ci fossero posti letto disponibili! Così i nostri 24 p.l. sono sempre occupati, salvo nei casi di isolamento di uno o più pazienti”. Chiaramente, potenziare la prevenzione e attrezzare le Strutture Sanitarie diventano condizioni inderogabili per la salute pubblica.

La Commissione Europea, il 27 gennaio 2015, terrà a Bruxelles una nuova discussione, la seconda, sulla petizione del Comitato Legamjonici riguardante il Progetto Tempa Rossa.

LA PIÙ BRUTTA STORIA DELLA NOSTRA TARANTO: L'INQUINAMENTO



*Dott. Gerardo Mecca, Infermiere S.C. "UTIC" Ospedale SS: Annunziata - Taranto
Referente Collegio IPASVI - TA in "Osservatorio Jonico delle Professioni"*

L'inquinamento è l'alterazione delle condizioni naturali dell'aria, dei terreni, dell'acqua, delle derrate alimentari, degli animali e non per ultimo dell'essere umano, dovuta alle emissioni dei gas di scarico di autoveicoli, caldaie, centrali elettriche, fabbriche, impianti di incenerimento.

L'inquinamento è un'alterazione dell'ambiente, naturale o antropico, e può essere altrettanto di origine antropica o naturale. Esso produce disagi temporanei, patologie o danni permanenti per la vita in una data area, e può porre la zona in disequilibrio con i cicli naturali esistenti. L'alterazione può essere di svariata origine, chimica o fisica.

Le sostanze inquinanti più diffuse in atmosfera sono il biossido di zolfo (So₂), gli ossidi di azoto (Nox), il monossido di carbonio (CO), l'ozono, il benzene, gli idrocarburi policiclici aromatici (IPA), le polveri (soprattutto il particolato di diametro inferiore a 10 milionesimi di metro, il Pm₁₀) e il piombo. Il problema dell'inquinamento si concentra soprattutto nelle aree metropolitane, dove il traffico, gli impianti industriali e il riscaldamento degli edifici hanno effetti dannosi sulla qualità di tutto ciò che ci circonda e sulla

salute degli abitanti.

Questo succede anche a **Taranto**, comune di 200.154 abitanti (dati Istat del 19 dicembre 2012), antica colonia della Magna Grecia, secondo comune della regione per popolazione, terzo dell'Italia meridionale peninsulare dopo Napoli e Bari, nonché sesto del Mezzogiorno. Per la sua posizione geografica a cavallo tra Mar Grande e Mar Piccolo, Taranto è conosciuta come "città dei due mari"; da taluni viene definita "città spartana" con riferimento alla sua fondazione nell'VIII secolo a.C..

Nei secoli, nei decenni, negli anni questa città, invece di far risplendere le sue origini riportando alla luce monumenti, anfiteatri, statue (come invece hanno fatto città come Roma), di rispolverare tradizioni e costumi, di sfruttare le sue risorse a proprio vantaggio come la terra e il mare, si è fatta saccheggiare di tutto quello che di bello aveva, sostituendolo con un "brutto" che ci hanno lasciato, ci lasciano e non sappiamo come eliminare.

Il "brutto" è rappresentato dalla Raffineria e dal raddoppio della Raffineria, dal Cementificio, dalle discariche e gli inceneritori, da un deposito di materiale radioattivo, dalla Marina Militare e

dall'ILVA la più grande acciaieria d'Europa. Già con il D.P.R. 8.7.1986 n°349 si diceva: “ la città di Taranto è area ad elevato rischio di crisi ambientale”, a significare che una zona del territorio nazionale era considerata fortemente critica per l'uomo e per l'ambiente e che necessitava di opportuni piani di risanamento. I siti interessati erano e sono tutt'oggi Taranto, Statte, Massafra, Montemesola e Crispiano.

Nel 1998, la zona di Taranto, secondo il DPR 196/1998 diventa SIN (39), cioè sito inquinato e riconosciuto “di interesse nazionale” in funzione dell'entità della contaminazione ambientale, del rischio sanitario e dell'allarme sociale (Musumeci 2005).

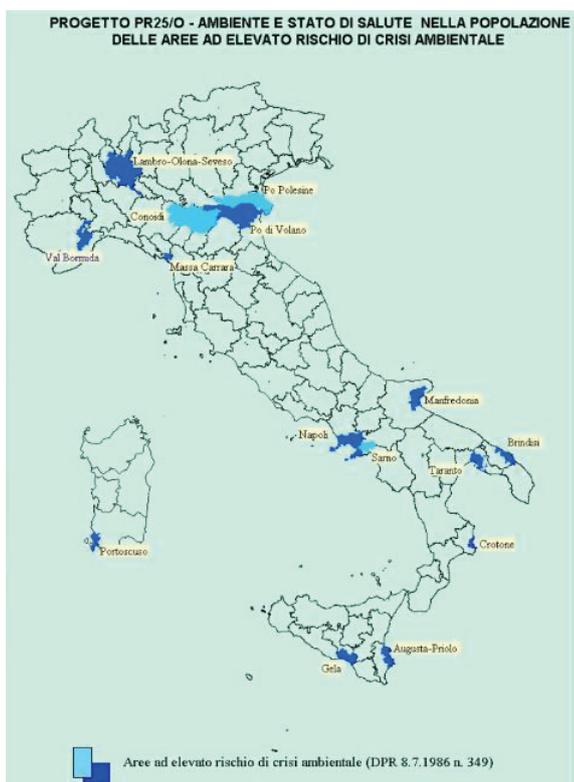
Il decreto di perimetrazione del SIN riporta la presenza di una raffineria, un impianto siderurgico, un'area portuale e di discariche di RSU con siti abusivi di rifiuti di varia provenienza, esposizioni ambientali indicate nello studio SENTIERI

smaltimento di rifiuti industriali e/o pericolosi, che presentano un quadro di contaminazione ambientale e di rischio sanitario tale da avere determinato il riconoscimento di “siti di interesse nazionale per le bonifiche” (SIN). Lo studio ha preso in considerazione 44 dei 57 siti oggi compresi nel “Programma nazionale di bonifica”, che coincidono con i maggiori agglomerati industriali nazionali; per ciascuno di essi si è proceduto a una raccolta di dati di caratterizzazione, e successivamente a una loro sintesi. La maggior parte dei dati raccolti proviene dai progetti di bonifica ipotizzati per i diversi siti, da cui si evince che oggetto di caratterizzazione e di valutazione del rischio sono state prevalentemente le aree private industriali, quelle, cioè, ritenute causa delle diverse tipologie di inquinamento (definite in SENTIERI esposizioni ambientali). ...

Quando gli incrementi di mortalità riguardano patologie con eziologia multifattoriale, e si è in presenza di siti industriali con molteplici ed eterogenee sorgenti emmissive, talvolta anche adiacenti ad aree urbane a forte antropizzazione, rapportare il profilo di mortalità a fattori di rischio ambientali può risultare complesso. Tuttavia, in alcuni casi è stato possibile attribuire un ruolo eziologico all'esposizione ambientale associata alle emissioni di impianti specifici (raffinerie, poli petrolchimici e industrie metallurgiche).

Tale attribuzione viene rafforzata dalla presenza di eccessi di rischio in entrambi i generi, e in diverse classi di età, elementi che consentono di escludere ragionevolmente un ruolo prevalente delle esposizioni professionali.

Per esempio, **per gli incrementi di mortalità per tumore polmonare e malattie respiratorie non tumorali**, a Gela e Porto Torres è stato suggerito un ruolo delle emissioni di raffinerie e polipetrolchimici, **a Taranto** e nel Sulcis-Iglesiente-Guspinese **un ruolo delle emissioni degli stabilimenti metallurgici**.



Il Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento) riguarda l'analisi della mortalità delle popolazioni residenti in prossimità di una serie di grandi centri industriali attivi o dismessi, o di aree oggetto di

TARANTO

Risultati dello STUDIO SENTIERI

Epidemiol Prev 2011; 35 (5-6) Suppl. 4: 1-204

Sulla base dei risultati compatibili con la presenza di un eccesso/ difetto di rischio sanitario che esclude relativi alle principali cause di decesso

elencate in **tabella 1** e alle cause per le quali vi è a priori un'evidenza Sufficiente o Limitata di associazione con le fonti di esposizioni ambientali del SIN (**tabelle 2**), si rileva il seguente profilo di mortalità nel SIN di Taranto:

-eccesso tra il 10% e il 15% nella mortalità generale e per tutti i tumori in entrambi i generi;

-eccesso di circa il 30% nella mortalità per tumore del polmone, per entrambi i generi;

-eccesso, in entrambi i generi, dei decessi per tumore della pleura, che permane, sebbene ridotto, dopo correzione per ID.

-eccesso compreso tra il 50%(uomini) e il 40%(donne) di decessi per malattie respiratorie acute, anche quando si tiene conto dell'ID, as-

TABELLA 1

Causa di morte	Impianto chimico*	Impianto petrolchimico e raffineria	Impianto siderurgico	Centrale elettrica	Miniera e/o cava	Area portuale	Amianto o altre fibre minerali	Discarica	Inceneritore
Tutte le età									
Tutte le cause		I	I					I	
Malattie infettive e parassitarie	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Epatite virale	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Tutti i tumori		I	I					I	I
Tumore dell'esofago		I	I				I	I	
Tumore dello stomaco	L							I	L
Tumore del colon-retto	L							I	I
Tumore primitivo del fegato e dei dotti biliari intraepatici								I	L
Tumore del pancreas								I	
Tumore della laringe			I					I	I
Tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni	I	L	I	L	I	I	L	I	L

TABELLA 2

Causa di morte	Impianto chimico*	Impianto petrolchimico e raffineria	Impianto siderurgico	Centrale elettrica	Miniera e/o cava	Area portuale	Amianto o altre fibre minerali	Discarica	Inceneritore
Tutte le età									
Malattia dei neuroni motori									
Sclerosi multipla									
Epilessia									
Neuropatie tossiche e infiammatorie non specificate									
Malattie del sistema circolatorio		I						I	
Malattia ipertensiva								I	
Infarto miocardico acuto			I						
Malattie ischemiche del cuore								I	
Disturbi circolatori dell'encefalo			I					I	
Malattie apparato respiratorio	L	L	L	L	I	L		I	I
Malattie respiratorie acute		L	L	L	I			I	I
Malattie polmonari croniche	I	I	L	I	I				I
Asma	L	L	L	L		L		I	I
Pneumoconiosi									
Malattie dell'apparato digerente								I	
Cirrosi e altre malattie croniche del fegato			I						
Malattie dell'apparato genitourinario	I								
Nefrosi	I								
Insufficienza renale acuta e cronica	I								
Malformazioni congenite	I	L						L	I

sociato a un aumento di circa il 10% nella mortalità per tutte le malattie dell'apparato respiratorio;

-eccesso di circa il 15% tra gli uomini e 40% nelle donne della mortalità per malattie dell'apparato digerente, anche quando si tiene conto dell'ID; incremento di circa il 5% dei decessi per malattie del sistema circolatorio soprattutto tra gli uomini; quest'ultimo è ascrivibile a un eccesso di mortalità per malattie ischemiche del cuore, che permane, anche tra le donne, dopo correzione per ID.

I risultati di SENTIERI evidenziano inoltre (**tabella 3**) un eccesso per la mortalità per condizioni morbose di origine perinatale (0-1 anno), con evidenza Limitata di associazione con la residenza in prossimità di raffinerie/poli petrolchimici e discariche, e un eccesso di circa il

15% per la mortalità legata alle malformazioni congenite, che non consente però di escludere l'assenza di rischio.

Affermare che l'esposizione agli inquinanti emessi dalle raffinerie è privo di rischio è una affermazione priva di fondamento scientifico.

I risultati delle analisi di SENTIERI sul periodo 1995-2002 mostrano un quadro della mortalità per la popolazione residente nel sito di Taranto che testimonia la presenza di un ambiente di vita insalubre. Questo quadro è in linea con quanto emerso nei precedenti studi descrittivi sulla mortalità condotti nell'area, ma anche con dati di incidenza e morbosità.

Il sostanziale corpo di evidenza relativo alla dimostrazione di un ambiente sfavorevole è dovuto alla generale convergenza dei dati di moni-

TABELLA 3

Fino ad 1 anno									
Tutte le cause	I							I	I
Tutti i tumori (vedi Fino a 14 anni)									
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	L	L			I			L	I
Fino a 14 anni									
Tutti i tumori	I							I	I
Tumori del sistema nervoso centrale	I								
Tumori del tessuto linfoematopoietico	I	I						I	I
Leucemie	I	I						I	I
Malattie respiratorie acute		L	L	I	I			I	I
Asma	L	L	L	L				I	I

toraggio ambientale e biologico, dei dati relativi al tipo e all'entità delle emissioni industriali e, parallelamente, alla disponibilità di risultati di studi epidemiologici di tipo analitico, descrittivo geografico, e di indagini epidemiologiche multicentriche e di valutazione di impatto sanitario.

Gli incrementi di rischio osservati sono riferibili a esposizioni professionali a sostanze chimiche utilizzate e/o emesse nei processi produttivi presenti nell'area. Il fatto che gli stessi inquinanti siano riscontrati anche nell'ambiente di vita, a concentrazioni spesso rilevanti, depone anche a favore di una componente ambientale non trascurabile. Questo ultimo dato sembra essere avvalorato dalla distribuzione degli eccessi di

rischio in entrambi i generi e anche tra i sottogruppi di popolazione in età pre-lavorativa (nelle classi inferiori a un anno e a 14 anni).

Inoltre, per alcune cause di morte si osservano incrementi di un rischio, evidenziati anche in alcuni precedenti studi effettuati nell'area, solo tra le donne, come per esempio per i tumori del sistema nervoso centrale, per i linfomi non-Hodgkin, per il tumore del pancreas, della mammella, dell'utero, del fegato, delle demenze nel complesso e in particolare del morbo di Parkinson.

Complessivamente, il profilo di mortalità della popolazione residente nell'area di Taranto mostra un andamento temporale e una distribu-

zione geografica che sono in linea con la cronologia e la distribuzione spaziale dei processi produttivi ed emissivi che caratterizzano l'area industriale di questo SIN da molti decenni.

(e&p anno 35 (5-6) settembre-dicembre 2011 • Suppl. 4)

Nel mese di ottobre 2012, sull'onda dell'emergenza ILVA, Epidemiologia & Prevenzione pubblica un aggiornamento di SENTIERI per il solo SIN di Taranto: "**Ambiente e salute a Taranto: studi epidemiologici e indicazioni di sanità pubblica**", dove l'analisi dei dati di mortalità viene estesa al periodo 2003-2009. Oltre a ciò, lo studio fornisce l'andamento temporale della mortalità nel periodo 1980-2008 e i dati sull'incidenza dei tumori nel periodo 2006-2007.

L'insieme di queste analisi mostra, in entrambi i generi, eccessi per cause per le quali il ruolo eziologico delle esposizioni ambientali del SIN è accertato o sospettato sulla base della valutazione "a priori" delle evidenze epidemiologiche. Da segnalare è l'eccesso di mortalità infantile. Le patologie in eccesso hanno un'eziologia multifattoriale ed è necessario prevedere interventi di provata efficacia per programmi di cessazione del fumo, di educazione alimentare, di riduzione del rischio cardiovascolare e di screening per i tumori della mammella e del colon. Tali azioni, come i risultati dello studio, dovranno essere oggetto di processi di comunicazione, obiettiva e trasparente, al fine di stabilire un clima di fiducia fra cittadini e istituzioni.

S.E.N.T.I.E.R.I. = PROPOSTE DI SOLUZIONE PREVENZIONE PRIMARIA

Individuazione dei fattori di rischio che possono generare l'insorgenza della malattia e nella loro riduzione o eliminazione.

QUALI SONO LE PROSPETTIVE

Il caso relativo all'inquinamento del territorio tarantino è emblematico di come il settore delle bonifiche dei SIN in Italia sia un settore assolutamente inefficiente. Senza entrare nelle singole responsabilità di enti, territoriali e non, si rileva in maniera sostanziale che le attività di bonifica non siano state avviate proficuamente in nessuno dei SIN (estratto: Relazione Territoriale sulle Attività Illecite connesse al Ciclo dei Rifiuti nella regione Puglia – 20/06/2012).

Si arriva quindi all'AIA (Autorizzazione Ambientale Integrata) nel marzo 2012, di fronte alle perizie inviate al ministro dalla Magistratura tarantina e con l'emanazione di nuove norme europee che entreranno in vigore nel 2016, si riapre con urgenza la procedura per lo stabilimento tarantino, che era stata rilasciata in precedenza nell'agosto 2011 per adeguare ai nuovi dati l'autorizzazione a produrre, con l'obiettivo di risanare lo stabilimento.

La Regione Puglia il **24 luglio 2012** approva la legge regionale n° 21 "**Norme a tutela della salute, dell'ambiente e del territorio sulle emissioni industriali inquinanti per le aree pugliesi già dichiarate a elevato rischio ambientale**" che si prefigge lo scopo di prevenire ed evitare un pericolo grave, immediato o differito, per la salute degli esseri viventi e per il territorio regionale (art.1). Mentre l'art. 2: prevede Valutazione del danno sanitario - VDS

Le conclusioni del VDS determina che la valutazione del rischio cancerogeno inalatorio prodotto dalle emissioni in aria dello stabilimento ILVA di Taranto ha evidenziato, sia per il quadro emissivo 2010 che per lo scenario successivo all'adempimento dell'AIA (2016), una probabilità aggiuntiva di sviluppare un tumore nell'arco dell'intera vita superiore a 1:10.000 per una popolazione di circa 22.500 residenti a Taranto (situazione precedente all'AIA) e per una popolazione di circa 12.000 residenti a Taranto (situazione post-AIA). Tali risultati dimostrano che le prescrizioni previste dall'AIA hanno effetto di ridurre il numero di soggetti esposti a un rischio cancerogeno non accettabile, ma che ulteriori misure devono essere adottate da parte dell'Autorità competente.

Il 26 luglio 2012 venne firmato un Protocollo di intesa per interventi urgenti di bonifica, ambientalizzazione e riqualificazione di Taranto stipulato tra il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, il Ministero dello sviluppo economico, il Ministro per la coesione territoriale, la regione Puglia, la provincia di Taranto, il comune di Taranto, il Commissario straordinario del porto di Taranto.

Si ringrazia la Dott.ssa Annamaria Moschetti

Natale in corsia



Ricreare in Ospedale l'atmosfera del Natale; far sentire il malato partecipe di uno degli eventi più importanti della cristianità; rendere il dolore una fase da vivere non isolati ma circondati dagli affetti, dalle amicizie: ecco lo spirito del Natale, ecco quello che hanno voluto portare nelle corsie di Castellaneta e di Grottaglie, rispettivamente il Direttore Sanitario, Dott. Lonocce, e la Dott.ssa Maria Carmela Bruni, Dirigente Infermieristica, con la Coordinatrice Inf.ca Suor Giustina Casula.

CASTELLANETA



GROTTAGLIE

Ciao Nica



Nica Altamura

Nica ha dovuto arrendersi alla malattia contro la quale ha lottato con grinta e dignità, non perdendo tuttavia quell'allegria, quell'ottimismo, che ha dispensato a piene mani alle colleghe anche loro entrate nella stessa "selva oscura".

"Voglio sconfiggerti, voglio continuare a vivere", questa volontà non ha potuto cambiare un destino già ingrato, già segnato.

Nica resterà nei cuori di quanti l'hanno conosciuta ed hanno avuto modo di apprezzarla.

Brillante, vivace, allegra: è come la ricordano i colleghi con i quali ha lavorato dapprima in qualità di Infermiera Ferrista di Sala Operatoria, di seguito nel Distretto Sanitario di Massafra.

SERVIZIO DI FISIOKINESITERAPIA

La **"Fondazione Beato Nunzio Sulprizio"** informa che nella propria struttura è ubicato un Centro di Fisiokinesiterapia e Riabilitazione e propone agli Infermieri, iscritti al Collegio IPASVI di Taranto, ed alle loro famiglie i servizi di seguito riportati

- **PALESTRA DI RIABILITAZIONE** per le patologie neurologiche ed ortopediche, con apparecchiature all'avanguardia, conformi alle direttive europee e dell'OMS e FDA; la professionalità di medici e fisioterapisti impegnati è inconfutabile perché si tratta di personale altamente specializzato e legalmente qualificato.
- **TERAPIA STRUMENTALE:** elettroterapia (antalgica, stimolazione muscolare, jonoforesi, vacuum), ultrasuoni; magnetoterapia; onde d'urto; human Tecar (capacitivo e resistivo); idroforesi; pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale; idrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso; laserterapia tradizionale (laser CO2, infrarosso); laser terapia con n.d.yag (hilterapia) con hiro3.0.
- **FISIOKINESITERAPIA:** riabilitazione respiratoria; riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale); hydrokinesiterapia integrata all'hydrifisio; ginnastica posturale(back school, pilates, patologie della colonna, pamorfismi e dismorismi del rachide); massoterapia; linfo drenaggio; rieducazione funzionale.

La Fondazione su tutte le prestazioni elencate propone uno sconto del 15% (le prestazioni sono esenti da IVA, ai sensi del DPR 633/72, art 10). Per beneficiarne l'utente dovrà munirsi di tessera di riconoscimento e/o di appartenenza al Collegio IPASVI destinatario della proposta.

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione. Tel: 099/7792891

BIBLIOTECA NEFROLOGIA: LETTURA COME DIRITTO UNIVERSALE

Dott. Gianni Vico, Dott.ssa Viviana Nosella, Infermieri Ambulatorio Nefrologia Ospedale "Giannuzzi" - Manduria

“Fondare biblioteche è un po' come costruire ancora granai pubblici:

ammassare riserve contro l'inverno dello spirito che da molti indizi, mio malgrado vedo venire”

M. Yourcenar

“La lettura è un diritto universale” ma affinché diventi effettivo “i libri devono essere disponibili e accessibili dove e quando occorrono [...]”, particolare attenzione va dedicata ai luoghi in cui le persone sono costrette a trascorrere il tempo libero, come gli ospedali e le case di riposo per anziani.”

Carta del lettore (1992)

E' con questo spirito che prende vita “Il granaio”, la biblioteca per i pazienti e per tutti coloro che amano leggere che è nata nel reparto di Nefrologia e Dialisi di Manduria.

“Il granaio” nasce per volontà del Primario del reparto dott. S. Chimienti e degli infermieri dell'ambulatorio dott. G. Vico e dott.ssa V. Nosella, i quali hanno creduto fermamente nella possibilità di allestire, all'interno del loro reparto, una biblioteca di svago “a costo zero”, ossia frutto esclusivamente di donazione da parte di simpatizzanti, che potesse aiutare sia i pazienti ricoverati in nefrologia o in altri reparti, sia quelli sottoposti a dialisi, ad affrontare la malattia e a sopportarne gli inevitabili disagi.

Nata in sordina e in continua crescita, la biblioteca vanta ora quasi 2000 testi di vario genere, dalla poesia, alla storia locale, alla filosofia, alla religione, ai libri per bambini e ragazzi, ai libri di cucina, ai fumetti etc. La sezione più nutrita è quella della narrativa, con un settore particolare dedicato ai grandi classici della letteratura, all'interno della quale i lettori posso trovare moltissimi libri che contribuiscono a rendere meno difficile la permanenza in ospedale.

I libri sono tutti collocati all'interno di armadi a vetri, generosamente donati dall' International Inner Wheel Club di Manduria, sono facilmente accessibili e ogni genere librario è segnalato da etichette colorate che rendono più facile la ricerca dei testi. L'ambiente piacevole e tranquillo è a disposizione di chi volesse fermarsi per leggere. I lettori possono prendere in prestito fino a tre testi e possono trattenerli fino ad una massimo di sei mesi. Il prestito viene segnalato nell'apposito registro cartaceo e nel programma di catalogazione in uso. Tutti coloro che usufruiscono del “Il granaio” vengono sensibilizzati ad avere massima cura dei testi in considerazione del fatto che la biblioteca nasce, cresce e vive proprio grazie all'amore per i libri di tutti quelli che li hanno donati.

Infatti, la particolarità della collezione libraria de “Il granaio” è che tutti i testi sono stati dati gratuitamente, sia da enti pubblici che privati cittadini.

È bastato spargere la voce, divulgare le nostre intenzioni, sensibilizzare i più attenti ai bisogni dei malati per allestire questa biblioteca.

Ci piacerebbe che questa iniziativa, divenuta realtà, potesse venir presa ad esempio da altri ospedali. Le difficoltà economiche delle amministrazioni non devono impedire che il diritto universale alla lettura venga negato. La buona volontà, l'impegno e l'amore per la lettura, possono creare, magicamente realtà di questo tipo.

Ed i risultati sono infatti arrivati. In un anno di attività sono stati distribuiti oltre 800 libri a pazienti, assistenti, personale sanitario e a quanti hanno fatto richiesta di poter leggere un libro. E' inutile dirlo che siamo soddisfatti del risultato ottenuto fino a questo momento.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a Gianni Vico o a Viviana Nosella. Tel 099 800280



Diario di una dottoressa con la padella

Dott.ssa Natalina Segoloni
Inf. Distretto n. 5 - Martina Franca (TA)

Caro diario,

mi sento antica a chiamarti diario, dovrei chiamarti blog, bacheca, o che so, selfie.

Un tempo la carta era l'unico mezzo di comunicazione esistente, circoscritto agli addetti ai lavori; oggi internet ha aperto le porte al confronto fra esperti ed inesperti, bufale e dottorati.

Ricordo che 15 anni fa, quando iniziai ad affacciarmi ad internet, trovavo solo i siti ufficiali dell'IRC, IPASVI E SANT'ORSOLA, molto sintetici anche perché il java ed il flash erano ancora materia sconosciuta a molti sistemi web master.

Piano piano nacquero i primi siti amatoriali, poi accessibili a tutti con i forum, alla fine arrivarono i social network. Facebook è nato nello stesso momento in cui nella casa dell'italiano medio entrava un pc ed uno smartphone, spaventando i soliti bacchettoni che si staccarono completamente da questo mostro in quanto lo associavano all'idea, dilagante dell'epoca, che sul web ci fossero solo pedofili ed adulteri.

Qualcuno invece cominciò a prendere in considerazione l'interazione su di una piattaforma web con gente che ci mette "la faccia".

Per me la nascita di Facebook fu importante, mi permisero di contattare un gruppo di infermieri milanesi che mi indirizzò nel giro di 2 messaggi verso un buon specialista per mio padre. Nel giro di pochi anni anche il più diffidente ha fatto un "giro" su facebook, seppure molte volte utilizzando account di figli o nipoti.

La resistenza, ormai sconfitta, lascia il posto al proliferare di gruppi e pagine più o meno seri, per cui ho iniziato ad iscrivermi a quello che meglio rispondeva alle mie esigenze, così in poco tempo mi sono ritrovata iscritta ad una



quarantina di gruppi di Infermieri, dagli Infermieri Ribelli agli Infermieri contro la casta, dall'IPASVI agli infermieri e strafalcioni: come le ciliegie uno tira l'altro. Il martellamento mediatico è impressionante, ci sono personaggi che passano le giornate a pubblicare sentenze e ricorsi sindacali, dal mancato permesso per andare in bagno dell'infermiere di Forlì al drammatico licenziamento del collega malato. Purtroppo non tutti sono capaci di scremare le notizie serie da quelle farlocche, soprattutto se non abituati a leggere fra le righe e risalire sempre alla fonte di chi scrive: la situazione descritta è proprio nera, passano le giornate a litigare sul web sul fatto che molti dei vecchi si definiscono ancora infermieri professionali, e che qualcuno dei nuovi si definisce laureato in scienze infermieristiche, senza prendere in considerazione il fatto che in ogni professione ci sono le capre, quelli che hanno studiato per opera dello spirito santo e sempre ci saranno.

Più si riscaldano gli animi e più il martellamento monta, "a Canicattì hanno dato le divise troppo

corte “ “a Foligno hanno arrestato un ausiliario e sui giornali ci hanno scritto infermiere “ ma nessuno chiede a questi signori “come avete risolto ?”

I più arrabbiati sono i precari, questi poveri ragazzi che escono dall'università del sud con competenze di rifacimento unità paziente e all'università del nord con competenze di codici bianchi , tutti quanti si ritrovano in 15 mila per 10 posti messi a concorso per cui devono pagare comunque una tariffa di partecipazione che non è dato sapere dove vada a finire. “Concorso a Quiz”, “Quiz a risposta aperta”, “Quiz a risposta multipla”: ce n'è per tutti i gusti! La risposta più bella? “Se trovo la raccomandazione giusta mi voglio sistemare a fare il commissario di concorso”.

Sul web si innalzano vere e proprie guerre fra infermieri vecchio e nuovo ordinamento:

- le cose vanno male perché i vecchi sono ignoranti, sono stati presi dalle campagne ed hanno fatto un corso di sei mesi per fare gli infermieri (...mi dispiace dirlo, quel tipo di infermieri ormai è in pensione,tutti gli infermieri circolanti hanno come minimo il biennio di scuola superiore), non hanno la cultura necessaria per eseguire una programmazione e per relazionarla sui documenti del paziente
- Le cose vanno male perché i nuovi fanno un tirocinio sommario, quando sono studenti vengono con la lista di quello che non devono fare e dopo laureati non hanno mica capito che gli tocca sbarellare pertanto fiutano il posto dove c'è da star più seduti a scrivere .
- Le cose vanno male perchè le vecchie infermiere facevano carriera con l'uso dell'avvenenza e dell'amante in alto,sono abituate a sbattere le ciglia al medico ed ora sono loro che tirano le briglie del carretto infermieristico
- Le cose vanno male perché questi nuovi sono stati nelle università e li hanno pompati chiamandoli dottori, e mò si pensano che noi vecchie dobbiamo fare

le sciaquine e loro devono andare nei posti di comando .

Se qualcuno dicesse a questi che il sistema di carriera americano ben presto sarà esteso a tutti i paesi europei, la smetterebbero di sbattere ciglia e di spettegolare nelle stanze dei loro primari .

Ecco, internet serve anche a questo, ovvero a leggere cosa fanno in Commissione Europea.

Nessuno, però, trova un punto d'incontro, i fuochi sono sempre più alimentati e nel quotidiano si continua ad essere trattati da cani, vecchie e nuove leve che siano .

Dove trovare il punto d'incontro? Vigè sempre la solita massima “dividi et impera “tutto questo sconquasso fra professionisti viene alimentato per dar forza al solito pensiero dell'Italiano medio “Il problema me lo deve risolvere qualcun altro”, ed in questo caso sono accusati i colleghi professionali, i sindacati ed i beneamati politici.

Questi fuochi alle volte sono proprio alimentati da partiti politici e da sindacati con nome e cognome, che trovano forza e consensi proprio tramite internet. Sì, certo, sul web sono nascosti sotto prestanomi tipo www.infermieri sani e belli, <http://Docenti avanti tutta> o www.poliziottiinsorti, ma sotto sotto ci sono dei burattinai che sanno come condurre la commedia e dove vogliono arrivare .

Le vecchie forze non hanno ben compreso la potenza del web ed ora si ritrovano a dover combattere con uno sgretolamento della loro figura, loro sono invecchiati e la forza che era nell'amico giornalista piuttosto che millantatore di comizi è andato via via scemando in quanto la nuova generazione vive di rete, si confronta in rete ed ora le preferenze vanno verso i comunicatori della rete.

Tipico degli infermieri è quello di sparlare degli infermieri,ed anche ad alti livelli è stato fatta la stessa cosa,l'unica persona che gli infermieri hanno al parlamento è stata messa alla gogna dagli stessi infermieri. Pertanto, mentre al governo si discute sui tagli alla sanità, alla regione si studia il modo per far funzionare l'assistenza territoriale e su come impiegare questi strama-

ledetti infermieri e la loro autonomia noi rispondiamo con una bella Burlesque! Diti medi che si alzano, presidenti accusati di rubare, televendite di assicurazioni professionali, ed infermieri vecchi e nuovi che si accapigliano sull'uso dei guanti sterili durante il cateterismo d'emergenza disegnando un disastroso stato di ignoranza che invece non c'è. Se siamo arrivati sino a qui qualcuno che conosce il suo mestiere c'è e si è fatto valere in nome di tutti. Certo, denunciare è nostro preciso dovere ma, se la denuncia porta allo sminuire una figura professionale già traballante senza soluzioni, crea solo danni. Lo durante i caffè con i medici ho sentito sussurrare o occhieggiare nei confronti di ordini professionali e caste ma mai letto da parte dei medici lo spuntamento pubblico.

Adesso, che lavoro nei servizi territoriali, ho cominciato a conoscere la nuova generazione dei medici: seri, umili, senza interessi personali durante le ore di lavoro, sacrificati sino all'ultimo minuto di lavoro per smaltire nel migliore dei modi queste maledette liste d'attesa ed agguerriti come iene nella difesa dei protocolli e dell'immagine del collega, e pensando che ben presto questa nuova linfa invaderà gli ospedali vedo un grosso guaio per i miei colleghi, convinti ancora che rimboccare la federa e raccontare le ultime notizie sugli amanti del primario sia gradito ai medici. Mi ritrovo con medici che, all'ora di andar via sono ancora lì a visitare ed io, che un tempo dovevo pregare in ginocchio un medico ospedaliero affinché venisse a guardarmi un paziente a letto, mi sento finalmente parte di un sistema funzionante all'unisono. Io non guardo l'orologio e il medico, finite le visite mi dà una mano a rimettere a posto lo strumentario!

La nostra immagine va difesa, non si può chiedere che venga abolita la figura del collegio professionale per risparmiare 70 euro l'anno. Sai quanti dirigenti ne sarebbero felici? Quanti problemi di demansionamento risolveremmo ritornando l'ibrido fra ausiliario e generico? Le vecchie cialtrone che si fanno chiamare caposala (coordinatrice è un'altra cosa) che fanno solo ripetere che ai loro tempi l'infermiere "passava la pezza a terra nella medicheria" o che

si intalcavano guanti e si lavavano pezze da bollire, sarebbero felici di tornare al nostalgico status di cui si sentono all'altezza. Invece di fare la cresta sul Collegio, cercassero di risparmiare sulle uova, le bottiglie d'olio e le insalate regalate per ingraziarsi il superiore di turno che tormenta e fa mobbing chi non si uniforma alla regola. Infatti sono convinta che, quanti dichiarano superflui Sindacati Collegi Professionali, sanno che prima o poi il marcio verrà a galla e l'aver della melma attorno potrebbe aiutarla a mimetizzarsi.

Va bene, ci rileggeremo a breve, se il Collegio non deciderà di risparmiare sulla carta stampata, altrimenti mi toccherà scrivere sulla Gazzetta, così stavolta mi trasferiscono ad Olbia per davvero.

Buone feste mia adorata professione, tu che costi notti e feste sacrificate in una medicheria non a norma, tu che ci fai tremare per la paura della denuncia, tu che ci fai soffocare rabbia e lacrime quando vedi che questo sistema sanitario gratuito per tutti non lo è per tutti, sono sicura che ce la farai.



AVVISO PER GLI ISCRITTI

- 1) Gli iscritti sono pregati di comunicare (a mezzo fax, posta elettronica, posta normale) il CAMBIO DI INDIRIZZO, accludendo documento personale a conferma della variazione.
- 2) Gli iscritti sono pregati di comunicare (via fax o posta elettronica) l'indirizzo mail e la PEC.
- 3) PER infermieri che svolgono attività di docenza: rammentiamo che è obbligatoria l'iscrizione alla Cassa di previdenza ENPAPI, secondo dettati legge n. 135/2012 e che ne è stata data comunicazione agli Enti di Formazione interessati.
- 4) i Gruppi di lavoro hanno ripreso la loro attività; quanti intendano farvi parte ed avere maggiori informazioni possono rivolgersi ai componenti del Consiglio Direttivo.

MENS SANA IN CORPORE SANO



A sinistra Carla Minzera, Infermiera
Coordinatrice Struttura Semplice UTIC
Ospedale "Moscati" ASL Taranto

“Mens Sana in Corpore Sano” perché Sport è Salute, è passione, è un modo di essere. Carla Minzera ha fatto dello sport uno stile di vita, conseguendo risultati brillanti nelle varie manifestazioni alle quali ha partecipato, come la “Strafaggiano” del 6 gennaio, come nella corsa “Gran Prix Terra Jonica”, ecc. ecc.

Certamente sarà nella rosa dei primi tre classificati anche nelle prossime manifestazioni.

Programma Scientifico

PIATTAFORMA ECM 2015

1) MALTRATTAMENTO ED ABUSO SUL MINORE

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici iscritti al Collegio IPASVI Taranto
Partecipanti: N. 80 Crediti ECM: 9,5 Durata: 8 ore

2) TECNICHE NON FARMACOLOGICHE PER IL DOLORE NEL NEONATO E NEL BAMBINO

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici iscritti al Collegio IPASVI Taranto
Partecipanti: N. 80 Crediti ECM: 9,5 Durata: 8 ore

3) II RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE STRUTTURE RIABILITATIVE PEDIATRICHE

Destinatari: Infermieri non occupati o sottoccupati
Partecipanti: N. 40 Crediti ECM: 31,1 Durata: 24 ore

4) CORSO AVANZATO PER INFERMIERI COORDINATORI

Destinatari: Infermiere Coordinatore Strutturato, Infermiere Pediatrico Coordinatore Strutturato,
Infermiere Pediatrico con abilitazione a funzioni direttive o Master per funzioni di coordinamento
Partecipanti: N. 60 Crediti ECM: 36 Durata: 30 ore

5) L'ACCREDITAMENTO PERSONALE DELL'INFERMIERE: LA DIMENSIONE ETICA E DEONTOLOGICA

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici
Partecipanti: N. 80 Crediti ECM: 14 Durata: 12 ore

6) USO DEGLI ULTRASUONI PER GLI ACCESSI VASCOLARI

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici
Partecipanti: N. 80 Crediti ECM: 15 Durata: 12 ore

7) CORSI BASE DI TRIAGE (PIÙ EDIZIONI FINO ALL'ESAURIMENTO DELLE DOMANDE)

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici
Partecipanti: N. 25 Crediti ECM: 11,4 Durata: 8 ore

8) BLSD (PIÙ EDIZIONI FINO ALL'ESAURIMENTO DELLE DOMANDE)

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici
Partecipanti: N. 20 Crediti ECM: 11,8 Durata: 8 ore

9) LIBERA PROFESSIONE: QUANTO C'E' DA SAPERE

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici
Partecipanti: N. 80 Crediti ECM: 6 Durata: 6 ore

10) CURE PALLIATIVE: ACCOMPAGNARE NEL SOLLIEVO

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici
Partecipanti: N. 80 Crediti ECM: 9,5 Durata: 8 ore

XVII CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

“INFERMIERI E CITTADINI: UN NUOVO PATTO PER L’ASSISTENZA”



A Roma, dal 5 al 7 Marzo 2015, la Professione Infermieristica rifletterà sul proprio essere nel Sistema Salute del Paese partendo dagli elementi che connoteranno un nuovo patto per l’assistenza tra Cittadini e Infermieri.

**IL CONGRESSO SI TERRA’ NELL’AUDITORIUM
“PARCO DELLA MUSICA”
NEL QUARTIERE FLAMINIO.**

**IL COLLEGIO, come da consuetudine, METTERÀ
A DISPOSIZIONE GRATUITA DEI PROPRI ISCRITTI
UN PULLMAN PER ANDATA/RITORNO,
PREVIA PRESENTAZIONE DELLA
PRENOTAZIONE ALBERGHIERA.**