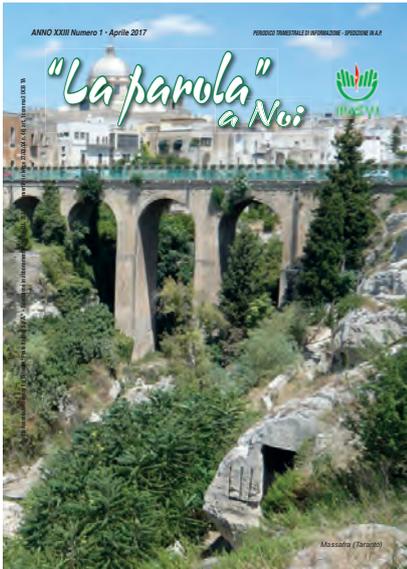


# "La parola" a Noi



Pariffa Associazioni senza fini di lucro - "Poste Italiane S.p.A." - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in legge 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 2 DCB TA



## 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         Carmela Lacatena  
Emma Bellucci Conenna     Angelica Ricciato  
Stefania Marturano         Fabiana Fontana  
Pio Lattarulo                 Cosimo Della Pietà  
Pierpaolo Volpe              Natalina Segoloni  
Cinzia Bileci                 Rosanna Montervino

Fotocomposizione e stampa  
Stampa Sud spa - Mottola (Ta)  
[www.stampa-sud.it](http://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

Editoriale .....	Pag. 3
Circolare 26/2017 diffusione foto e video .....	» 4
La casa di vetro .....	» 5
Audizione dei precari pubblici tarantini .....	» 10
L'infermiere di famiglia: prevenzione, cura e sostegno al paziente oncologico .....	» 16
Sono infermiere del sud .....	» 21
Handover infermieristico .....	» 25
Comunicazione digitale .....	» 28
Responsabilità professionale .....	» 29
Chi è l'infermiere di famiglia .....	» 31
Diario di una dottoressa con la padella .....	» 38
Le interviste - Infermieri in campo per la città ....	» 41
L'infermiere ed il REIKI .....	» 46
12 Maggio: Giornata dell'Infermiere .....	» 49
Assemblea annuale iscritti 2017 .....	» 50
Programma Scientifico .....	» 51

## Collegio IPASVI Via Salinella, 15

Tel. 099.4592699 - Fax 099.4520427  
[www.ipasvitaranto.it](http://www.ipasvitaranto.it) - [info@ipasvitaranto.it](mailto: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

Si informano gli iscritti che la Segreteria Amministrativa del Collegio IPASVI di Taranto resterà chiusa al pubblico dal giorno 22 dicembre al 2 gennaio 2017 per inventario di fine anno.

## 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.**

# L'editoriale

**Benedetta Mattiacci**  
Presidente Collegio IPASVI



**C**ari Colleghi, trimestre di grande impegno quello appena trascorso, con una serie di attività a cominciare dalla formazione, obiettivo primario da

sempre perseguito da questo Consiglio Direttivo, consapevole che "informazione, formazione, aggiornamento continuo" sono pilastri che permettono di avere gli strumenti per dimostrare "cosa è la Professione" e consentono di discutere sullo stesso piano con le altre professioni, di dimostrare competenze e capacità essenziali per un proficuo lavoro d'équipe. Molti gli eventi portati nelle varie realtà provinciali, al fine di promuovere la partecipazione di più professionisti, professionisti che hanno dimostrato di apprezzare molto la tipologia dell'evento e ne hanno chiesto l'approfondimento.

Abbiamo aggiornato gli strumenti indispensabili per il nostro lavoro di Infermieri, comunque e sempre in prima linea, organizzando:

1) i corsi di comunicazione, quella comunicazione verbale e non verbale che ci fa entrare in relazione con i soggetti del nostro "obiettivo professionale" ovvero la persona, per quello scambio di informazioni estremamente rilevanti, ad esempio, per la comprensione del disagio o dei problemi della persona oltre che per il coinvolgimento dei soggetti nel processo decisionale, nella gestione del rischio e per ascoltare e sedare stati emotivi di tensione, di paura, ecc;

2) il corso di comunicazione digitale rivolto ad infermieri e studenti di infermieristica, al fine di sfruttare al meglio le potenzialità offerte dalla Rete e di comprendere limiti ed aspetti negativi della comunicazione digitale;

3) una serie articolata di iniziative per la professione, a cominciare da un tavolo di confronto tra il Collegio ed il D.G Asl Ta, Stefano Rossi, che ha visto la convergenza di inten-

ti finalizzata all'istituzione del servizio delle Professioni Sanitarie, come previsto dalla normativa nazionale e regionale, alla proposta di Unità di degenza a completa gestione inf. ca, sino all'attivazione di Ambulatori Inf.ci nei P. S. per codici bianchi e verdi.

Voglio soffermarmi su quest'ultima proposta, perché noi Infermieri conosciamo bene l'entità del problema, sappiamo che ad intasare i P.S. sono, appunto, codici bianchi e verdi (come denunciato di recente da dati ministeriali), appannaggio del territorio che il territorio non riesce a risolvere. Non dobbiamo lasciarci trascinare in beghe di protagonismo, ma dobbiamo fare quello che sappiamo fare bene e pretendere la disamina delle nostre proposte, specie se oculute e con ricadute sull'efficienza delle prestazioni.

Il Collegio ha suggerito al D. G. questa soluzione, che tutti dobbiamo sostenere con determinazione, al fine di porre il paziente critico al centro del percorso di cura di un servizio strutturato per le emergenze, quindi codici rossi e gialli, ottimizzando la qualità delle prestazioni, riducendo i tempi di attesa dei codici gialli, ma, anche, creando nuovi spazi occupazionali rispondenti alla domanda di salute delle persone.

Nel frattempo, il Collegio, come componente del CUP (Comitato Unitario delle Professioni),

1) sta dando il suo contributo alla sensibilizzazione della difesa delle casse di previdenza, essenziali per gli Infermieri libero-professionisti;

2) sta collaborando per redigere un "Manifesto" dei bisogni della città nel quale siano contenute anche linee guida in tema sanitario, "Manifesto" da sottoporre prossimamente all'attenzione di tutti i candidati-sindaco.

Il Collegio è altresì impegnato in incontri con l'Aress e la Consulta degli ordini professionali per formulare attività previste per l'anno 2017:

nostra proposta è quella di contrastare le cronicità, “accompagnando” le persone per una migliore qualità di vita

Cari Colleghi, questo è soltanto uno spaccato della vita e dell’attività del Collegio, del “Nostro Collegio”

INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI  
VIGILATRICI D'INFANZIA



**Circolare n. 26/2017**

PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

Prot. P-3003/I.12

**LORO SEDI**

**Data** 13 aprile 2017

**Oggetto:** Diffusione di foto e video  
da parte di esercenti le professioni sanitarie

**Federazione Nazionale Collegi IPASVI**

00184 Roma  
Via Agostino Depretis 70  
Telefono 06/46200101  
Telefax 06/46200131  
Cod. Fisc. 80186470581

In data 29 marzo u.s. il Ministero della salute ha trasmesso ad alcune Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi una nota (allegata) con la quale si evidenziava la problematica in merito alla pubblicazione di fotografie e *selfies* sui social networks scattate da parte di professionisti sanitari durante l’esercizio della propria attività lavorativa.

Condividendo pienamente le considerazioni espresse dal Ministero si rammenta che l’infermiere è tenuto a rispettare la normativa di cui al D.Lvo 196/20013 relativa al Codice in materia dei dati personali (Privacy). Si sottolinea altresì che il Codice deontologico dell’infermiere, in vari articoli, dispone il rispetto dei diritti del paziente anche in quanto persona con particolare riferimento alla tutela della riservatezza e della dignità dell’individuo.

Nella certezza che i comportamenti su descritti coinvolgono un numero minimo di professionisti infermieri a fronte di una maggioranza che svolge giornalmente, con capacità e competenza, il proprio lavoro, si pregano i Collegi in indirizzo a rendere nota agli iscritti la problematica evidenziata e a vigilare sul rispetto della deontologia professionale.

Cordiali saluti.

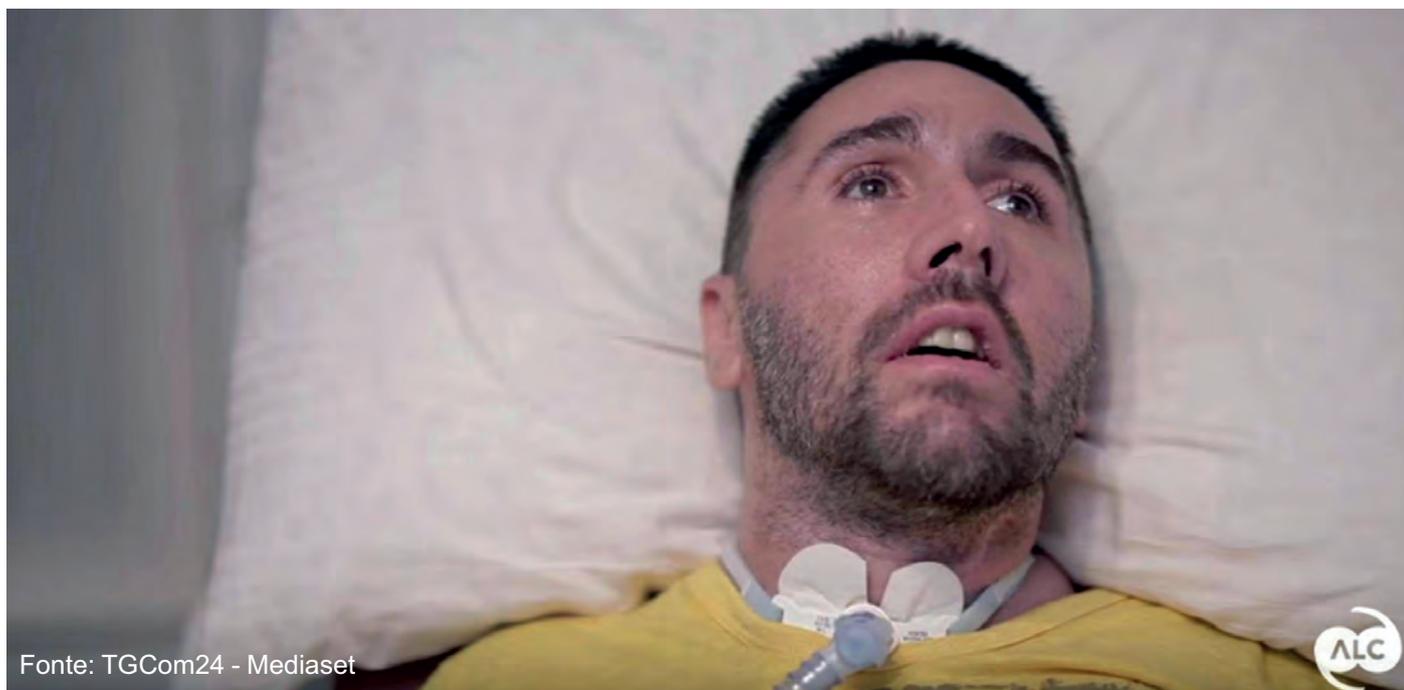
*La presidente*

Barbara Mangiacavalli

# LA CASA DI VETRO

**Dott.ssa Stefania Marturano**, Infermiera Clinica presso la S.C. di Medicina Interna del P.O. "San Giacomo" di Monopoli – Asl Bari

**Dott. Pio Lattarulo**, Infermiere Dirigente del Servizio delle Professioni Sanitarie – P.O. Orientale – ASL Taranto – Professore a contratto di Discipline Infermieristiche presso le Università degli Studi di Bologna, Bari, Roma TorVergata e LUM – Consulente della Federazione Nazionale Infermieri per la revisione del Codice di Deontologia.



Fonte: TGCom24 - Mediaset

## ABSTRACT

La triste uscita di scena dal consorzio umano del giovane Fabiano Antoniani, meglio noto come DJ Fabo, ha nuovamente scosso le acque limacciose in cui bagnano le coscienze di tutti coloro i quali, pur potendo, non agiscono. Impegnati nell'agone politico, dai tempi dei casi Welby, Englaro, Nuvoli, Piludu, Coscioni (solo per citare i più famosi), si esprimono artatamente o non si esprimono affatto, non ritenendo le questioni del fine vita capitali, forse perché non vicine o per non dispiacere ad una delle parti in causa, prevalentemente quella cattolica.

Si preferisce che le storie drammatiche di queste persone continuino ad essere scritte nelle Aule dei Tribunali, discusse di volta in volta da Corti di Giustizia con orientamenti differenti che, vieppiù negli ultimi anni, continuano sostanzialmente a sostenere il diritto per la persona assistita ad autodeterminarsi.

Ciò che si vuole evidenziare è il giusto peso da conferire alla libertà, quanto alle scelte individuali. Altresì, si vuol rimarcare l'importanza del consenso realmente informato su certe pratiche che divengono irrinunciabili, e sulla necessità cogente di una normativa sulle Direttive Anticipate di Trattamento.

Il DDL Lenzi, in discussione allo stato alla Camera dei Deputati, appare come un buon testo, con qualche miglioria da apportare. Supera la visione medievale, cui era ispirato, dell'ultima bozza di DDL sulle DAT, il Calabrò, non convertito in legge, ed a proposito del quale la Federazione Nazionale Infermieri si espresse con il Pronunciamento sul Fine Vita (anno 2009).

**KEYWORDS:** suicidio assistito – autodeterminazione – libertà – dichiarazioni anticipate di trattamento – pronunciamento sul fine vita.

## LA CASA DI VETRO

Abitare nello spazio fisico del dolore senza fine, vivere in un tempo indefinito, esistere nel vuoto, galleggiare in una bolla che non scoppia mai ed infine uscire dalla casa di vetro. Questa la condizione di esistenza in vita di Fabiano Antoniani, alias DJ Fabo, tetra paretico e non vedente, a seguito di un incidente stradale occorso nell'anno 2014. Fabiano, dopo aver vissuto numerose esperienze riabilitative e tentato anche terapie sperimentali, per uscire dalla situazione da lui descritta come "una notte che non ha mai fine"<sup>1</sup>, ha scelto, il 27 Febbraio di quest'anno, una exit strategy, ovvero il suicidio assistito nella clinica Dignitas, sita nei pressi di Lugano, luogo in cui è stato accompagnato dall'esponente radicale Marco Cappato, storicamente partecipe in queste situazioni.

La condizione del giovane dee-jay è divenuta nota per aver formulato il citato appello al Capo dello Stato, attraverso la voce di Valeria, la sua compagna di vita.

Non ha ricevuto, contrariamente a casi del passato, neppure risposta. Soltanto successivamente al noto esito della vicenda, Sergio Mattarella, in occasione di un intervento alla celebrazione della Giornata delle Malattie Rare, ne ha fatto cenno dicendo: "Nessun malato, ovunque, ma particolarmente nella nostra Repubblica, deve sentirsi invisibile e dimenticato"<sup>2</sup>. Quantunque sia ben chiaro che, per l'ordinamento giuridico italiano, il Presidente della Repubblica non ha potere di emanare leggi né tantomeno quello di autorizzare la morte, il videomessaggio dei due giovani avrebbe potuto ricevere acconce parole di conforto.

**Era solo?** Il riferimento all'ipotetica solitudine è stato citato da più parti. Ne leggiamo esemplificazione: "E' una sconfitta grave e dolorosa per tutta la società, per tutti noi, perché la vita umana trae spunto, forza e valore anche dal fatto di vivere dentro a relazioni d'affetto, dove ognuno può ricevere e può donare

amore"<sup>3</sup>. Così l'ipse dixit del Cardinale Angelo Bagnasco.

**Sarà vero?** Forse no, perché dalla stessa sponda giunge ben altro: "Fabo, grazie perché ci costringi a riflettere su ciò che volentieri fingiamo di ignorare: la sofferenza umana, il suo peso, la sua grazia, il suo mistero"<sup>4</sup>. Un'altra visione quella che traspare dalle parole di Don Maurizio Patriciello.

Anche perché "La dichiarazione più irrispettosa e, lasciatemelo dire più odiosa, che ho sentita, è stata quella che affermava con sicurezza che la causa di queste morti sarebbe da ricercare nella solitudine, nella mancanza di amore e nell'incapacità di vedere la bellezza della vita"<sup>5</sup>.

Fabiano soffriva la permanenza nella casa di vetro, non la solitudine. "Non c'è mai stato un giorno senza Valeria nel tempo immobile di Fabo. Mai. E non c'è mai stata l'ombra del pietismo. Chi li ha visti assieme racconta, invece, di una dramma che non è riuscito a cambiare la natura del loro amore, di due che non hanno mai smesso di essere coppia, che sono riusciti a ridere e prendersi in giro, nonostante tutto"<sup>6</sup>.

In buona sostanza, per la triste vicenda del giovane DJ, è opportuno fare alcune considerazioni che sfiorino la linea di principio, reputando opportuno utilizzare il metro della compianta Miriam Mafai. Nelle giornate di battaglia campale che accompagnarono il commiato dal "vivere" di Eluana Englaro, invocava a gran voce la sospensione del giudizio.

## QUALE LIBERTA'

Libertà per chi? Libertà per cosa? Libertà per tutti di poter scegliere tempi e modi della cura, in un contesto ben più ampio della tanto acclamata ma poco praticata alleanza terapeutica

<sup>3</sup> Rodari P., Dalle crociate di Ruini ai toni soft di Bagnasco così il Papa ha ispirato la svolta sul fine vita, Repubblica, 1.3.2017.

<sup>4</sup> Rodari P. ibidem.

<sup>5</sup> De Luca M., Dignitas e pietas, valori dimenticati, Il Sole 24 Ore, 5.3.2017.

<sup>6</sup> Fasano G., La musica, Valeria, l'incidente "Ora voglio uscire dalla gabbia", Corriere della Sera, 27.2.2017.

<sup>1</sup> video.repubblica.it > Home > Cronaca visita del 20.3.2017 alle ore 20.30

<sup>2</sup> Cavalli G. Fabo, Il premier ora confronto in Aula, Corriere della Sera, 1.3.2017.

tica. Parliamo di un'autentica relazione di cura, momento spesso sospeso in cui le parti s'intendono circa il percorso da seguire e le tappe intermedie.

Tutto questo perché "le giornate che scorrono interminabili nelle corsie degli ospedali, nelle stanza degli hospices, a casa di una persona affetta da una malattia senza speranza, lento nella consunzione continua, potrebbero essere rappresentate in un graphic novel con i colori del grigio<sup>7</sup>".

Dal grigio è possibile passare a una scala di colori, quando gli aspetti sono definiti ed a regnare sovrana non è l'incertezza, l'indeterminazione, ma la piena illuminazione sul cammino che si sta compiendo.

Libertà di ricevere le cure appropriate, ma anche di rifiutarle. Non è mica detto che una volta salpati verso un porto incerto, nel caso di un viaggio che con ogni probabilità vedrà l'alternarsi di un pallido sole a molti marosi, non si possa decidere di fermarsi per uno scalo intermedio, per l'incapacità, l'impossibilità, di reggere il timone ancora a lungo.

Forse la nostra è una libertà ancora incompiuta? Quello che è con certezza affermato in documenti storici come il Codice di Norimberga del 1946, la Dichiarazione di Helsinki del 1964 (particolarmente all'art. 5) e l'art. 32 della splendida Costituzione della Repubblica Italiana è poi tradotto in pratica? Potremmo affermare che spesso questi caposaldi tendono a non essere considerati particolarmente rilevanti, soprattutto in quei luoghi di cura in cui la persona è ancora trattata alla stregua di paziente, è oggetto e non soggetto – parte attiva della strategia di cura e di cure.

"Parlare di persona e non di soggetto, significa fare riferimento diretto all'individuo nella concretezza del vivere, alle sue condizioni reali e non a un'astrazione giuridica<sup>8</sup>".

Libertà che deve essere in alcuni casi vincolata ad una scelta pregressa ma, particolar-

mente, alla corretta informazione. "Mi domando se nei vari passaggi seguiti al suo tragico incidente, a Fabiano è stato chiesto cosa volesse veramente, se è stato messo in grado di scegliere sapendo cosa comportavano le sue scelte<sup>9</sup>".

Si è liberi soltanto se messi in condizione di valutare un ventaglio di opportunità! E' vero che le libertà intellettuali spesso portano i valori a entrare in conflitto tra loro, ma è pur vero che il Codice di Deontologia Infermieristica, già dalla versione 2009, andate vane le opportunità dell'ascolto e del dialogo, permette l'affrancarsi da situazioni non condivise. E' individuato uno strumento prezioso, che va incentivato nella riflessione etica e validato nella letteratura giuridica, la clausola di coscienza.

Premesso il "non abbandono<sup>10</sup>", è necessario sottolineare l'opportuna condizione dell'essere liberi anche nel prestare o meno la cura in alcune condizioni. La libertà implica il rispetto. Martin Luther King affermava: "La mia libertà finisce dove inizia la tua". Ma non solo. Talvolta, percorsi di condivisione di idee, sentimenti, emozioni, portano a ricercare punti di coincidenza in piena libertà. Vien da sé l'assoluta indispensabilità della chiarezza d'intenti, che il gioco della vita sia condotto a carte scoperte, che non vi siano tentativi di by-pass nella corretta informazione, specie quando i chiarimenti da fornire non sono di minima entità. E' doveroso non dare mai per scontato che l'esercizio della propria libertà sia sempre fattibile; ne sono prova le esperienze che ci vengono riportate da quei Paesi nei quali la democrazia è concetto sconosciuto. La libertà, a nostro parere, va intesa come una pianta, fatta crescere, curata quotidianamente, non trattata con strani innesti, né vincolata a nessuna canna di bambù.

## LA CORONA DI SPINE

"Quando tutto è finito, sul petto gli hanno posato una rosa rossa. La sua anima è libera.

<sup>7</sup> Lattarulo P., Bruni M.C, Etica : il grande bisogno di oggi in Lattarulo P. , Bioetica e deontologia professionale, McGraw- Hill, 2011:19.

<sup>8</sup> Rodotà S., Obbligati alla civiltà, L'Espresso, 19.3.2017.

<sup>9</sup> Pasolini C. ,Ora subito la legge ma anche con quella sarebbe dovuto andare all'estero, La Repubblica, 28.2.2017.

<sup>10</sup> Federazione Nazionale Infermieri, Bozza di Codice Deontologico, 2018.

Il suo corpo, la prigione da cui è voluto fuggire, verrà cremato questa mattina intorno a mezzogiorno<sup>11</sup>.

Tutto è compiuto, ed il Cristo può essere deposto dalla Croce, sulle cui legna, le circostanze dalle vita, lo hanno inchiodato. Maria Dolente, l'Addolorata muta, trafitta e immobile, magnificamente tradotta in musica da Padre Serafino Marinosci, non ha potuto nemmeno tenerlo per mano, mentre rendeva l'anima a Dio. Sua mamma, la madre di Fabo, che soltanto il Caravaggio avrebbe potuto raffigurare ad imperitura memoria, ha dovuto affidare gli ultimi istanti della vita di suo figlio all'estranea professionalità dei sanitari della Dignitas. Tutto questo, per salvarla dall'accusa di omicidio del consenziente.

Chissà com'è lasciar andare senza toccare, non registrare nei propri occhi l'ultimo sguardo di tuo figlio morente, non poterlo accarezzare, non augurargli nell'orecchio buon viaggio. Solo dopo, assieme alla Maddalena del suo figliuolo, ha potuto raccogliergli le spoglie mortali prima che il tutto finisse con lo spargere delle ceneri. Polvere siamo e polvere ritorneremo, difficile non rinviare il pensiero alla giornata in cui si commemorano le Ceneri e che avviano a riflessione sull'essere, sulla caducità della vita umana.

Improbabile non pensare a Fabiano, flagellato dai colpi della vita, ridotto dalla sorte a novello Ecce Homo, condannato a perpetua crocefissione. La condizione è dura, il dolore del corpo e dell'anima annichilirebbero chiunque. Ciò non di meno va ribadito che sarebbe stata assolutamente lecita la sua volontà di permanere in vita in questa condizione, così come lo è quella di sospendere le cure.

Il suo amore per la vita era grande, i videomessaggi che ha lasciato ne sono la prova irripetibile. "L'amore non si può fotografare, ma, se si potesse, sarebbero loro due che si guardano",<sup>12</sup> queste la testimonianza di un amico di Fabiano e Valeria. Come se ne esce ?

<sup>11</sup> Cavalli G., *ibidem*.

<sup>12</sup> Colaprico P., La lettera testamento di Fabo "Un diritto terminare l'agonia", Repubblica, 1.3.2017.

Difficile dirlo! Chi scrive non ha certezze; ci si è a lungo confrontati su una tematica del genere e sul caso di specie nel particolare. Il punto è un altro, è che le note sul limine vitae rischiano di essere sempre scritte su un tavolino poggiato nelle sabbie mobili. Man mano che si affronta la questione si sprofonda e riemerge, al passo di un tango argentino.

E' altamente improbabile detenere la verità in materia. L'immagine visiva può essere quella di un elefante funambolo che oscilla su una corda tesa tra due punti infiniti. Fabo è rimasto attaccato alla vita sino a quando, come Maggie, in quell'affresco cinematografico che è One Million Dollar Baby non riusciva più a sentire la voce dei tifosi. "Non lasciarmi sdraiata qui", chiedeva Maggie a Frankie il suo allenatore – coach anche di vita. Clint Eastwood e Hillary Swank sono attori troppo poco premiati per aver saputo imprimere, in ciascuno di noi segni, sensi e significati troppo difficili per essere riprodotti artificialmente.

### **E IL PENSIERO INFERMIERISTICO ?**

Se è vero che la bozza del Codice Deontologico 2018 non prevede più, al momento, riferimenti specifici a trattamenti finalizzati alla morte, ampiamente disciplinati dal Codice Penale, sovraordinato alla deontologia professionale, è pur vero che in Italia, terra sempre frammentata in Guelfi e Ghibellini, molto difficilmente si addiverrà mai ad una normativa su eutanasia o suicidio assistito.

La riprova ? " Nella società iperindividualista c'è questa idea : tu decidi per conto tuo come ti pare. Con questa logica può accadere tutto, allora ha ragione anche il ragazzo che si butta dalla finestra perché è stato bocciato. Il problema è far capire all'altro che lui, per me, è importante, è parte della mia vita, e la sua morte mi dà un dolore enorme<sup>13</sup>". Paragonare una sofferenza, connessa ad inguaribilità, ad una bocciatura è veramente hard.

Chi mostra egoismo in questo caso ? Chi soffre le pene dell'inferno e vorrebbe essere liberato dalla colonna del flagello o chi non

<sup>13</sup> Paglia V., Presidente della Pontificia Accademia per la vita, Corriere della Sera, 27.2.2017.

riesce a staccarsi dal bene amato. Per avere conferma di quanto affermato, basta ascoltare le parole di Mina Welby che in più occasioni ha raccontato di aver involontariamente prolungato la storia in vita del suo Piergiorgio, il notissimo attivista radicale la cui storia è ben conosciuta. Il timore di lasciarlo andare, di non vederlo più, fu più forte dell'autodeterminazione, del volere della persona interessata.

Come poter avviare a tutto ciò? Come rendere possibile il realizzarsi dell'autodeterminazione in modo particolare nelle ultime fasi della vita? Attraverso uno strumento ancora in nuce, il testamento biologico.

In questi giorni è in discussione una proposta di legge ben più articolata ed in linea con i principi enunciati rispetto al precedente DDL Calabrò, che non ha poi visto la conversione in legge nel 2009. Nato sull'onda della questione Englaro, deponeva corona e scettro nelle mani del medico, plenipotenziario su vita e morte, distorcendo il concetto di alleanza terapeutica. Si affermava, in maniera paradossale, all'art. 2: "Il medico non può prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente, o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica. Le indicazioni sono valutate dal medico, sentito il fiduciario, in scienza e coscienza, in applicazione del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute.." Siamo allora così sicuri che sia questa la visione corretta del testamento biologico?

Espressa la propria volontà, le persone si rimetterebbero alla decisione di un medico, in un Paese che ha quote di obiettori per IVG da fare invidia al Parlamento Bulgaro. In realtà andrebbe ri- affermato il principio che: "Ogni individuo ha pari dignità e non devono esservi autorità superiori che possano arrogarsi il diritto di scegliere per lui in tutte quelle questioni che riguardano la sua vita e la sua salute".<sup>14</sup>

L'attuale DDL in discussione alla Camera in questi giorni, e di cui è relatrice l'On. Donata Lenzi (PD), titolato "Norme in materia di con-

senso informato e dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari" ha un taglio completamente differente: analizza e approfondisce con maggiore completezza il consenso informato, ed in ossequio alla Convenzione di Oviedo, reitera il diritto a revocarlo in qualsiasi momento, anche nei casi in cui implica la sospensione di nutrizione e idratazione artificiale.

Ovviamente il Magistero lo rifiuta. Si tratterebbe di un testo che è bel lontano "da un'impostazione personalistica; è piuttosto, radicalmente individualista, adatta a un individuo che si interpreta a prescindere dalle elezioni, padrone assoluto di una vita che non si è dato"<sup>15</sup>. Tale, la lettura del Cardinale Bagnasco.

Interessante invece la proposta dell'Infermiera Senatrice Annalisa Silvestro, formulata all'apposita Commissione Bicamerale, sospinta anche con un pubblico statement, da Aniarti, Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica. Chiede di inserire nel testo i riferimenti oltre che al medico anche ai componenti dell'equipe assistenziale, altrimenti mai citati nel testo. Nel punto dedicato alla formazione, che sia rivolta anche al personale sanitario ed al personale di supporto all'assistenza, e che il tempo dedicato alla comunicazione sia tempo di cura per l'equipe assistenziale e non solo tra medico e persona assistita.<sup>16</sup>

Quando la Federazione Nazionale Infermieri espresse perplessità sul DDL Calabrò, attraverso il Pronunciamento sul Fine Vita,<sup>17</sup> dimostrò la sua storica vicinanza alla persona assistita ed a coloro per lei significativi, non solo alla fine della vita, ma nell'intero momento della perdita<sup>18</sup>. Tutto questo, tramite l'applicazione del *primum movens* dell'esercizio professionale infermieristico, il gesto assistenziale e la sua connotazione etica.

<sup>15</sup> [www.lanuovabq.it](http://www.lanuovabq.it) visita del 27.3.2017 alle ore 21.00.

<sup>16</sup> [www.aniarti.it/sites/default/files/documenti/comunicato\\_stampa\\_aniarti\\_testamento\\_biologico.pdf](http://www.aniarti.it/sites/default/files/documenti/comunicato_stampa_aniarti_testamento_biologico.pdf) visita del 27.3.2017 alle ore 22.45.

<sup>17</sup> [www.ipasvi.it/archivio\\_news/download/827\\_1302125758\\_229.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/827_1302125758_229.pdf) visita del 27.3.2017 alle ore 23.15.

<sup>18</sup> Federazione Nazionale Infermieri, Bozza di Codice Deontologico, 2018.

<sup>14</sup> Flamigni C., Massarenti A., Mori M., Petroni A. Manifesto per la bioetica laica.

# AUDIZIONE DEI PRECARI PUBBLICI TARANTINI DAVANTI ALLA COMMISSIONE PETIZIONI DEL PARLAMENTO EUROPEO SULL'USO ABUSIVO DEI CONTRATTI DI LAVORO A TERMINE DA PARTE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE. **ITALIA UMILIATA IN COMMISSIONE PER LE PETIZIONI**

*Dott. Pierpaolo Volpe, Infermiere, Master in infermieristica forense*



**I**l 22 marzo si è svolta l'audizione, davanti alla Commissione Petizioni del Parlamento Europeo, di alcuni lavoratori precari tarantini alla presenza della Commissione europea e del Governo italiano, in ordine alle ripetute violazioni del diritto comunitario compiute dallo Stato italiano in materia di contratti a termine nelle pubbliche amministrazioni.

Al termine dell'audizione, la Presidente svedese della Commissione, Cecilia Wikstrom, ha usato parole molto forti nei confronti dello Stato italiano, affermando che la situazione italiana dei precari pubblici non è **“degnata di un paese dell'Unione europea nel 2017.”**

La presidente, in particolare, ha severamente contestato al rappresentante del governo italiano di aver fatto un intervento estremamente superficiale ed approssimativo, ed alla rappresentante della Commissione europea di non aver fornito alcuna informazione in merito alla procedura di infrazione aperta nei confronti dello Stato italiano, limitandosi a delle vuote affermazioni.

Durissima è stata la mia replica dopo aver ascoltato il breve e criptico intervento del rappresentante del Governo italiano, che con molta convinzione ha affermato che tra le misure da adottare per risolvere il precariato, vi è quella dell'inasprimento delle sanzioni per i dirigenti.

E' stato inaccettabile, avvilente, ascoltare queste parole in quella assise, soprattutto davanti alle istituzioni comunitarie.

Per il Governo italiano inasprire le sanzioni per i dirigenti (per colpa del blocco del turn-over costretti a far ricorso ai contratti a tempo determinato) è la misura effettiva, proporzionata, equivalente ed energica richiesta dalla giurisprudenza comunitaria, per prevenire e sanzionare debitamente l'utilizzo abusivo dei contratti a termine nella PA. Una vera assurdità giuridica già delibata dalla Corte di giustizia.

Il 22 marzo abbiamo ottenuto un grandissimo risultato: è stata approvata una udienza pubblica (Public Hearing) sul tema della Pro-



tezione dei diritti fondamentali dei lavoratori a tempo determinato da svolgersi nel prossimo autunno.

È in fase di definizione, inoltre, una proposta di risoluzione del problema del precariato pubblico, da discutere al Parlamento europeo. La proposta di risoluzione è un atto che viene approvato dai gruppi parlamentari, portato in discussione quindi al voto del Parlamento Europeo.

È stato deciso, infine, che tutte le petizioni proposte rimarranno aperte fino alla definizione del problema.

In tale sede a fortemente sostenere le richieste dei precari la europarlamentare italiana Eleonora Evi e quella greca Kostadinka Kuneva del gruppo GUE, anche in rappresentanza della europarlamentare Eleonora Fiorenza,

assente per concomitanti impegni istituzionali.

La delegazione italiana presente all'audizione, composta da me e dagli Avv.ti Vincenzo De Michele del Foro di Foggia, Sergio Galleano del Foro di Milano, Fernando Caracuta e Luca Bosco del foro di Lecce, non può che esprimere grande soddisfazione per l'importante risultato ottenuto e confidare nel sostegno decisivo del Parlamento Europeo in questa battaglia di giustizia ed equità.

#### **OSSERVAZIONI SCRITTE DELLA COMMISSIONE EUROPEA SULL'USO ABUSIVO DEI CONTRATTI DI LAVORO A TERMINE DA PARTE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE .**

DEMOLITA NELLE FONDAMENTA LA SENTENZA 5072/16 DELLA CORTE DI CAS-

## SAZIONE A SEZIONI UNITE

Il 23 marzo, esattamente il giorno dopo la nostra audizione davanti alla Commissione Petizioni del Parlamento Europeo, sono state trasmesse le Osservazioni scritte del Servizio Giuridico della Commissione europea, nella causa C-494/16 pendente in Corte di giustizia sulla sanzione effettiva ed equivalente in caso di utilizzo abusivo dei contratti a termine nella Pubblica amministrazione.

La Commissione europea condividendo integralmente i dubbi del Tribunale di Trapani sulla non compatibilità comunitaria della sanzione inventata dalla Cassazione, ha demolito nelle fondamenta la sentenza n.5072/2016 delle Sezioni Unite.

La Commissione europea al punto 50 nell'affermare che ***“l'aver identificato il rimedio applicabile nel pagamento di un'indennità che il legislatore ha invece previsto, all'art. 32, comma 5, della l. 183/2010, come dovuta solo “nei casi di conversione” del rapporto di lavoro, mentre i lavoratori che dovrebbero avvalersi di tale indennità non possono chiedere questa conversione (ex art. 36, comma 5, del d. lgs. 30 marzo 2001 n. 165), è un'evidente fonte di incertezza giuridica e, in tal senso, parrebbe andare contro l'esigenza di assicurare una efficace applicazione della direttiva 1999/70/CE e dell'accordo quadro”*** smentisce totalmente l'interpretazione adottata dalla Cassazione, e ne certifica l'incompatibilità con la giurisprudenza della Corte di giustizia.

La Commissione europea al punto 32 nell'affermare ***“che la compatibilità con il principio di equivalenza dei rimedi risarcitori indicati nella sentenza delle Sezioni Unite n. 5072/2016 non va accertata alla luce di quanto previsto dal diritto italiano per i rimedi azionabili dai lavoratori danneggiati da un ricorso abusivo alla contrattazione a termine commesso da un datore di lavoro privato, ma alla luce di quanto previsto dal diritto nazionale per casi simili, ma riguardanti la medesima categoria di lavoratori della pubblica amministrazione”*** apre la strada a scenari inimmaginabili fino

a qualche mese fa dopo la “chiusura” della Corte di cassazione alla possibilità giudiziale di convertire i contratti da tempo determinato ad indeterminato

Al punto 33 viene chiarita la strada da seguire: ***Il giudice nazionale, solo competente a interpretare il diritto nazionale, dovrà dunque ricercare eventuali rimedi simili che siano azionabili da lavoratori appartenenti al settore pubblico, ricordando che, per costante giurisprudenza, due rimedi sono simili quando hanno il medesimo oggetto. Nel caso di specie, detto oggetto è il risarcimento del danno per comportamento abusivo del datore di lavoro pubblico.***

La Commissione europea al punto 41 conferma la non compatibilità comunitaria della sentenza 5072/16 quando afferma che ***“In merito all'ulteriore rimedio del danno per perdita di “chance”, è certo vero che si tratta di un rimedio che si aggiunge all'indennità forfettaria. Tuttavia, la Corte vi si è già pronunciata nel caso Papalia, nel quale ha sottolineato come l'assenza di presunzioni nel consentire la prova della perdita di “chance” per il lavoratore possa impedire di considerare tale ulteriore risarcimento come una forma di rimedio adeguata per sanzionare l'abuso del ricorso alla contrattazione a termine.***

***Si aggiunga anche che, nell'ordinanza di rinvio, il giudice a quo ha espresso delle forti perplessità sulla concreta esperibilità di tale ulteriore risarcimento del danno e la Commissione considera che tali rilievi sono pienamente fondati, soprattutto perché non sembra che le Sezioni Unite abbiano fornito gli ulteriori elementi richiesti dalla Corte in Papalia quanto al danno per perdita di “chance”: come rilevato dal giudice del rinvio, le Sezioni Unite non hanno escluso la necessità di un onere della prova per il danno da perdita di “chance”.***

Al punto 52 la Commissione apre la strada alle stabilizzazioni: ***In mancanza di tale alternativa efficace, l'accordo quadro osta a una normativa che vieta in maniera as-***

**soluta, nel settore pubblico, la trasformazione in contratto a tempo indeterminato di una successione di contratti a tempo determinato, come la Corte ha chiaramente precisato in Adeneler.**

Il “Totem” del pubblico concorso in caso di abusivo utilizzo dei contratti a termine

L’art. 97 comma 4 della Costituzione va letto nella sua interezza: *Agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso, salvo i casi stabiliti dalla legge.*

Uno dei casi previsti dalla legge è certamente il superamento dei 36 mesi di servizio anche con continuativi ai sensi dell’art. 5 comma 4 bis del Dlgs 368/2001 per il personale precario che è stato comunque selezionato tramite procedura concorsuale per soli titoli (avviso pubblico).

L’art. 97 comma 4 della Costituzione sulla necessità del pubblico concorso per l’accesso alla PA, deve però bilanciarsi con l’art. 117 comma 1 della Costituzione italiana il quale prevede che *“La potestà legislativa è esercitata dallo Stato [70 e segg.] e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall’ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.”* (direttiva 1999/70/ce e giurisprudenza comunitaria).

Le ASL quali Enti pubblici economici.

La sentenza 5072/2016 della Cassazione a Sezioni Unite è in contrasto, tra l’altro, con altre sentenze delle stesse Sezioni Unite. Provo a ricostruire le incongruenze degli arresti giurisprudenziali.

Le Aziende sanitarie locali sono state definite dalla Corte Costituzionale “Enti pubblici economici” (vedi ordinanza 49/2013).

La Corte di cassazione a Sezioni Unite con sentenza 4685/2015 del 09/03/2015 ha statuito al punto 14 che *“Quanto ai limiti soggettivi di applicabilità di questa disciplina, è il tenore stesso della formulazione dell’art. 36 ad indicare un primo limite al suo campo di applicazione. Esso si applica, infatti, solo alle “amministrazioni pubbliche”, ovvero, secondo*

*la definizione contenuta nell’art. 1, c. 2, dello stesso d.lgs. 30.03.01 n. 165 a “... tutte le amministrazioni dello Stato..., le Regioni, le Province, i Comuni, le comunità montane e loro consorzi e associazioni ... tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali..”;* sono dunque esclusi gli enti pubblici economici (Sez. Lavoro 18.02.11 n. 4062, nonché 18.10.13 n. 23702, con riferimento alle società di capitale controllate dagli enti pubblici cui è demandato lo svolgimento di servizi a favore della collettività).”

La Cassazione a Sezioni Unite in prima *facie* esclude l’applicabilità dell’art. 36 dlgs 165/2001 e quindi del divieto di conversione alle ASL (Enti pubblici economici) con la sentenza 4685/2015 del 09/03/2015 per poi ribadirlo nella sentenza 5072/2016.

Il Tribunale di Foggia nella sua ordinanza solleva proprio questi profili di incongruenza.

La lettura dell’ordinanza 260/2016 dell’11/12/2015 della Corte costituzionale ci aiuta nella lettura del quadro normativo-giurisprudenziale anche sotto altri profili.

La Corte costituzionale con l’ordinanza 260/2016 dell’11/12/2015 differenzia il vizio genetico nella instaurazione del rapporto di lavoro dal “rinnovo” che attiene alla successione dei contratti e all’aspetto dinamico del rapporto negoziale. Ed è proprio sulla successione dei contratti e all’aspetto dinamico del rapporto negoziale per i lavoratori dello spettacolo che il Giudice delle leggi dichiara incostituzionale la norma che vietava la conversione giudiziale dei contratti. Relativamente a questo profilo posto a scrutinio di costituzionalità attendiamo la valutazione della Consulta grazie all’ordinanza del Tribunale di Foggia.

Il divieto di conversione potrebbe valere per il vizio genetico (per prevenire assunzioni “farlocche” e clientelari dei dirigenti della PA) ma non quanto per attiene alla successione dei contratti e all’aspetto dinamico del rapporto negoziale (art. 5 comma 4 bis dlgs 368/2001).

Affrontiamo ora il problema della leale cooperazione.

Il Tribunale di Foggia ha sollevato anche il problema della leale collaborazione tra gli Stati membri e le istituzioni dell'UE art. 4 comma 3 TFUE avendo lo Stato italiano affermato nelle osservazioni scritte nella causa Affatato C-3/10 che in Italia superati i 36 mesi il contratto veniva convertito a tempo indeterminato nel settore pubblico ai sensi dell'art. 5 comma 4 bis del Dlgs 368/2001; tale affermazione è confermata dalla Commissione europea nella risposta scritta all'interrogazione E-2354/2010 della Europarlamentare Rita Borsellino:

*Lo scopo della direttiva 1999/70/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999, relativa all'accordo quadro CES, UNICE e CEEP su lavoro a tempo determinato(1) è di migliorare la qualità del lavoro a tempo determinato garantendo l'applicazione del principio di non discriminazione nonché di creare un quadro per la prevenzione degli abusi derivanti dall'utilizzo di una successione di contratti o di rapporti di lavoro a tempo determinato.*

*L'Italia ha recepito la direttiva nella normativa nazionale con il decreto legislativo n. 368 del 6 settembre 2001 (modificato). L'articolo 4 del DL specifica che un contratto a tempo determinato può essere prorogato non più di una volta e che la durata totale di uno o più contratti a tempo determinato non può superare i tre anni.*

*L'articolo 5 prevede che i contratti a durata determinata sono considerati contratti a durata indeterminata se vengono rinnovati entro un periodo di 10 giorni dalla data di scadenza per un contratto di durata fino a sei mesi, ovvero 20 giorni dalla data di scadenza di un contratto di durata superiore ai sei mesi. Inoltre l'articolo 5, punto 4bis del suddetto DL stipula che, fatte salve diverse disposizioni di contratti collettivi, qualora per effetto di una successione di contratti a termine per lo svolgimento di mansioni equivalenti il rapporto di lavoro fra lo stesso datore di lavoro e lo stesso lavoratore abbia complessivamente superato*



*i 36 mesi, comprensivi di proroghe e rinnovi, il rapporto di lavoro si considera a tempo indeterminato, indipendentemente dai periodi di interruzione che intercorrono tra un contratto e l'altro.*

*Nella causa C-212/04 la Corte di giustizia europea ha stabilito che la normativa europea osta all'applicazione di una normativa nazionale per cui solo contratti o rapporti di lavoro a tempo determinato tra i quali intercorra un periodo non superiore a 20 giorni lavorativi debbano essere considerati «successivi»; in altre parole, che un nuovo contratto a tempo determinato concluso più di 20 giorni dopo la scadenza del precedente contratto debba essere considerato come tale e non come un contratto «successivo». La Corte di giustizia tuttavia non ha considerato che la direttiva 1999/70/CE conferisca un diritto automatico a trasformare un contratto a durata determinata in un contratto a durata indeterminata.*

*La questione non interessa l'Italia, in quanto l'articolo 5, punto 4 bis del DL n. 368 del 6 settembre 2001 prevede che uno o più contratti di durata superiore ai tre anni siano considerati contratti a durata indeterminata.*

Ciononostante la risposta resa alla Parlamento europea, la Commissione scriverà alle autorità italiane per ottenere informazioni e chiarimenti sull'applicazione della normativa italiana agli ausiliari tecnici amministrativi delle scuole pubbliche ed esaminerà i punti sollevati dall'on. parlamentare alla luce delle nuove informazioni ricevute.

Ricevute informazioni e chiarimenti sull'applicazione della normativa italiana non soddisfacenti, la Commissione europea ha aperto la procedura di infrazione 2010/2124 sulla scuola pubblica dopo essersi resa conto che in Italia l'art. 5 comma 4 bis del dlgs 368/2001 non veniva applicato alla PA.

Reazione dei giudici di merito alle sentenze della Cassazione.

Le reazioni dei Giudici di merito.

Il giudice del lavoro Eugenio Gramola del Tribunale di Aosta ha rimesso alla Corte di

giustizia nel gennaio 2013 la questione della *probatio diabolica*; la Corte di giustizia con l'ordinanza Papalia C-50/13 del 12/12/2013 ha "cancellato" la sentenza 392/2012 della Cassazione.

Il giudice del lavoro Paolo Coppola del Tribunale di Napoli in aperto dissenso con la sentenza 10127/2012 della Cassazione ha rimesso alla Corte di giustizia nel gennaio 2013 la questione dell'assenza di sanzioni effettive e equivalenti nel settore scolastico e non scolastico; la Corte di giustizia con la sentenza Mascolo C-22/13 e altri del 26/11/2014 ha "cancellato" la sentenza 10127/2012 della Cassazione.

In Italia i giudici del lavoro, prima della sentenza Mascolo e dell'ordinanza Papalia della Corte di giustizia, negavano giudizialmente sia il riconoscimento del risarcimento del danno sia quello della conversione del contratto (sentenza Cassazione 10127/2012); da questo penoso scenario nasce la sentenza "a tempo determinato" della Cassazione a Sezioni Unite 5072/2016.

Il giudice del lavoro del Tribunale di Trapani, quindi, in aperto dissenso con la sentenza 5072/2016 delle Sezioni Unite rimette la questione del rispetto del principio di equivalenza e effettività alla Corte di giustizia. La causa protocollata con il numero di riferimento C-494/16 ha già visto la Commissione europea, la quale interviene come custode dei Trattati nei procedimenti di rinvio pregiudiziale ex art. 267 TFUE, demolire le fondamenta della sentenza "inventata" dalla Corte di cassazione italiana.

Alla luce del contenuto delle Osservazioni scritte della Commissione, da me trascritte parzialmente e a cui si rimanda, si possono pacificamente trarre le seguenti conclusioni:

Ancor prima della Corte di giustizia sarebbe auspicabile un intervento della Corte costituzionale per salvare i conti pubblici dalla valanga di risarcimenti, dando alla sentenza "a tempo determinato" delle Sezioni Unite il giusto posto che merita: quello nell'oblio.

# L'INFERMIERE DI FAMIGLIA: PREVENZIONE, CURA E SOSTEGNO AL PAZIENTE ONCOLOGICO

Dott.ssa Cinzia Bileci, *Infermiera*

Dott.ssa Carmela Lacatena, *Relatore, Direttore delle attività Scuola di Medicina Polo Jonico Taranto*



## La salute parte dalle tue abitudini

Il concetto di salute del singolo passa attraverso la conoscenza di tutta la comunità che lo circonda, perché è nella conoscenza della comunità che meglio si possono comprendere i determinanti di salute ed i fattori di rischio.

Conoscere il contesto in cui si trova l'assistito diventa, dunque, fondamentale, non si fa salute solo curando la malattia, ma intervenendo sull'ambiente che circonda il paziente.

L'infermiere di famiglia viene individuato come figura chiave per il counselling, l'educazione sanitaria, la promozione della salute fisica, psichica e sociale dell'individuo e della famiglia.

Con l'educazione alla salute si vuole **aumentare la coscienza individuale relativamente alla propria salute**, migliorare la consapevolezza dell'utente favorendo il cambiamento

di abitudini. All'interno del mio elaborato ho deciso di affrontare il tema della prevenzione oncologica dove a seguito di diversi studi e ricerche affrontate dal World Cancer Research Fund International è stato possibile individuare i diversi fattori che predispongono al rischio di sviluppare una neoplasia, inoltre grazie alle ultime ricerche condotte presso l'Istituto Europeo Oncologico di Milano (IEO) sono stati identificati gli alimenti che contribuiscono a ridurre il rischio di una neoplasia e migliorare la qualità di vita. **Promuovere un cambiamento sociale in grado di modificare la qualità di vita è un compito molto difficile e l'infermiere, come poche altre figure professionali, può essere determinante.**

In questo modo la figura dell'Infermiere di Famiglia offre un nuovo modello assistenziale che si rende sempre più necessario nella società odierna in cui ci troviamo spesso di fronte



ad errati stili di vita, cattive abitudini alimentari e carenza di adeguata educazione sanitaria all'interno dell'ambiente scolastico. Inoltre consente una continuità assistenziale nel regime post-ricovero che diviene importante soprattutto nei pazienti oncologici e affetti da malattie croniche che richiedono cure e trattamenti costanti permettendo la riduzione dei nuovi ricoveri, spesso frequenti, per questi pazienti e offrendo loro un percorso terapeutico domiciliare che permetta di ricevere un continuo sostegno anche dal punto di vista psicologico e non solo prettamente clinico, analizzando anche il relativo contesto familiare e aiutandoli ad affrontare le relative problematiche o dubbi che possono emergere durante il percorso terapeutico.

Il documento Salute 21 che definisce la politica programmatica di Salute per Tutti per la Regione europea dell'OMS, è stato approvato dal Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa nel Settembre 1998, a seguito di ampie consultazioni tra i 51 Stati europei membri ed altre importanti organizzazioni. Esso definisce i 21 obiettivi per il XXI secolo.

Il presente documento è focalizzato sulla formazione di un nuovo tipo di infermiere, l'**Infermiere di Famiglia**, ciò è attuato nel contesto della politica Salute 21, il cui unico scopo

costante è quello di "raggiungere il pieno potenziale di Salute per tutti", attraverso la realizzazione di due scopi principali.

Essi sono: "promuovere e proteggere la salute delle persone lungo tutto l'arco della loro vita; e ridurre l'incidenza e la sofferenza causate dalle principali malattie e lesioni". Alla base della politica, nel fine e nei suoi scopi ci sono tre valori fondamentali molto importanti, che costituiscono il principio etico di Salute 21, questi sono:

- la **salute** come diritto umano fondamentale
- **equità in salute e solidarietà** nelle attività tra i Paesi, tra gruppi di persone all'interno dei Paesi, e tra sessi diversi
- **partecipazione e responsabilità** dei singoli, dei gruppi delle comunità delle istituzioni, organizzazioni e settori nello sviluppo della salute.

Adottare la "famiglia come cliente" significa, da un punto di vista infermieristico, considerarla il centro dell'assistenza, a partire dall'accertamento, un sistema interattivo che obbliga a concentrarsi anche sulle dinamiche relazionali, sulla struttura della famiglia, sulle sue funzioni mutevoli, come anche sull'interdipendenza tra i membri e sulle interazioni con la comunità in cui essa è inserita.

Alimentazione e stile di vita sono universalmente riconosciuti come cardini della prevenzione oncologica e cardiovascolare. Una recente ricerca ha individuato le strategie che aiutano a fare dell'alimentazione uno strumento utile a ridurre il rischio di malattie e aumentare l'aspettativa di vita. Smart Food è un progetto di ricerca e divulgazione scientifica sui fattori protettivi della dieta per un nuovo approccio nutrizionale alla prevenzione. I ricercatori del progetto Smart Food all'Istituto europeo onco-

logico di Milano hanno selezionato 30 alimenti e categorie di alimenti considerati *smart* e quindi intelligenti, suddividendoli in:

- **Longevity Smartfood:** in grado di imitare la restrizione calorica e di influenzare quelle vie genetiche che regolano la durata della vita.

- **Protective Smartfood:** possiedono sostanze che difendono dalle malattie.

L'alimentazione smart mira a proteggere e migliorare lo stato di salute, ad evitare il sovrappeso, a prolungare la giovinezza del corpo e a prevenire le patologie legate all'invecchiamento, dunque a tumori, malattie cardiovascolari, metaboliche e neurodegenerative.

La scienza da tempo è arrivata alla conclusione che l'alimentazione ha una grossa quota di responsabilità sullo stato di salute. Il cibo ha un dialogo con i geni, quest'ultimi infatti influiscono da un lato sul modo in cui il nostro organismo assimila i nutrienti, dall'altro alcune sostanze riescono a influenzare l'espressione dei nostri geni, a modificare il vademecum di istruzioni del corpo. I nutrienti possono modificare o far parte del parco chimico dell'epigenoma ossia l'insieme dei processi chimici che consente alle istruzioni contenute nel DNA di essere lette nei tessuti giusti e al momento opportuno, per cui i nutrienti possono imbavagliare certe sequenze di DNA e disattivarle o al contrario favorire espressioni geniche che migliorano la qualità della vita.

Con lo stile di vita, dall'alimentazione al movimento, noi riusciamo a cambiare l'epigenoma e la sua azione sui geni, è la costanza a produrre risultati e quei cambiamenti non spariscono ma sono conservati quando le cellule si dividono durante la vita e possono perfino essere trasmessi ai figli.

I Longevity smart food funzionano un po' come se si digiunasse, le sette smartmolecules individuate in questi alimenti ( quercetina, resveratrolo, curcumina, antocianine, epigallocatechingallato, fisetina e capsaicina) non fanno assorbire meno calorie ma attivano le stesse vie metaboliche messe in moto dalla carenza di cibo, per questo si chiamano mimetiche del

digiuno. Accanto ai longevity, nella dieta smartfood ci sono gli alimenti protettivi: frutta, verdura, cereali integrali, semi e legumi.

Tra i **20 Longevity smartfood** abbiamo: Arance rosse, asparagi, cachi, capperi, cavoli rossi, ciliegie, cioccolato fondente, cipolle, curcuma, fragole, frutti di bosco, lattuga, melanzane, mele, peperoncino e paprika piccante. patata viola, prugne nere, radicchio, tè verde e tè nero, uva.

Tra i **10 Protective smartfood** abbiamo: Aglio, cereali integrali, erbe aromatiche, frutta fresca, frutta secca, legumi, olio d'oliva, olio di semi, semi oleosi, verdura.

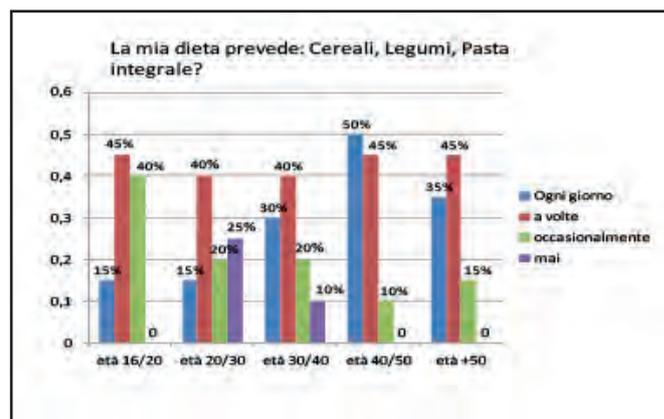
Al fine di poter eseguire un'analisi approfondita sugli stili di vita e le effettive conoscenze nel campo della prevenzione oncologica, ho provveduto alla distribuzione presso gli studi dei Medici di Famiglia e presso le scuole, di questionari contenenti 13 pertinenti domande ed ho quindi effettuato la valutazione statistica su un campione di 100 soggetti secondo le seguenti variabili presenti nel questionario:

fascia di età: 16/20, 20/30, 30/40, 40/50, 50+ sesso

titolo di studio

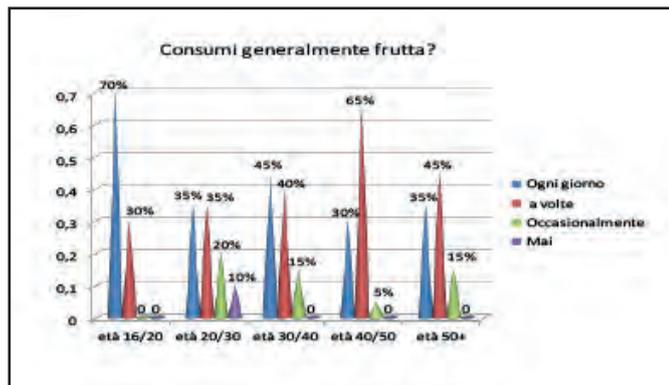
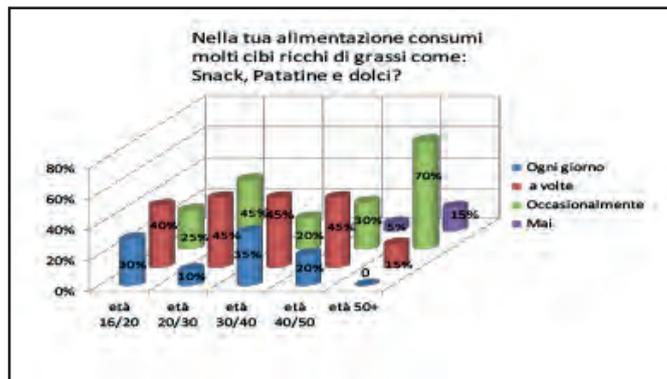
La valutazione in questione è pertanto la risultanza delle risposte a dette domande aventi per oggetto le abitudini alimentari della popolazione, il loro stile di vita e le conoscenze che possiedono sul tema della prevenzione oncologica.

Osserviamo ora le risposte fornite ad alcune delle 13 domande in relazione alla fascia di età:



Possiamo notare come cambi a seconda della fascia di età il consumo di alimenti come cereali, legumi e pasta integrale nella propria dieta, risulta infatti che il consumo di tali alimenti non avvenga ogni giorno, ad esclusione della fascia di età 40/50, come prevedono le raccomandazioni del World Cancer Research Fund International che mette in evidenza come il consumo di 25-30 grammi di fibra sia protettivo nei confronti del tumore al colon.

over 50 dove questi tipi di alimenti risultano più consumati

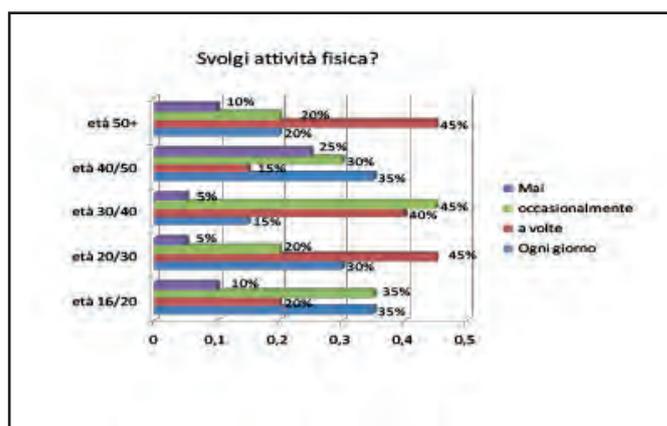
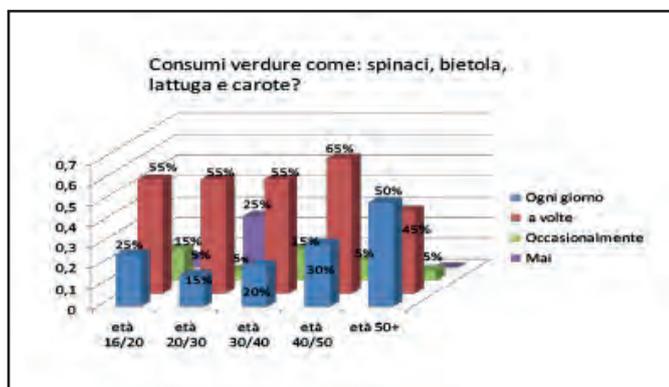


L'OMS raccomanda il consumo di 400 gr di frutta al giorno, come vediamo nel grafico notiamo un buon consumo nella fascia più giovane per poi diminuire nelle restanti fasce di età dove il consumo di frutta risulta tra il 30 e il 45% .

Mangiare quantità raccomandate di questi alimenti aiuta secondo gli studi a garantire la salute e prevenire le malattie, pertanto assumere quantità inferiori di questi alimenti comporterebbe un impatto negativo sulla salute.

Il consumo di alimenti ricchi di grassi e zuccheri come Snack, patatine e dolci dovrebbe avvenire solo occasionalmente mentre risulta evidente che tale indicazione venga rispettata soltanto nella fascia degli over 50, l'elevata assunzione dei grassi esporrebbe infatti al rischio di sviluppare l'aterosclerosi e quindi ad un rischio di infarto inoltre secondo gli ultimi studi i grassi avrebbero anche un ruolo nello sviluppo di alcuni tumori tra cui: utero, colecisti, tiroide, rene, cervice e leucemia.

Dopo aver esaminato alcune abitudini alimentari, ho voluto porre alcune domande sugli stili di vita per confrontarli con le recenti raccomandazioni divulgate dal World Cancer Research



Anche in questo grafico possiamo notare come il consumo di verdure non venga consumato quotidianamente come raccomandano le linee guida tranne che per la fascia degli

Secondo le ultime raccomandazioni bisognerebbe svolgere almeno 30 minuti di attività fisica al giorno per ridurre l'incidenza delle malattie, questo parametro non risulta rispettato da nessuna fascia di età, ma secondo recenti studi lo svolgimento di un'attività fisica

quotidiana avrebbe diversi benefici come:

- migliorare la tolleranza al glucosio e ridurre il rischio di ammalarsi di diabete di tipo 2

- prevenire l'ipercolesterolemia e l'ipertensione e ridurre i livelli della pressione arteriosa e del colesterolo

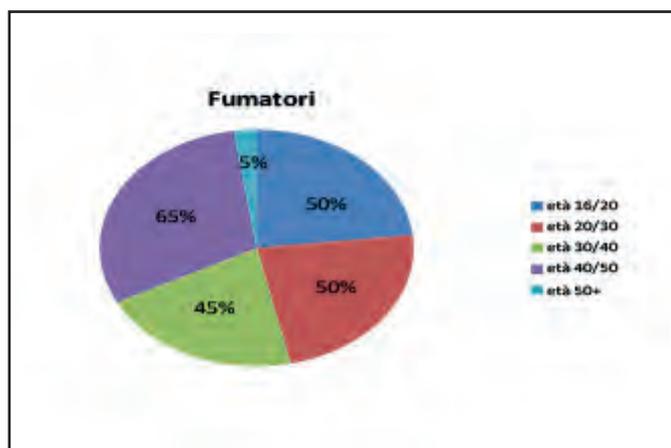
- diminuire il rischio di sviluppo di malattie cardiache e di diversi tumori, come quelli del colon e del seno

- ridurre il rischio di morte prematura, in particolare quella causata da infarto e altre malattie cardiache

- prevenire e ridurre l'osteoporosi e il rischio di fratture, ma anche i disturbi muscolo-scheletrici (per esempio il mal di schiena)

- produce dispendio energetico e la diminuzione del rischio di obesità

Vediamo ora le risposte alla domanda: " Sei un fumatore? ":



Dal grafico risulta che la percentuale dei fumatori tende a rimanere costante nelle diverse fasce di et  con un aumento nella fascia 40/50 e una diminuzione negli over 50. Un dato rilevante   la percentuale dei fumatori nella fascia 16/20 che, risultando del 50%, rappresenta un dato molto elevato ed evidenzia la diffusione di cattive abitudini tra i giovanissimi che rischiano di aumentare sempre di pi , se non ridotte tramite un valido piano educativo e informativo, a partire dagli ambienti scolastici.

Dall'analisi del mio studio ho dedotto che il ruolo dell'Infermiere di Famiglia potrebbe es-

sere rilevante nel risolvere molti problemi riguardanti la mancata diffusione di adeguate informazioni sul tema della prevenzione oncologica e potrebbe dare un contributo importante nell'attuale panorama sanitario favorendo la riduzione delle malattie attraverso la prevenzione e permettendo la riduzione di inutili ricoveri per malattie che in stretta collaborazione con il Medico di Famiglia potrebbero essere trattate adeguatamente a domicilio.

Il territorio ha necessit  di nuove figure sanitarie capaci di soddisfare i bisogni che risultano incolmabili a cause delle chiusure di ospedali, sovraffollamento dei reparti

Diviene importante potenziarlo per poter offrire una migliore gestione sanitaria del paziente, soprattutto dei pazienti oncologici che necessitano di cure e trattamenti costanti anche nel regime post-ricovero, motivo per cui un sistema integrato di risorse sanitarie come infermieri, medici, nutrizionisti, psicologi potrebbe garantire una gestione centrale ed efficace del paziente colmando i limiti dovuti alle mancate risorse economiche che non consentono un' adeguata assistenza sanitaria.

## Bibliografia

Eliana Lotta, Pier Giuseppe Pellicci, Lucilla Titta, *La dieta Smartfood*, Rizzoli, Milano 2016

Health 21"Salute per tutti nel 21° secolo" (Copenaghen 1999)

## Sitografia

[www.infermieristicamente.it](http://www.infermieristicamente.it)

[www.web.infinito.it](http://www.web.infinito.it)

[www.wcrf.org](http://www.wcrf.org)

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

# SONO INFERMIERE DEL SUD CHE LAVORA AL NORD... E VA IN GIRO PER L'ITALIA PER CONCORSI

Dott.ssa Angelica Ricciato, Infermiere ASL Ravenna



**T**utto è iniziato il 10 ottobre 2014 quando finalmente ho coronato il mio sogno di ragazzina: essere un'Infermiera. Dopo la laurea, con il sostegno di familiari e la guida di mia madre, è iniziata una fase della mia vita alla ricerca di un posto di lavoro, in giro per L'Italia, lavoro per mettere a frutto tutto ciò che faticosamente avevo acquisito nel corso di Laurea.

Primo passo, l'iscrizione all'Albo, obbligatoria anche se per un mese e mezzo alla fine dell'anno, per cui mi sono chiesta se fosse giusto pagare una quota intera per solo due mesi, sebbene il Collegio mi consigliava di rimandare all'inizio dell'anno se non ci fosse imminente qualche concorso a cui partecipare...c'era! Gravare sull'economia familiare, dopo le tasse universitarie e l'ultimo sforzo per la festa della Laurea, mi sembrava troppo... ma, oh, la gioia di essere iscritta all'Albo degli Infermieri di Taranto ed avere il mio primo certificato... per il

tesserino bisognava aspettare un po'...

Poi di corsa ad impostare il curriculum vitae euro pass, piccolo piccolo (non ho esperienza lavorativa...) ed andarlo a consegnare a tutte le Strutture Private della Provincia, lasciare un pezzo di te a persone che ti guardano imbarazzate e che chissà dove conserveranno quel pezzo di te. Nessuna struttura privata mi ha mai chiamato! Cosa pensare? Forse che il Centro per l'Impiego dovrebbe segnalare e gestire i curriculum e accedere al lavoro solo tramite questa istituzione? Vabbé passo un paio di mattine per iscrivermi... C'è da dire che non mi hanno mai chiamato! Mia mamma inizia a dare indicazioni su come muovermi in rete per imparare a conoscere i gruppi che cercano lavoro su facebook ed altri siti di associazioni di categoria dove hanno link per cerca lavoro. Lei mi consiglia di escludere le agenzie private presenti in rete, anche se io mi sono spesso

lasciata coinvolgere dall'illusione che potesse esser vere quelle offerte urgenti di ricerca di personale sanitario.

Aveva ragione! Ho iniziato a ricercare su internet i bandi di concorsi e gli avvisi pubblici di strutture sanitarie, pubbliche e private (e di conseguenza come impostare e spedire la domanda di partecipazione). Primo step caratterizzato dal visionare, ogni martedì e venerdì non festivi, i bandi di concorso pubblicati sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 4ª Serie speciale – Concorsi ed Esami* (G.U.); dove viene riportato solo un estratto del bando, fornendo informazioni essenziali sul numero e il tipo di posti banditi. Il testo integrale del bando si trova, invece, disponibile sui *Bollettini Ufficiali della Regione* (B.U.R.) o direttamente presso il sito internet della Struttura che ha bandito il concorso.

Mai inviare la domanda se non è stata pubblicata sulla Gazzetta..., uno dei primi errori commessi, non dimenticare di firmare la domanda!!! Rileggere e controllare almeno due volte prima di chiudere la busta. Ho messo l'elenco dei titoli? E quanti ne richiedevano? Uno, tre? Ogni Struttura fa diversamente... che confusione. E poi devi avere la Pec... quindi devi cercare su internet come fare: compra la carta ricaricabile, ricarica la carta ricaricabile, impara come pagare online..., dopo tutti i soldi pagati per raccomandate con ricevute di ritorno e file interminabili alle Poste italiane... ti dici che la Pec è una salvezza... quanti soldi posso risparmiare e file e tempi interminabili agli uffici postali...ma per allegare tutto nella mail hai bisogno di fare il pdf di tutta la domanda e degli allegati. Allora, via al negozio delle fotocopie per farti fare il pdf intero di tutte le copie. Questo file non lo puoi riutilizzare perché la domanda è diversa! Allora quello che pensi di risparmiare con la Pec, lo paghi al negozio delle fotocopie... Vabbè, alla fine ti rassegni e cerchi di avere fiducia in te e ti dici che è solo questione di tempo!

Dopo la scadenza del bando per l'invio delle domande (trenta giorni dalla pubblicazione), inizia l'attesa dell'elenco ammessi al concorso e le date di espletamento delle 3 prove concor-

suali. Tra l'altro per saperlo devi avere la connessione ad internet a casa o sul cellulare... altre spese...altri soldi!

Ma le aziende sanitarie sono in deficit, allora per fare queste selezioni e concorsi a grande partecipazione si utilizzano le agenzie per la preselezione, e cosa decidono di fare? Ti chiedono la tassa di partecipazione...almeno dieci euro! Altri soldi da chiedere ai genitori...e non è finita...devi andare alla posta e fare il versamento! E ricomincia il giro delle attese agli uffici postali. Tra le varie attività da intraprendere devi cominciare ad aumentare il peso del curriculum, quindi orientarti a partecipare ai corsi di aggiornamento. Una opportunità, certamente autorevole per ciò che riguarda la formazione, l'aggiornamento e l'indirizzo professionale, è rappresentata dalla *Federazione dei Collegi IPASVI*, l'organismo di rappresentanza degli infermieri italiani, attraverso il sito è possibile ricevere tutte le informazioni utili, le linee guida alla professione, gli indirizzi ed i link per tutte le attività connesse alla professione.

Sul sito dell'IPASVI Provinciale della mia città, raccolgo tutte le attività utili per l'aggiornamento che lo stesso Collegio propone, leggo gli articoli della rivista trimestrale, seguo gli aggiornamenti proposti. Negli ultimi anni, con l'avanzare della tecnologia, ci sono altri siti per essere aggiornati su tutte le info di concorsi e avvisi; alcuni sono: <http://www.concorsi.it/> e <http://www.nursetimes.org/>; oltre ai vari gruppi esistenti su facebook in cui gli infermieri si uniscono per migliorare e velocizzare le informazioni e le comunicazioni. La disciplina del concorso pubblico è stata ridisegnata dal D.P.R. n. 487 del 9 maggio 1994; questo decreto stabilisce che determinate amministrazioni pubbliche reclutino il personale tramite la modalità del concorso unico (cioè un'unica graduatoria da cui le singole amministrazioni possono attingere per le loro esigenze).

Le rimanenti amministrazioni, non tenute a ricorrere ai concorsi unici, selezionano il personale tramite concorsi per esami, per titoli, per titoli ed esami, o per corso-concorso. La scelta dell'una o dell'altra forma di concorso dipende dal tipo di profili professionale richie-

sto e dalla posizione offerta. IL D.P.R.27 marzo 2001 n.220, ha regolamentato, uniformando, la disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale. Nel nostro caso il concorso pubblico si svolge per titoli ed esami. Tra i siti internet e applicazioni (oltre a quelli già citati) è *Nurse Time – la voce degli infermieri italiani*, un sito aggiornato costantemente sia per quanto riguarda concorsi e avvisi, sia per le news del nostro ambito professionale.

Sin dai primi mesi del 2015, dopo aver inviato varie domande di partecipazione, ho recuperato dal ripostiglio la mia valigia che mi ha accompagnata ovunque! La valigia non è stata l'unica accompagnatrice di sempre, ma mi hanno fatto compagnia anche vari libri di testo e di quiz per la preparazione dei concorsi (dato che la formazione non finisce mai). Il primo concorso mi ha portato in un paesino in provincia di Trento, con partenza dalla mia città il giorno prima e la necessità di alloggiare nei pressi della struttura. Ero alle prime armi e leggermente timorosa per ciò che stavo affrontando, ma in realtà non ero sola! Intorno a me c'erano centinaia di Infermieri, provenienti da tutta Italia. Con Infermieri, incontrati in più luoghi, in treno, in aereo, in pullman, accomunati da uno stesso obiettivo, inizi a far subito amicizia, inizia lo scambio di esperienze, di nozioni, di libri, di indirizzi e con il tempo con alcuni di loro diventa amicizia vera.

E che dire del business dei libri di concorsi, dei pullman organizzati per le lunghe percorrenze, delle aziende che guadagnano per le preselezioni, dell'introito di alberghi, B&B, ristoranti, blablar, tutti legati a queste migliaia di infermieri che si spostano per i concorsi? E per tutti gli Infermieri, che non hanno la famiglia che può sostenere tali spese, sono tagliate le possibilità di poter partecipare? Che ingiustizia veder negato un diritto sancito dalla Costituzione Italiana. Alcune notizie tecniche, che ci trasferiamo da persona a persona sui siti internet, utili all'inizio del percorso di ricerca: si consiglia di leggere e rileggere dettagliatamente il bando di concorso, che racchiude tutte le informazioni utili per poter inviare la domanda di

partecipazione, le tempistiche e le modalità di comunicazione delle varie prove d'esame da sostenere, alcuni dicono che le comunicazioni verranno pubblicate sullo stesso albo d'azienda (questo deve spingerti a consultarlo spesso), altri mandano le comunicazioni attraverso i telegrammi, altri pubblicano sulla gazzetta ufficiale. In virtù del Decreto Legge 9/02/2012 n°5 ("decreto semplificazioni"), le domande e i relativi allegati per la partecipazione ai concorsi e alle selezioni, banditi a decorrere dal 30 giugno 2012, dovrebbero essere inviate solamente per via telematica.

Ciò significa che l'Ente pubblico, che bandisce una selezione, dovrebbe creare un apposito "form" sul sito. In realtà, la domanda cartacea sopravvive ancora a tutto e probabilmente continuerà a farlo per tanto tempo ancora, sia per i concorsi istituiti da Enti locali che da strutture private. In questo caso, le domande devono essere redatte in carta semplice (o seguendo un fac-simile fornito dall'azienda, spesso inserito nel bando) ed inviate tramite raccomandata A.R., tramite pec o presentate personalmente all'amministrazione.

Dopo un certo periodo di tempo dalla scadenza di presentazione delle domande, l'azienda comunica ai candidati le date delle prove da sostenere, che sono tre: scritta, pratica e orale. In base al numero di domande ricevute, l'azienda potrà decidere se far sostenere una prova preselettiva, di solito consistente in una ulteriore prova scritta composta da 30 domande a risposta chiusa, multipla, per la quale non c'è un punteggio minimo da superare ma, in base al punteggio più alto ottenuto dai candidati, vengono assunti tutti coloro, che rientrano nel numero stabilito dal bando, con il migliore punteggio ottenuto. Il punteggio ottenuto non rientra e non si somma alle reali tre prove di esame. Molti sono i ricorsi effettuati da coloro che non superano la preselezione, soprattutto quando l'azienda incaricata non fa visualizzare online la prova effettuata con i relativi errori commessi. Per le 3 prove concorsuali, invece, bisogna superare un punteggio pari o superiore a un minimo stabilito: per accedere alla prova pratica si deve superare la prova scritta con un punteggio

di almeno 21/30; per accedere alla prova orale si deve superare la prova pratica con un punteggio di almeno 14/20. Per superare la prova orale bisogna conseguire un punteggio minimo di 14/20.

Infine, la graduatoria generale di merito sarà formulata dall'apposita Commissione Esaminatrice, secondo l'ordine dei punteggi della votazione complessiva riportata da ciascun candidato, sulla base della valutazione dei titoli presentati e delle prove concorsuali, con l'osservanza, a parità di punti, degli aventi diritto di preferenza per i criteri previsti dall'art. 5 del DPR 487/1994 e ss.mm.ii.

Qualora, a conclusione delle operazioni di valutazione dei titoli preferenziali, due o più candidati conseguano pari punteggio, la preferenza è determinata dalla minore età, come stabilito dalle vigenti disposizioni di legge. La graduatoria generale di merito rimane efficace per tre anni, a decorrere dalla data di esecutività del provvedimento di approvazione della graduatoria stessa o dei successivi provvedimenti di rettifica adottati. Alcune Regioni, in virtù dell'attuale attuazione dei Piani di Rientro con la riduzione dei posti letto, di strutture, di riconversione poli ospedalieri, al fine di ridurre la spesa, hanno legiferato per completare l'utilizzo di graduatorie esistenti ed assumere in ruolo da graduatorie già scadute. L'associazione di Aziende Ospedaliere in Aree Vaste, anche interprovinciali, ha permesso di poter essere assunti anche in aziende diverse da quella a cui si è partecipato e in cui si è riusciti ad entrare in graduatoria. Oggi occorre combattere lo stigma, di molti Infermieri che non vogliono partecipare a concorsi banditi per soli due tre posti, perché l'evidenza attuale dice che già essere in graduatoria dà la possibilità a distanza di anni di poter essere chiamati ed assunti in ruolo.

Non bisogna scoraggiarsi...ed il motto di mia madre: partecipare, partecipare, partecipare ha aiutato tanti miei colleghi ed anche me! Partecipare significa studiare, utilizzare i test, allenarsi, confrontare i vari metodi di selezione, acquisire esperienza. Significa spendere ma è come investire...E dopo un lungo girare per l'Italia, a maggio dell'anno scorso ho ricevuto il

regalo di compleanno, un bel giorno mi è arrivato a casa un telegramma dove mi si chiedeva la disponibilità di accettare un contratto a tempo determinato,

in un'azienda sanitaria di Imola, che aveva bandito un avviso a cui avevo partecipato, circa un anno addietro. E dopo circa due mesi, la felicità più grande è stata quando mia madre, poco prima di iniziare un turno di pomeriggio, mi telefona trafelata perché era arrivato un altro telegramma, che mi chiedeva la disponibilità di accettare un contratto a tempo determinato, presso l'ospedale civile di Ravenna, dove già mia sorella lavorava, per aver vinto un concorso a tempo indeterminato! Dopo un mese e mezzo ad Imola, mi sono ritrovata a casa con mia sorella, a lavorare addirittura con lei, nello stesso reparto. Ho rifiutato nel frattempo tanti incarichi a tempo determinato, con la certezza di avere comunque coltivato bene in questo anno.

Ora diventa sempre più difficile riuscire a partecipare, sia ai concorsi che agli avvisi pubblici, spesso non riesco ad ottenere i giorni per potermi assentare, questo diritto però dovrebbe essere garantito ai precari. Ringrazio comunque l'Emilia Romagna che mi ha dato la possibilità di recuperare la mia dignità di persona, attraverso il lavoro, ringrazio i colleghi che mi hanno aiutata nelle fasi dell'affiancamento, ringrazio per il confronto con un'altra Regione ed una cultura del lavoro e della vita diversa da quello che conoscevo. Sono cambiata, il lavoro mi ha dato sicurezza, credere di essere adeguata al ruolo che svolgo nella società e nel luogo di lavoro. Nel frattempo il giro d'Italia non si è arrestato, dato che ho continuato a sostenere concorsi ed avvisi pubblici. Finalmente ne ho superato uno, sono in graduatoria, sotto, sotto, ma ci sono! Arriverà anche per me? Non demordo e come dice mia madre: bisogna provare, provare, provare!

Il mio messaggio è: "Non arrendetevi mai e sostenete più concorsi e avvisi che potete, il tempo ripagherà i vostri sacrifici"!

*Un'Infermiera del Sud che lavora al Nord*

# HANDOVER INFERMIERISTICO: L'IMPORTANZA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Dott.ssa Fabiana Fontana, infermiera presso C.d.C. S.Rita (Taranto)



## Il passaggio delle consegne

Handover è una parola inglese che letteralmente significa “consegnare, porgere, passare”. In ambito sanitario l'handover viene inteso come passaggio di consegne, cioè la pratica di scambiare informazioni cliniche riguardanti i pazienti fra operatori sanitari (medici, infermieri, personale tecnico) al momento del cambio turno o al momento del trasferimento del paziente in altro reparto. Oltre all'aspetto puramente sanitario dello scambio di informazioni, l'handover implica un vero e proprio trasferimento di responsabilità (anche medico-legale) e del ruolo di referente per la cura di un paziente nelle varie fasi del percorso di cura.

Il momento dell'handover rappresenta, un momento critico della cura del paziente, in quanto l'80% degli errori è legato ad una comunicazione inefficace. Pertanto, nel 2009, l'Unione Europea ha finanziato un progetto triennale volto a definire degli strumenti che rendessero più efficace e sicuro l'handover. A tale progetto hanno partecipato vari ospedali europei fra i quali, per l'Italia, l'Azienda Sanitaria di Firenze con il gruppo regionale del Rischio Clinico.

## La continuità delle cure

La sicurezza nella continuità delle cure dei pazienti è l'obiettivo della consegna infermieristica. Oltre a rivelarsi un utile strumento per

trasmettere delle informazioni accurate sulla condizione del paziente, sul trattamento e sui bisogni attesi, può rivelarsi addirittura dannosa se le informazioni sono incomplete oppure omesse.

I principali fattori che hanno un impatto sulla sicurezza dei pazienti, sono:

la comunicazione verbale, l'organizzazione della documentazione scritta, il lavoro in team e una cultura basata sulla leadership.

Quest'ultima intesa come un meccanismo per influenzare il comportamento dei partecipanti.

Il che indica come il passaggio delle consegne sia una complessa situazione che può creare una condizione di pericolo per l'assistito.

Lo scambio verbale delle consegne infermieristiche durante il cambio turno, consente di verificare, riformulare e integrare le informazioni con gli aspetti non verbali, permettendo una maggiore profondità dei dati oggettivi che non può essere gestito in forma scritta. Inoltre aiuta l'operatore ad avere in brevissimo tempo un quadro completo della situazione clinica e facilita le funzioni macro-cognitive, ovvero il riconoscimento e l'analisi del problema, con attribuzione di significato e pianificazione dell'assistenza infermieristica.

La forma scritta compone le informazioni essenziali per l'accertamento sulla salute del paziente, come ad esempio dati sul progresso, farmaci, grafici, tabelle di osservazione e piani di assistenza infermieristica.

Trova poco spazio nella realtà italiana, a dif-



ferenza di altre realtà un'altra modalità di consegna infermieristica, quella al letto del paziente. Questa modalità consiste in una visita giornaliera dell'infermiere che conclude il turno, con l'infermiere che subentra e che ha luogo nella camera del paziente, dove gli infermieri si aggiornano vicendevolmente sul piano di assistenza infermieristica. Nei comparti produttivi, come in quello sanitario, il lavoro di squadra è diventato un *modus operandi* ordinario per raggiungere risultati straordinari verso una visione comune: costi sotto controllo, aumento della produzione, miglioramento della sicurezza del paziente, livelli superiori di produttività e di efficienza. L'introduzione di una buona consegna infermieristica, nell'ambito della cultura basata sulla leadership, richiede la disponibilità al cambiamento del personale con il coinvolgimento degli infermieri leader che assumono, in questo ambito, un ruolo critico, dove cambiare significa incidere sui modelli cognitivi quali la ricerca e i processi di apprendimento.



## Il passaggio di consegne e la formazione

Il passaggio di consegna agli infermieri non è inserito formalmente all'interno dei curricula per la formazione in ambito universitario, pur riconoscendolo come un problema formativo importante. Esso fa più parte delle attività che si apprendono nel corso della pratica clinica, dall'osservazione dei colleghi esperti, prima come studenti e, poi come neo inseriti, diventando uno strumento didattico per comunicare

i dati dell'assistenza infermieristica. Per alcuni può essere considerato "un banco" di prova dove i nuovi infermieri sono osservati e giudicati da diversi colleghi di maggiore esperienza sul campo, in quanto l'uso di un linguaggio tecnico durante la consegna, denota la presenza un infermiere esperto, oltre a poter essere una forma di "revisione fra pari" con riflessi sulla consegnastessa.

## Quali strumenti utilizzare

Le sperimentazioni e i protocolli elaborati a livello internazionale per rendere la consegna più efficace sono moltissimi, anche perché non vi può essere un'unica soluzione valida per tutte le situazioni, ma è necessario identificare lo strumento più idoneo per la propria realtà:

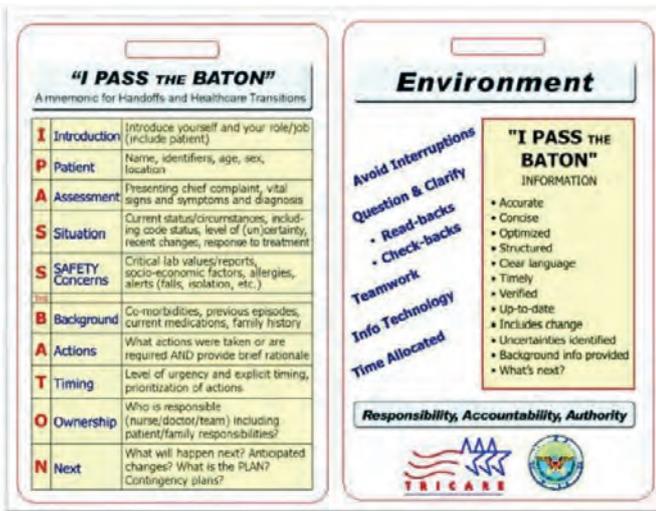
**Le 5 P:** Questo approccio, sviluppato al Sentara Health Care, esplicita le componenti della consegna come tradizionalmente portata avanti: I P: Paziente (nome, età, sesso, locazione); II P: Pianificazione (diagnosi, trattamento, piano, prossime fasi); III P: Scopo (razionale della cura); IV P: Problemi; V P: Precauzioni.

**I Pass the BATON:** L'approccio "I pass the baton" (passo il bastone, letteralmente si trattava di un bastone di plastica con le informazioni essenziali del paziente) è stato introdotto al Trinity Medical Center in Illinois e prevede le fasi riportate nella tabella a pagina seguente.

**SBAR:** Questa tecnica, centrata sui problemi e non sulle persone, introdotta in origine per il passaggio di comando nei sottomarini nucleari, è oggi quella più diffusa. Può essere utilizzata in tutti i servizi, compreso il rapporto tra il medico di medicina generale e il personale infermieristico a domicilio.

Si presta alla comunicazione faccia a faccia, telefonica, scritta; sono infatti disponibili moltissimi moduli, nelle forme più diverse, dal modulo con i soli titoli alla checklist. SBAR assicura che tutti abbiano le medesime aspettative, soprattutto nel caso di professioni diverse, ossia: cosa sarà comunicato; come viene strutturata la comunicazione; quali sono gli elementi necessari.

**SCHEMA 'I PASS THE BATON'**



**SBAR post- operatorio**

Il metodo SBAR può essere utilizzato per standardizzare tutti i passaggi di informazione in qualunque fase del percorso terapeutico del paziente e si adatta a qualsiasi contesto sanitario:

- Si applica sia ai passaggi di informazione verbali che scritte e sia in ambito di routine che nell'emergenza
- E' adatto sia per il passaggio delle consegne tra medico-infermiere, tra medico-medico, tra infermiere-infermiere e quando esiste gerarchia tra attori coinvolti

In allegato (1) possiamo vedere come il metodo SBAR possa essere personalizzato a seconda dell'ambito lavorativo. In questo caso è stato redatto uno schema di handover in ambito post operatorio.

**Conclusioni**

Non è chiaro come le università, anche italiane, stiano affrontando l'argomento delle consegne, a differenza di altre realtà che si sono già poste il problema.

Le organizzazioni sanitarie hanno bisogno di un sistema chiaro per il passaggio di consegne che tenga anche conto del singolo paziente, e del suo bisogno di chiarezza con l'introduzione di un protocollo attuativo. Tale necessità non può essere più rinviabile, al fine di completare

la formazione del personale infermieristico in quest'ambito.

Applicando correttamente il metodo, anche attraverso l'impiego di schede ad hoc o promemoria, si avranno i seguenti risultati:

- La comunicazione diviene breve, circoscritta e focalizzata sul problema da risolvere
- Gli errori individuali si riducono, in quanto il sistema crea delle protezioni successive
- Il lavoro di gruppo viene facilitato perché ogni rilevanza clinica tende ad essere tempestivamente ed esaurientemente condivisa tra tutti i soggetti interessati.

**ALLEGATO 1**

NOME:			
COGNOME:			
DATA DI NASCITA:			
LETTO:			
METODO S.B.A.R.	Mattina	Pomeriggio	Notte
Situation			
Background (contesto)			
Assessment (valutazione)			
Raccomandation (raccomandazione)			
<b>SITUAZIONE:</b>			
• Tipo intervento			
• N° giornata post intervento			
Note:			
<b>CONTESTO:</b>			
• Complicanze post intervento	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Pz vigile	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Pz Autosufficiente	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Parzialmente autosufficiente	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Non Autosufficiente	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
Note:			
<b>VALUTAZIONE:</b>			
• Pressione	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Freq. cardiaca	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Freq. respiratori	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Nutrizione	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Alvo	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Igiene	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Decubito/Lesioni	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Medicazioni	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Accessi	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
• Drenaggi	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>	OK <input type="checkbox"/>
<b>RACCOMANDAZIONI:</b> (eventuali medicazioni extra/valutazioni/prelievi/attenzioni da rivolgere al paziente)			
FIRMA INFERMIERE SMONTANTE			
FIRMA INFERMIERE MONTANTE			

## COMUNICAZIONE DIGITALE



La “Comunicazione digitale” è stato tema di un corso di aggiornamento, organizzato dal nostro Collegio, con la partecipazione di 192 infermieri ed 80 studenti

*Obiettivo è stata la conoscenza dei nuovi scenari della comunicazione; strumenti sono l'ascolto, il confronto, l'attualità, ecc., un mondo complesso con una selva di informazioni ed il bisogno di conoscere le numerose implicazioni di carattere giuridico-professionale e deontologico di cui non si tiene sufficientemente contezza.*

*Non a caso, il sociologo polacco **Zygmunt Bauman** sosteneva che “ **La Rete permette a chiunque di pubblicare un suo pensiero senza chiedere il permesso a nessuno: ciascuno è editore di se stesso, una cosa impensabile fino a pochi anni fa. Ma tutto questo – la facilità, la rapidità, la disinterme-***

**diazione – porta con sé anche dei problemi’**

Dunque, la comunicazione digitale ha i suoi pro, ma, anche, tanti contro, da qui l’esigenza del corso che dia una visione a tutto tondo al fine di un “utilizzo responsabile”.

Alto l’indice di gradimento sia per il tema sia per la valenza dei relatori tra i quali, oltre alla sen. Annalisa Silvestro che ha parlato dell’importanza dei cambiamenti all’interno della professione, direttori e dirigenti delle professioni sanitarie (Rita Maricchio, Pietro Giurdanella, Pio Lattarulo), nonché esperti di diritto dell’informatica e di comunicazione (Giuseppe Croari, Claudio Torbinio).

A proposito di problemi della Rete, abbiamo pubblicato la Circolare n. 26/2017 sul divieto di diffusione di foto e video da parte di esercenti di professioni sanitarie.

# RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: IL DDL GELLI È LEGGE

a cura di Bellucci Emma



**Il testo unificato delle proposte di legge A.C. 259 ed abb.** (*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*) è stato approvato definitivamente dalla Camera in seconda lettura il 28 febbraio 2017, dopo l'approvazione con modifiche dal Senato nella seduta dell'11 gennaio scorso, a distanza di quasi un anno dalla prima lettura alla Camera dei deputati il 28 gennaio 2016.

Un approdo dopo 2 anni di discussione, con il superamento di quella *vacatio legis* in materia costato 14 miliardi di euro/anno e con incremento dei costi della medicina difensiva.

Cambia di fatto la responsabilità delle professioni sanitarie: c'è più sicurezza nelle prestazioni, più trasparenza per i pazienti e più facilità di ottenere eventuali risarcimenti in tempi rapidi e certi; sono state rese obbligatorie le strutture di risk management in ogni ospedale.

Il nuovo provvedimento agisce sul fronte della responsabilità sia amministrativa che civile, penale; definisce la **responsabilità professionale del personale sanitario e della sicurezza delle cure per i pazienti**; vengono aumentate le tutele dei professionisti (medici, infermieri, ecc), nel contempo prevedono nuovi meccanismi, più celeri che nel passato, per i cittadini danneggiati da errori sanitari

“Una data che resterà nella storia della sanità italiana” ha affermato l'on. Federico Gelli, relatore della legge che nel maggio 2016, ospite

del Collegio IPASVI di Taranto, venne ad illustrare nella nostra città, in una fase di cammino avviato, sottolineandone l'importanza per la professione infermieristica

“L'obiettivo della legge è quello di rispondere principalmente a due problematiche:

1. la mole del contenzioso medico legale, che ha avuto come ricaduta un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie;
2. il fenomeno della medicina difensiva che ha causato un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica.
3. Il tutto è nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che, da una parte, permetta ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e, dall'altra, garantisca ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti”.

La legge conta 18 articoli, prevede una serie di novità: dall'attivazione in tutte le strutture di una giusta funzione di monitoraggio, prevenzione, gestione del rischio (alle quali concorre tutto il personale), all'obbligo per le Direzioni Sanitarie di fornire al paziente, entro 7 giorni dalla richiesta, la documentazione sanitaria, all'affidamento al Difensore Civico del ruolo di Garante del diritto alla salute, all'istituzione presso l'Agenas dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità.

**In tema di tutela e responsabilità, pressoché in contemporanea al cosiddetto decreto Gelli, si registrano:**

- la pubblicazione del **Dpcm che rico-**

stituisce la Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, dopo una fase di stallo che aveva evidenziato le criticità connesse al protrarsi di tale situazione, considerato che la mera proposizione del ricorso alla CCEPS ha efficacia sospensiva del provvedimento disciplinare e che, pertanto, professionisti colpevoli di comportamenti anche gravemente scorretti e sanzionati dal competente Ordine, in assenza del necessario funzionamento della CCEPS, hanno potuto continuare ad esercitare la professione

- **la sentenza 8080 della Cassazione penale, Sezione IV, del 20 febbraio 2017 che, ancora alla luce della legge Balduzzi, rinvia alla Corte di appello di Catania per il riesame una sentenza di condanna di un medico anestesista e un infermiere (per lesioni personali colpose con una pena di mesi 6 di reclusione ciascuno, sospesa e condizionata al pagamento della provvisoria in favore delle parti civili) evidenziando l'errore della Corte che ha determinato un difetto di motivazione sulla valutazione del grado della colpa non tenendo nella giusta considerazione la distinzione esistente tra "fase di risveglio" e "fase di recupero", la prima affidata in via prioritaria al medico, la seconda affidata prioritariamente al personale infermieristico affermando che "una attenta vigilanza e un intervento di rianimazione tempestivo da parte degli imputati (l'anestesista e l'infermiere, ndr), effettuato nell'immediatezza dell'insorgenza dell'arresto respiratorio e non dopo un periodo di tempo di almeno dieci minuti come nel caso in esame, avrebbe evitato con elevato grado di probabilità le lesioni gravissime e il conseguente stato di coma. E' ragionevole ritenere che la sorveglianza, da effettuare è vero in modo diretto e costante per tutto il tempo in cui il paziente è trattenuto**

**negli spazi del recupero, può essere assicurata da uno solo dei due soggetti e anzi prioritariamente dall'infermiere.**

**Nello specifico, la condotta tenuta dall'infermiere, che si è allontanato nella fase in cui avrebbe dovuto monitorare, secondo le linee guida, costantemente il paziente "appare in contrasto con i protocolli e le linee guide operanti nel settore e comunque connotata certamente da colpa grave, con la conseguenza che non può trovare applicazione il c.d. decreto Balduzzi".**

## L' OPINIONE DEGLI INFERMIERI

*Non di rado noi Infermieri siamo costretti ad operare in più sale, magari su piani diversi per cui, aldilà dello stress, l'errore è in agguato. Di fatto, le problematiche sono il rischio clinico e la responsabilità professionale ovvero la consapevolezza di un possibile errore.*

*E' una realtà il problema legato alla sorveglianza del post operatorio, con il paziente che, può capitare, si perda di vista (in violazione alla Legge Gelli) proprio perché chiamati d'urgenza in un'altra sala, su un altro piano.*

*Ad acuire la problematica la presenza, di notte, di un solo infermiere di Rianimazione, che, al contrario del medico, non ha il collega reperibile nel caso di seconda urgenza. Non esiste, semplicemente, l'Infermiere reperibile*

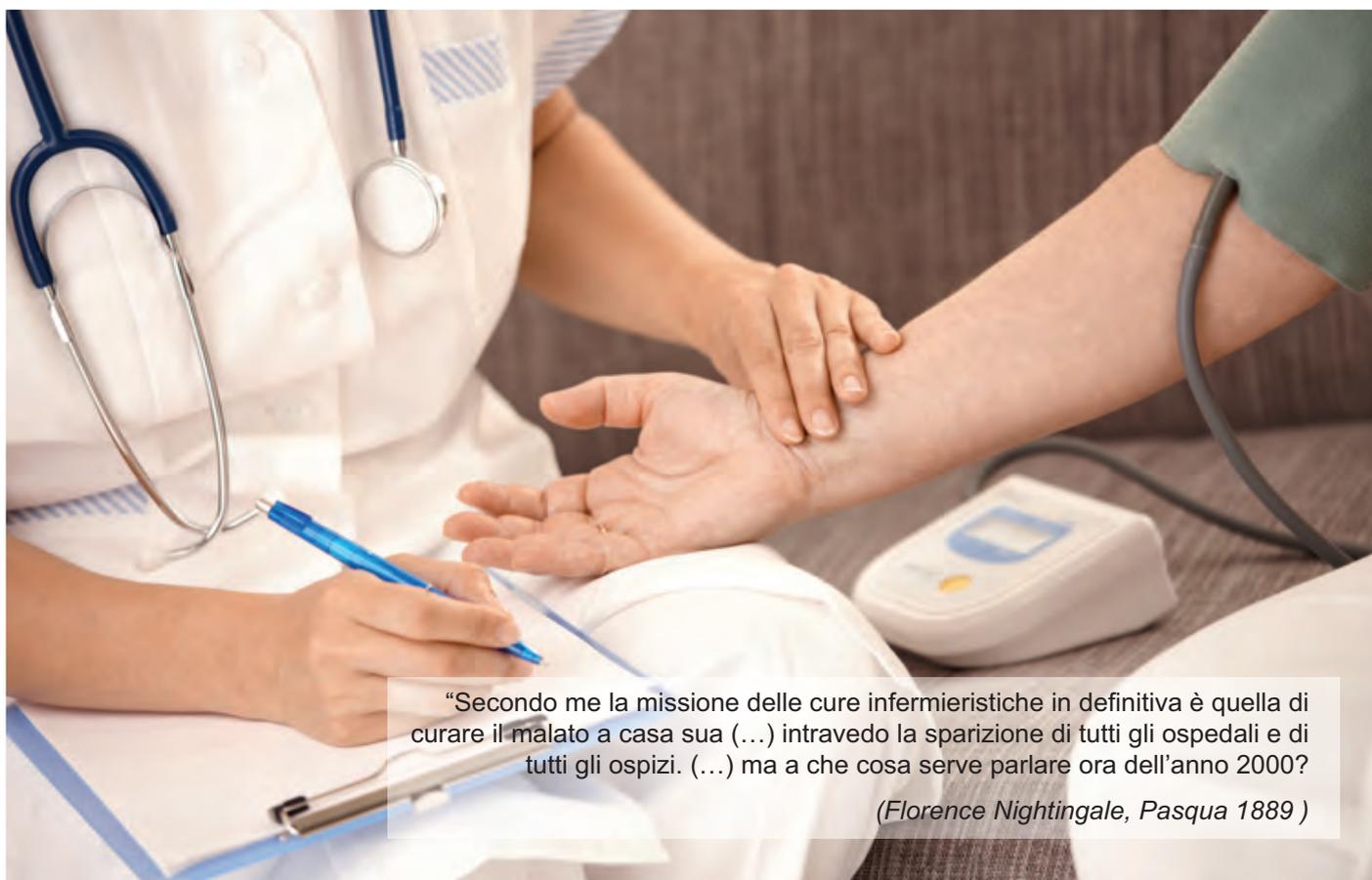
*Che dire degli infermieri neo-assunti, privi di esperienza e senza alcuna consapevolezza di quanto può accadere in una Rianimazione?*

*Percezione della sicurezza, di fatto, è la consapevolezza del poter accadere un evento finora mai accaduto, non aspettiamo di comprendere il rischio lasciando che l'inatteso accada.*

*Non avere consapevolezza dell'evento avverso perché "Abbiamo sempre fatto così" non è certo la logica giusta!*

# CHI È L'INFERMIERE DI FAMIGLIA?

Dott. Cosimo Della Pietà, *Infermiere ADI*  
Distretto Socio Sanitario n. 6 Grottaglie



“Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000?

(*Florence Nightingale, Pasqua 1889*)

## ABSTRACT

Lo scopo del presente articolo è far conoscere, e si spera applicare in più contesti organizzativi nazionali e regionali, compresa la realtà jonica, la figura dell'Infermiere di famiglia, le sue specificità e tutte quelle attività e competenze infermieristiche extraospedaliere, poco valorizzate negli anni, che devono invece essere implementate per fare rete con altri professionisti e servizi sanitari e sociali, nell'ottica di migliorare l'assistenza della persona.

***L'infermiere di famiglia è quel professionista sanitario che opera nel territorio e che ha la responsabilità di assistere e prendersi cura della persona. Sviluppa obiettivi di salute agendo sui corretti stili di vita, lavorando sui percorsi clinico-assistenziali in collaborazione e continuità con gli ospedali e le residenze assistenziali, in regime di dipendenza o libero professionale.***

Questa nuova figura del nurse migliora l'assistenza ai pazienti che potranno contare su un infermiere di riferimento. Il professionista, dal canto suo, cura la persona nella sua globalità, indipendentemente dalla condizione di patologia che può anche non essere presente. Opera sul bisogno rilevato adattando metodi adeguati alla soddisfazione dello stesso con un'attività valutata attraverso indicatori e specifici protocolli assistenziali.

La figura dell'infermiere di famiglia è in rapida ascesa in tutti i paesi più economicamente sviluppati. In Italia si stanno muovendo i primi passi, recependo le indicazioni fornite dall'OMS, supportate sempre di più dalle politiche economiche nazionali e regionali in materia di sanità.

La tendenza all'ottimizzazione delle scarse risorse disponibili e al contenimento della spe-

sa sanitaria, soprattutto ospedaliera, fa sì che le strutture sanitarie tendano a diminuire il più possibile la degenza ospedaliera, tramite la gestione di particolari tipologie di pazienti (*riabilitazione post chirurgica, patologie croniche, anziani ecc ...*) a livello di assistenza territoriale, domiciliare e ambulatoriale, garantendo per questo scopo una rete locale che coordini gli interventi.

L'infermiere di famiglia è la figura deputata a tale coordinamento: prende in carico il caso, valuta gli interventi assistenziali da porre in essere, richiede eventuali consulenze medico-specialistiche, coordina le attività degli operatori sanitari e si occupa dell'educazione sanitaria del paziente e dei suoi famigliari. Per questo tale figura deve avere competenze specifiche, anche in settori non tradizionalmente infermieristici (psicologia, sociologia ecc.), e la sua formazione richiede uno specifico percorso, oggetto di master di primo livello attivato in varie Università nazionali (*Assistenza Infermieristica in Sanità Pubblica: Infermiere di Famiglia e Comunità – Public Health Nursing Family and Community Nurse*)

## DEFINIZIONE

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA È UN PROFESSIONISTA SANITARIO CHE PROGETTA, ATTUA, VALUTA INTERVENTI DI PROMOZIONE, PREVENZIONE, EDUCAZIONE E FORMAZIONE. E' COLUI CHE SI OCCUPA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALL'INDIVIDUO E ALLA COLLETTIVITÀ; SOSTIENE INTERVENTI DI RICERCA, INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE IN COMUNITÀ E IN AMBITO FAMILIARE PROMUOVENDO AZIONI EDUCATIVE E PREVENTIVE OLTRE CHE CURATIVE.

## RUOLO

Ruolo specifico è quello di aiutare individui e famiglie ad affrontare la malattia e la disabilità cronica, nei periodi di maggiore fragilità della vita, di trascorrere una gran parte del suo tempo lavorando nelle case dei pazienti e delle

loro famiglie.

Sarà in grado di fornire informazioni sui fattori di rischio legati agli stili di vita e ai comportamenti ed assisterà le famiglie in tutto ciò che concerne la salute, tramite una individuazione precoce dei problemi sanitari, potendo far sì che i problemi sanitari emersi nelle famiglie siano affrontati a uno stadio iniziale.

Sarà in grado, a seguito di una preparazione specifica, di agire sul territorio, conoscerà la mappa dei servizi sociali, avrà la competenza di instaurare un rapporto diretto, non solo con il malato, ma anche con la persona sana, occupandosi delle sue necessità, e aiutandolo insieme con la sua famiglia ad evitare rischi sanitari.

Faciliterà le dimissioni precoci dagli ospedali, fornendo assistenza infermieristica a domicilio.

Agirà da tramite tra la famiglia e il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.

## PROSPETTIVE

Qualcosa si sta muovendo, come detto, soprattutto nel Nord del nostro Paese, dove la diffusione capillare dell'assistenza domiciliare ha creato un terreno favorevole alla crescita di questo tipo di attività, ma sul territorio nazionale c'è ancora molto da fare. Si offrono ampi spazi di autonomia professionale percependo, inoltre, anche un buon gradimento da parte dei cittadini, sia in termini di qualità dell'assistenza, sia in termini di rapidità della risposta sanitaria ricevuta.

E' certamente possibile andare oltre le proposte dell'OMS; lavorando fianco a fianco con il medico di famiglia si possono svolgere compiti complementari senza essere solo degli intermediari. Si pensi ad esempio alla deospedalizzazione precoce, alla definizione dei percorsi assistenziali di congiunzione ospedale / domicilio, ai malati oncologici ed allo sviluppo di progetti di *chronic care domiciliare*. Sono situazioni nelle quali emerge tutta la forza del rapporto di fiducia che il medico di base e l'infermiere di

famiglia possono instaurare con gli assistiti ed il loro nucleo familiare.

Si conferma l'utilità e il vasto campo di azione dell'infermiere di famiglia ma è doveroso evidenziare che nel nostro paese siamo indietro nell'implementazione di questa figura, probabilmente per una cultura ancora troppo centrata sul ruolo del medico e questi ancora troppo ancorati alla malattia.

Si da ancora poco peso a tutto quanto si svolge "intorno" alla malattia e che è, invece, parte integrante della stessa e, nonostante tutte le esperienze positive a livello internazionale e alcuni timidi accenni nelle regioni più lungimiranti, in effetti in Italia, non esiste all'interno del SSN un ruolo ben definito di questo professionista. Alcune esperienze, se pur parziali e comunque ancora legate allo specifico di alcune particolari situazioni di malattia, si stanno mettendo in campo, si pensi ad esempio ai progetti di *chronic care*, *SLA*, messi in atto da alcune regioni (ad es. Toscana, Emilia Romagna ecc).

E' da queste esperienze e dalle varie esperienze di assistenza domiciliare infermieristica che dobbiamo partire, per affermare la necessità che si evolva in un discorso più complessivo e meno limitato, slegato dalla patologia e dal singolo che va invece contestualizzato all'interno della sua famiglia e comunità, che sia in grado di guardare non solo alla patologia in se, ma anche e soprattutto al benessere della famiglia, alla promozione della salute, ed ove necessario anche all'intervento clinico e curativo.

Il contesto familiare è dimostrato che, se adeguatamente educato e motivato, risulta essere di grande supporto alla cura della malattia, alla accettazione delle sue conseguenze ed al ristabilimento delle migliori potenzialità di salute.

L'atteggiamento storico che si ha nei confronti di questa figura, in realtà internazionali con un ruolo ben consolidato, è di diffidenza e di dubbio per l'alta autonomia. Ricordiamo, però, che tale autonomia è supportata da quadri legislativi chiari. Il pensiero va sicuramente alla trasformazione demografica della popolazione (vedi invecchiamento della popolazione)

e al cambiamento della tipologia delle malattie, sempre più croniche con la necessità di rivalutare nuovi modelli assistenziali.

**SALUTE21**, il documento di politica sanitaria della Regione europea dell'OMS (1998), introduce un nuovo tipo di infermiere, l'Infermiere di Famiglia, che darà un contributo chiave in seno all'equipe multidisciplinare di professionisti della salute, al raggiungimento dei 21 obiettivi per il XXI secolo. Basandosi sulle competenze derivate dalla definizione dell'OMS del ruolo polifunzionale dell'Infermiere di Famiglia, è stato redatto un curriculum che preparerà infermieri qualificati ed esperti per questo nuovo ruolo. Il curriculum enfatizza l'integrazione tra teoria e pratica.

#### (...) **Salute21 Europea, Obiettivo 2: Equità in Salute**

Entro l'anno 2020, il divario di salute esistente tra i diversi gruppi socioeconomici all'interno dei Paesi dovrebbe essere ridotto di almeno un quarto in tutti gli Stati membri, migliorando sostanzialmente il livello di salute dei gruppi disagiati.

#### **Salute21 Europea, Obiettivo 5: Invecchiare in salute**

Entro l'anno 2020, le persone di oltre sessantacinque anni dovrebbero avere l'opportunità di godere tutto il potenziale della salute e di giocare un ruolo sociale attivo.

#### **Salute 21 Europea, Obiettivo 15: Un settore sanitario integrato**

Entro l'anno 2010, la popolazione della Regione dovrebbe avere un accesso più facilitato ai servizi di salute primaria orientati alla famiglia ed alla comunità, sostenuta da un sistema ospedaliero flessibile ed efficiente.

(...)

(Adottato dal Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa nella sua quarantottesima sessione, Copenaghen, Settembre 1998).

L'infermiere di famiglia svolgerà un ruolo

centrale all'interno della comunità durante tutto il continuum assistenziale (come dalle raccomandazioni della Conferenza Europea sul Nursing tenutesi a Vienna 1988).

### I suoi compiti sono:

- aiutare gli individui ad adattarsi alla malattia, alla disabilità cronica, ai momenti di stress;
- trascorrere buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le famiglie;
- fornire consulenza sugli stili di vita e sui fattori comportamentali di rischio e assistere le famiglie in materia di salute;
- garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere, attraverso la diagnosi precoce;
- identificare gli effetti dei fattori socio economici sulla salute della famiglia e richiedere l'intervento della rete dei servizi territoriali;
- promuovere una dimissione precoce assicurando l'assistenza domiciliare infermieristica e costituire il punto di collegamento tra famiglia e medico di medicina generale e sostituirsi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.

Anche se il titolo di Infermiere di famiglia fa supporre che oggetto dell'assistenza siano soltanto i membri delle famiglie, così come comunemente intese, in effetti il ruolo è molto più ampio, partendo dalla conoscenza della famiglia intesa come *"unità di base della società"*, il concetto si allarga e comprende indistintamente tutte le persone della comunità e il loro ambiente sia esso la casa, il luogo di lavoro, la scuola.

**Salute 21** puntualizza: La famiglia è l'unità base della società dove, chi si occupa dell'assistenza, è in grado non soltanto di indirizzare le lamentele fisiche somatiche, ma anche di tenere nel dovuto conto gli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni.

Infermiere e famiglia, utilizzando una attività interattiva, divengono entrambi partner in relazione. L'infermiere è responsabile di un gruppo predefinito di famiglie. È in quest'ottica che l'infermiere di famiglia assume un ruolo strate-

gico negli interventi di assistenza preventiva, curativa, riabilitativa e di sostegno.

### OBIETTIVI E PRINCIPI ETICI

L'infermiere di famiglia giocherà inoltre un ruolo importante nel potenziamento delle risorse della comunità e nel lavoro congiunto con essa per incrementarne le opportunità per trovare soluzioni proprie ai loro problemi.

L'infermiere di famiglia svolgerà un ruolo essenziale per raggiungere il pieno potenziale di salute per tutti, attraverso il perseguimento di due obiettivi principali:

- promuovere e proteggere la salute della popolazione, lungo tutto l'arco della vita;
- ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni e alleviare le sofferenze che questi causano.

I principi etici da perseguire sono:

- la salute è un diritto umano fondamentale
- equità nella salute e solidarietà all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti, partecipazione e responsabilità dei singoli, dei gruppi, delle istituzioni e delle comunità per lo sviluppo sanitario continuo.

### IL QUADRO CONCETTUALE

Il quadro concettuale fornisce un metodo per capire ed organizzare i concetti chiave della pratica infermieristica e del programma di formazione che prepara lo studente a quella pratica, in questo caso, l'infermieristica di famiglia. Tale quadro fornisce direttive e punti focali, rendendo visibili i valori e gli obiettivi dell'attività.

Per descrivere il ruolo dell'infermiere di famiglia si possono utilizzare tre teorie: una teoria dei sistemi, una teoria dell'interazione ed una dello sviluppo.

**La teoria dei sistemi** fornisce un utile modo di rappresentare ed analizzare la complessità di una situazione assistenziale domiciliare. A titolo di esempio, uno strumento operativo che si può utilizzare è l'*ecomappa*, che rappresenta graficamente le relazioni e le interazioni della famiglia con l'ambiente esterno prossimale.



Inoltre, ci si può avvalere del *genogramma*, strumento che ricorda nell'esposizione grafica l'albero genealogico e raccoglie informazioni su tre generazioni.

La **teoria dell'interazione** incoraggia le considerazioni riguardanti i rapporti infermiere / paziente e infermiere / famiglia ed i concetti di partnership e lavoro d'equipe, fondamentali nella filosofia dell'assistenza primaria.

La **teoria dello sviluppo o evolutiva** è un importante aiuto per capire non soltanto il singolo individuo umano ma anche lo sviluppo della famiglia nel contesto dei principali eventi della vita, comuni a tutti ma variabili in intensità ed impatto a causa di molti fattori complessi. Incoraggia e stimola la consapevolezza e la comprensione delle diverse tappe dello sviluppo degli individui e della famiglia per meglio definire la famiglia stessa.

L'infermiere di famiglia e le famiglie con le quali lavora possono essere considerate sistemi che operano all'interno di un contesto o ambiente. Molti elementi dell'ambiente influiscono, sia positivamente che negativamente, su questi sistemi, rafforzandone o indebolendone l'esistenza e l'integrità. La salute è vista come l'equilibrio dinamico che si mantiene tra i sistemi, cioè tra la famiglia o l'individuo e l'ambiente. Questi sistemi cambiano e si sviluppano nel tempo, non sono mai statici.

Il lavoro dell'infermiere di famiglia è una re-

lazione interattiva in cui infermiere e famiglia sono partner.

Obiettivo dell'intervento infermieristico è quello di mantenere e, se possibile nel tempo, migliorare l'equilibrio o lo stato di salute della famiglia, aiutandola ad evitare o ad adattarsi alle sollecitazioni o alle minacce per la salute. In questo modello sono identificate quattro modalità di intervento:

- **prevenzione primaria:** verificare la possibile presenza di fattori dannosi che minacciano la salute e lavorare attivamente per evitare che questo si ripercuota sulla famiglia. Può aiutare la famiglia a costruirsi le proprie risorse difensive attraverso l'educazione sanitaria ed il sostegno, aiutandola a mobilitare altre risorse e monitorando l'integrità del sistema per identificare possibili fattori dannosi.

- **Prevenzione secondaria:** attraverso attività come screening, programmi vaccinali ed una approfondita conoscenza della famiglia, permette rapidi interventi per ridurre al minimo la disgregazione individuale e familiare, coinvolgendo altre risorse e altri professionisti della salute.

- **Prevenzione terziaria:** ha come obiettivo la riabilitazione e la ricostruzione delle "risorse di resistenza e difensive" della famiglia.

- **Interventi in casi critici/assistenza diretta:** implica una collaborazione tra l'infermiere e la famiglia o con il singolo per appropriati interventi di cura, riabilitazione, cure palliative o sostegno.

## PROFILO DI COMPETENZE

Ad esso è richiesto di essere competente come erogatore di assistenza; decisore; comunicatore; leader di comunità; manager. Queste competenze si acquisiranno attraverso il processo di sviluppo delle competenze di base, cioè quelle che consentiranno all'infermiere di famiglia di essere efficiente ed efficace nell'identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità. Essere in grado di prendere decisioni basate sui principi etici; pianificare, fornire assistenza alle famiglie che fan-

no parte del carico di casi definito; promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità; applicare la conoscenza di diverse strategie educative con i singoli, le famiglie e le comunità; utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione; partecipare alle attività di prevenzione; coordinare e gestire l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale; documentare sistematicamente la propria pratica; produrre, gestire ed utilizzare informazioni statistiche (dati) cliniche e basate sulla ricerca per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia; sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute; definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia; lavorare da soli o in équipe; partecipare alla definizione delle priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia; essere agenti e gestire il cambiamento; mantenere relazioni professionali ed un ruolo collegiale di sostegno con i colleghi; mostrare l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

## CONCLUSIONI

Ci pare auspicabile rispondere alle giuste sollecitazioni dell'OMS, Sezione Europea Salute 21, e alle nuove esigenze di integrazione socio sanitaria in fatto di assistenza domiciliare, attraverso un nuovo modello operativo e organizzativo che favorisca la crescita progressiva di Infermieri di famiglia/quartiere e di Comunità che non forniscano solo un *“servizio infermieristico di alto livello a domanda”*, passando da una logica di assistenza infermieristica prestazionale reattiva, ad una di tipo proattivo, dove la presa in carico globale della persona fragile diviene per il professionista dell'assistenza la sua ragion d'essere, incarnando il ruolo di *“tutor, guida, facilitatore”*, per la soddisfazione dei bisogni della persona assistita, del suo contesto familiare e di tutto il suo percorso assistenziale.

All'infermiere di famiglia si chiede in sostanza di adempiere ad una triplice funzione, innanzitutto quella di favorire un contenimento dei

costi sanitari e quella di migliorare allocazione di risorse economiche a cui si mira incentivando l'assistenza domiciliare, quindi di garantire alle famiglie la massima qualità delle prestazioni assistenziali domiciliari, infine, di contribuire a un'ulteriore e più larga affermazione dell'autonomia professionale.

Un ruolo situato al centro di una rete di contatti a cui fanno capo operatori, cittadini e strutture sanitarie, ma la sua autonomia si esprime anche nel lavoro interdisciplinare, interagendo con le altre figure dell'équipe che seguono il territorio.

E' importante che gli infermieri di famiglia facciano parte, loro stessi, della comunità in cui operano e per la professione che svolgono, ne conoscano i problemi e le necessità di ordine sanitario e sociale e siano in grado di mobilitarne e svilupparne le risorse e le opportunità, indirizzandole al bene comune, come concreta ricerca di una migliore qualità di vita e di salute del singolo e della collettività.

L'infermiere di famiglia deve conoscere le attività complesse che caratterizzano il professionista dell'assistenza infermieristica operante in ambito territoriale. È, pertanto, necessario ripensare anche alla formazione universitaria, che deve essere sempre più *“specialistica”*, per la creazione di un *Infermiere specialista clinico (ISC)* cioè un infermiere con competenze avanzate nello specifico ambito di intervento, con una preparazione universitaria superiore (master clinico).

L'ISC è l'esperto clinico nell'accertamento e la pianificazione dell'assistenza nell'area di competenza, ha una conoscenza approfondita dei percorsi diagnostico-terapeutici dei propri assistiti, è in grado di sviluppare i propri interventi secondo le più recenti indicazioni dell'*evidence-based nursing*.

L'ISC lavora con gli altri infermieri, favorendo la crescita e l'aggiornamento della pratica professionale, per migliorare i risultati delle cure al paziente e costruire nuove strategie di assistenza.

Questo, per formare un professionista capace di lavorare per processi ed obiettivi misu-

rabili sia sulla singola persona, sulla famiglia e sulla collettività e di intervenire sui processi di governo clinico e sulle politiche sanitarie del territorio.

Dunque, una proposta, quella della formazione universitaria, che, per essere sempre più qualificata, deve essere ripensata affinché promuova l'unificazione di un iter riconosciuto anche contrattualmente e nei percorsi di carriera. Oggi la formazione universitaria dovrebbe comprendere il triennio con un corso di laurea in Scienze Infermieristiche e tre grandi indirizzi per il biennio Specialistico: per l'infermiere di famiglia e di comunità; per l'infermiere in ambito ospedaliero; per il management.

### Bibliografia

- D. Tartaglini, L'infermiere e la comunità. Ed. Carocci, Firenze 2006;
- Documneto Europeo salute per tutti dell'OMS – Health 21: the health for all policy for the WHO European Region. Copenaghen, ufficio regionale OMS per l'Europa, 1998 (European health for all series n. 6);
- L. Sasso et al., L'infermiere di famiglia. Ed. Mc Graw-Hill, Milano 2005;
- M. Pellizzari, L'infermiere di Comunità: dalla teoria alla prassi. Ed. Mc Graw-Hill, Milano 2008;
- M. Mislej, F. Paoletti, l'infermiere di famiglia e di comunità. Il diritto di vivere a casa anche quando sembra impossibile ... Ed Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RM) 2008;
- S. Casazza, Continuum for care. Continuità e discontinuità dell'anziano fragile. Ed. Franco Angeli, 2010;
- S. Scalorbi, Infermieristica preventive e di comunità. Ed. Mc Graw-Hill, Milano 2012;
- [www.iltuoinfermiere.it/](http://www.iltuoinfermiere.it/)
- [www.unint.eu/it/didattica/master.../2764-master-in-infermiere-di-famiglia](http://www.unint.eu/it/didattica/master.../2764-master-in-infermiere-di-famiglia).
- [nuvola.corriere.it/2013/05/20/nuove-professionisti-e-ora-serve-linfermiere-di-famiglia](http://nuvola.corriere.it/2013/05/20/nuove-professionisti-e-ora-serve-linfermiere-di-famiglia)
- [www.infermieristicamente.it](http://www.infermieristicamente.it)
- [www.infermiere-di-famiglia.com](http://www.infermiere-di-famiglia.com)
- [www.nursetimes.org/infermiere-di-famiglia](http://www.nursetimes.org/infermiere-di-famiglia)

**8 Marzo 2017**

*Nella foto il Dott. Giuseppe Russo, infermiere Servizio Diabetologia - Distretto 2 Massafra, omaggia della mimosa una paziente nel giorno della festa della donna, a simboleggiare la "complicità infermiere-persona".*



# Diario di una dottoressa con la padella

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

Caro Diario,

C'era una volta una bambina proveniente da una famiglia dell'alta borghesia britannica alla quale, in onore della città in cui venne alla luce, fu dato il nome di Firenze, Florence, Florence Nightingale.

Florence aveva un destino già scritto, come per le ragazze dell'alta società del tempo: un buon matrimonio, un percorso di studi adatto ad una donna, un ruolo di moglie, di dama, ma lei, Florence, sprezzante: "No, me ne vado in guerra ed aiuto i miei compatrioti flagellati dai conflitti del diciannovesimo secolo". Ora preciso preciso non ricordo le guerre, però c'è un museo a Londra dove, entrata (da sola perché solo tu puoi capire), ispiri profondamente e scruti lo sguardo fiero e vivace di una donna che ha fortemente voluto rigore ed istruzione per l'infermiere; vedi le nostre colleghe concentrate a dare forma a quello che sarebbe stato il corpo più numeroso della sanità mondiale.

Quante donne da allora hanno detto di no! Mio padre mi voleva avvocato, la mia collega Cristiana dice sempre che la volevano professoressa, alcune invece parlano di genitori che le vedevano mamme a tempo pieno. Diciamo: fino a qualche anno fa quella dell'infermiere non era ritenuta una professione di prestigio.

Ecco, parlo sempre al passato! Mi si rimprovera sempre di non definire luoghi e tempi ma io ho studiato 24 anni fa e mio padre lo diceva zitto zitto, sibillino "mia figlia ha messo testa di fare l'infermiera". Adesso, invece, i genitori appaiono su facebook orgogliosi, gli occhi lucidi con i figli incoronati di alloro e la tesi di infermieristica sotto il braccio.

Quando mi iscrissi anche io all'università, dissi a mio padre "Visto che prima o poi



ti avrei tenuto contento? "Lui mi rispose "Che cambia, domani notte starai sempre sull'ambulanza a baruffare con i drogati"

Per me, baruffare in bilico fra il margine della vita e la morte, era naturale, vederli emergere dal baratro, sfatti (loro ed io) ma vivi, con un'ora in più di vita che avrebbe potuto cambiare tutto, per me era la spiegazione al perché sono venuta al mondo, come lo è per l'insegnante di lettere vedere un suo allievo pubblicare un libro, o per un avvocato vedere in giro con la famiglia un suo cliente condannato ingiustamente (o meno va be').

Non tutti nascono con questa attitudine. Non dimenticherò mai mio zio Fernando che quando sua moglie cambiava il pannolino al loro figlio, si nascondeva, dicevamo tutti che era esagerato,

ma un giorno distrattamente quel pannolino rimase lì in bella vista in camera e vedemmo zio Fernando correre in bagno in preda a conati incontenibili. Quelli che svengono alla vista del sangue? Ah, quante volte alzi gli occhi al cielo quando vanno in panico durante il prelievo, ma non hanno il nostro dono. Quelli che lavorano dietro allo sportello delle poste, allora? Dalla mattina alla sera a strisciare queste bollette in un terminale. Potrebbero mai iniziare a lavorare alle sette del mattino a ritmo sostenuto perché alle otto c'è la colazione e devi fare il punto dei digiuni, diabetici e protezioni gastriche, e poi la terapia e calcolare i tempi degli stick post prandiali, le urgenze e il giro delle medicazioni? E il paziente psichiatrico a cui devi parlare con le pinze, altrimenti ti sputa la terapia o ti aggiunge su facebook perché si è innamorato. E, durante tutto questo, pensare ad ogni cosa tutto in cartella?

Io, dal mio canto, quando arrivai agli ambulatori, mi accorsi di essere sprovvista del dono dello sportellista poste. Passata un'ora... due ore a ritirare ricette, spogliare il paziente, annotare e registrare, rivestire il paziente, ritirare ricetta, spogliare paziente, annotare e registrare, schizzavo fuori dall'ambulatorio e cercavo il caos, il nostro odiato caos di persone ed esigenze. Loro, gli utenti, avevano preso le loro pilloline, avevano misurato la loro pressione e la loro frequenza cardiaca e temperatura sicuramente era perfettamente compensata. Infatti, poi, sapientemente ho cercato i punti di caos di quel tipo di lavoro per sbuffare, stressarmi ed infilarmi in lavori che non ci competono (però li facciamo, perché l'animo della crocerossina è così) ed ho di nuovo la consapevolezza di uscire di casa per sbrogliare una matassa: noi stiamo bene nelle matasse, è una dipendenza, suavia. Comunque, ho capito che, anche quello di strisciare cedolini su un terminale dalla mattina alla sera senza andare fuori di testa, è un dono.

Ah, diario, non ti ho detto che abbiamo di nuovo cambiato presidente del consiglio. No, tranquillo, niente votazioni, occasioni per mandare in "congedo per motivi elettorali" nonostante la penuria di personale. Eh, scusa,



*“Attribuisco il mio successo a questo: non ho mai trovato e non ho mai accettato nessuna scusa”.*

**Florence Nightingale**

le cose, come ti ho già detto, sembrano fatte così per caso, ma tutto ha un nesso nella macchinosa organizzazione nazionale.

Cara Florence, chissà se sarai orgogliosa di questi infermieri italiani che, con tanti sacrifici, lottano per mantenere universalmente gratuita l'assistenza sanitaria. Una lotta, sai?

Un'altra, cara Florence, non immagneresti mai, è quella di restare sulla "lista dei partecipanti". Sì, cara: i TSRM fanno i corsi per la somministrazione del contrasto, i FKT per le infiltrazioni sotto cutanee, le ostetriche possono occuparsi in toto di tutto il processo di cura della donna, le estetiste fanno le iniezioni di botulino. E noi?

Noi siamo quelli che "non siamo quelli che fanno le punture, non siamo solo quelli che

sanno fare una medicazione, non siamo quelli che ....”chi siamo ? L’arte non è manuale , il concetto è affidato a fin troppe figure trasversali ed intermedie ,i medici hanno fatto muro alle competenze di tipo gestionale del percorso di cura. E noi ?

Giustamente il parlamento si chiede: questi infermieri cosa sono di preciso ?

I nostri rappresentanti concentrano tutte le loro forze verso l’infermiere specialista e non tuttologo , mentre le altre figure si inventano corsi di tuttologia .Alla luce della poca disponibilità di danaro pubblico, secondo te chi vincerà l’asta il tutto al prezzo di uno , o il tuttologo che vuole essere smembrato in tanti specialisti ?

In questo momento mi sono meritata le polemiche e l’appellativo di praticona. No, tutta la strada che abbiamo percorso sin’ora non deve essere rinnegata, deve essere un bagaglio a cui aggiungere del nuovo. Snobbare le “arti” pratiche ed affidarle a questa o quella professione, concentrarsi solo sulle figure di alta specialità, senza mai pensare ad una carriera interna ai reparti (come in altre nazioni che non hanno organizzazioni sanitarie grosse come le nostre) hanno portato a far chiedere ai politici “scusate, dirigenti di che ?”

Ecco che iniziano a sopprimere i concorsi per dirigenti infermieristici nelle realtà sanitarie..., come dire, realtà diverse dal Nord? Realtà dove, ad un certo punto, ma sì..., può farlo la coordinatrice, la posizione organizzativa, il primario e fra un po’ anche la signorina delle poste, giacché è così brava a contare ferie e malattie. Perché, in effetti, ci sono delle condizioni di sopravvivenza dell’assistenza diverse da quelle del Nord?

Metti che io ho un motorino ,sgangherato, e mi portano Hamilton “oh io son campione di formula uno, sto qui per farti diventare campione” ed io gli rispondo “Le ruote sono sotto il minimo di pressione ma non ne voglio altre , benzina non ne voglio consumare, e non mi far sentire di gare, premi, incentivi ..”

Dopo un po’ arriverò alla conclusione che, tenere Hamilton per un motorino

che uso giusto giusto per le mie azioni di sopravvivenza, a che serve ?

Questa è una sconfitta credimi. Stupidi coloro i quali pensano che finalmente non ci sarà più nessuno che gli conta le ferie e gli accorpa i reparti, perchè questo compito sarà affidato comunque a qualcuno e non è detto che sia capace di capire che una pediatria non possa essere accorpata ad una geriatria . Ad altri livelli gestionali, infatti, la pertinenza medico-sanitaria non è più requisito imprescindibile. Spiegaglielo tu ad un laureato in informatica che, investire sui vaccini hpv, riduce l’incidenza di accessi per cancro del collo dell’utero e condilomatosi .

Forse non abbiamo saputo spiccare il volo ,o, forse, sono stati loro ad essersi fatti fagocitare da un sistema di solo risparmio ? Io un giorno mi presentai dalla mia attuale dirigente; aveva tanti di quei progetti che non mi sembrava nemmeno reale. Le dissi “lo vorrei aiutare l’azienda a creare la rete distrettuale che ci hanno raccontato nelle favole per infermieri” ma non ho mai trovato una compagna che mi affiancasse in questo sogno. Credo che ancora mi stia aspettando. Dottoressa, sarà per il prossimo ventennio, questo non vuole andare da nessuna parte, stanno fermi da una parte a dire che siamo pochi, che siamo sobbarcati di lavori al di sotto delle nostre competenze non possiamo prenderne nuovi; dall’altra ci sono quelli che dicono che dobbiamo puntare in alto è colpa dei vecchi se non si diventa magari tutti dirigenti, a fare la rete distrettuale ci mandiamogli OSS, noi ci specializziamo tutti magari, per andare a lavorare, dove poi? Uhm l’ospedale multi specialistico San Cataldo si sta facendo aspettare ma già penso che per certi sogni di grandezza è troppo poco .

Morale della favola:

Senza servi non c’è Signore... ma senza un degno Signore i servi tornano nei campi.

**L**a giostra elettorale è già in moto, si assiste al balletto di chi sale e di chi scende, di chi vuole esserci e di chi è stanco di esserci.

Allora, candidarsi per esserci o per fare? Abbiamo rivolto la domanda a 3 Infermieri, Cosima Damiana Caforio, candidata al Consiglio Comunale di Mottola, Gianfranco Infesta e Massimiliano Stellato, in corsa per la carica di consiglieri comunali alle prossime amministrative tarantine

## INTERVISTA CAFORIO



**Cosima Damiana Caforio,**

*Infermiera nella UDD di Chirurgia dell'Ospedale civile di Castellaneta, candidata al Consiglio Comunale di Mottola (Ta) MOVIMENTO 5 STELLE*

“Esserci per fare, per un senso di responsabilità nei confronti dei concittadini e, in ambito socio-sanitario, nei confronti delle fasce più deboli della popolazione, ossia gli anziani, i portatori di handicap, i bambini, gli immigrati.

Promuovere il benessere e tutelare la salute del cittadino è compito imprescindibile di ogni istituzione, così come per ogni “professionista della Salute”.

Attualmente il Profilo di Salute della nostra comunità è dettato sostanzialmente dall'invecchiamento della popolazione stessa, dall'inquinamento ambientale causato dalle grandi industrie e relativo aumento, soprattutto in questi ultimi anni, dell'incidenza di patologie tumorali/ rare, che la nostra provincia ionica purtroppo conosce benissimo.

Lo scenario è quello di un territorio in cui assistenza/gestione del bisognoso è un'assistenza a lungo termine. Cercare di abbattere le difficoltà di gestione della tanto ricercata continuità assistenziale tra ospedale e territorio, valutando le esigenze dei bisognosi e delle loro famiglie, è uno dei punti cruciali che un'amministrazione comunale deve affrontare”.

### OBIETTIVI?

“Faccio soltanto alcuni esempi, a titolo em-

blematico, cominciando dal coinvolgimento della **famiglia/cargivers** del bisognoso e dall'integrarla nella rete socio assistenziale territoriale, per continuare con un **tavolo permanente di confronto tra il Comune e i “medici di famiglia”** al fine di accreditarsi presso un centro studi di medicina e di analisi ambientale che possa condurre ricerche sulla preoccupante incidenza nella nostra zona di alcune rarissime patologie come la SLA e la Sclerosi Multipla; istituendo il progetto **“Mottola città cardio-protetta”**, ecc.”

### RAPPORTI AMMINISTRAZIONE COMUNALE-CITTADINI, SEMPRE CRITICI

“Bisogna introdurre nell'Amministrazione Comunale un sistema di misurazione della qualità dei servizi basato sul gradimento del cittadino, accesso reale ai servizi, tasso morbilità e mortalità per patologie croniche e tumorali da incremento dell'inquinamento ambientale”

### TUTELA DELLA SALUTE?

“Promuovere e potenziare la formazione di associazioni di pronto intervento, diffondere la cultura del soccorso per ridurre gli esiti infelici di alcuni eventi come l'infarto extra-ospedaliero, installare colonnine salva-vita con defibrillatori automatici esterni di ultima generazione sul territorio cittadino soprattutto nelle frazioni, nei quartieri più distanti dai luoghi di primo intervento e nelle zone di maggiore concentrazione cittadina ( scuole, piazza, palazzetto comunale)”

### SERVIZI SOCIALI?

“Abbattere le disuguaglianze economiche; favorire l'integrazione e l'assistenza delle fasce più deboli della popolazione (anziani,

portatori di handicap ed immigrati) e garantire una corretta crescita dei più piccoli;

creare degli “spazi liberi” per l’adolescenza; avviare processi di sensibilizzazione in modo da aiutare i giovani e le loro famiglie ad interpretare il fenomeno del bullismo e a fornire i giusti strumenti per contrastarlo; istituire un apposito albo comunale di badanti grazie al quale guidare e facilitare le famiglie nella scelta di personale; attivare un servizio civile degli anziani, anziani che potrebbero anche trasmettere la loro esperienza e competenza per la realizzazione di laboratori artigianali; istituire un “banco alimentare” (last minute market); attivare il “**service bus**”, un servizio di navetta gratuita destinato a soggetti anziani e/o svantaggiati.

Essenziale per i neo eletti è rammentare che noi siamo “delegati” dai cittadini a rappresentarne e tutelarne i bisogni



**Massimiliano Stellato**,

infermiere M.M., 43enne campano di origine, tarantino d’adozione (nella nostra città dal ’92), candidato consigliere nella LISTA PD - sindaco Rinaldo Melucci

### TERZO MANDATO, PERCHÉ IL PD?

“Una scelta dettata dal bisogno di essere interlocutore “*privilegiato*” per Taranto con un partito sovra-locale. Questa città ha, nei decenni passati, dato tanto allo Stato, è ora il momento che sia lo Stato a dare e solo un partito come il PD può permetterti tanto. E parliamo di investimenti veri, investimenti che arriveranno grazie al lavoro cominciato in loco e proseguito fino in Parlamento, per la tutela dei diritti alla salute, dell’ambiente, del lavoro, diritti costituzionali pur se quello alla salute è primus inter pares.”

### ILVA SÌ O NO?

“Ilva sì, ma con rispetto per la salute e l’ambiente, promuovendo, altresì, attività complementari e alternative, che vanno ricercate nelle nostre risorse: mare, eccellenze culturali, tuttora inesprese, Città Vecchia.

Abbiamo un mare splendido, spiagge inviate ed invidiabili, dune per chilometri, eppure... eppure nessuno sport d’acqua, nessuna manifestazione di qualche rilievo come gare di pesca sportiva, regate veliche, campionati di nuoto o surf o tanto altro. Abbiamo un Città Vecchia tutta da scoprire, da valorizzare, da incentivare, con testimonianze di un passato importante e storico, ma il tutto si ferma alle ipotesi di valorizzazione. Passare dal dire al fare per ridare dignità alla città, magari con una sequenza di botteghe che, nel solco della tradizione, si specializzino nell’offerta di prodotti locali, solo locali. Ecco, botteghe non business per chi ha già, ma occasione di lavoro per i disoccupati”.

### EMERGENZA ABITATIVA

“Una vera e propria piaga, un dramma che per alcune famiglie si trascina da anni. Soluzione? O incrementare numeri, volumi, percentuali dell’edilizia residenziale pubblica o chiedere alle altre istituzioni cittadine di concedere al comune l’acquisizione di immobili non utilizzati. Cosa proporrò? Con il futuro sindaco cercheremo di muoverci su queste 2 direttrici.

Importanti i 2 Piani straordinari che riguardano la parte urbanistica 1) Borgo Antico: con Proget financial il comune dovrebbe ristrutturare gli immobili di proprietà (un 61% n.d.r.), incentivando le giovani coppie ad abitarvi; 2) Abbattimento barriere architettoniche: la differenza tra città e città moderna sta nello spostamento dell’attenzione dalla città alle persone”

### PROGETTI A MEDIO-LUNGO TERMINE, MA A BREVE?

“IL mio contratto con i cittadini? 1) Lotta all’abusivismo commerciale legata al potenziamento della polizia municipale in strada ed al rispetto dei tempi stabiliti per le licenze

degli ambulanti; 2) Periferie: dotarle quanto prima dei servizi essenziali come acqua, fognatura, illuminazione perché la pari dignità è un diritto di tutti i cittadini; 3) Lavoro ed ancora lavoro favorendo i condoni edilizi, la sburocratizzazione delle pratiche inevase da anni; 4) Politiche per i giovani perché non debbano essere costretti ad andare via; 5) Politiche per gli anziani, risorsa non zavorra, capaci di svolgere ruoli sociali; 6) Valorizzazione della famiglia come sostituto nelle carenze delle istituzioni con criteri di compensazione (es il care giver)”.  
Un programma chiaro, deciso. Sarà la volta buona che le promesse elettorali diventino realtà?



#### **Gianfranco Infesta,**

43 anni, infermiere nel reparto di Rianimazione dello Stabilimento Ospedaliero “S. Giuseppe Moscati”, candidato nella Lista Civica “TARANTO IN RETE”

Tarantino di Taranto, anzi del Rione Tamburi, come tiene a sottolineare, ha deciso di dire basta, ha deciso di realizzare il suo sogno: cambiare Taranto, ridarle la dignità e il ruolo, restituirle l'orgoglio e la vita. Non è più possibile attendere.

“Da 15 anni ho voglia di candidarmi, ma finora mi ha dissuasato il malgoverno, mi ha dissuasato il mal sistema. Ora basta, basta con chi ha calpestato, offeso la mia città. Credo di essere capace di fare qualcosa in più di quello che gli altri hanno tentato di fare”.

#### **UN PIZZICO DI PRESUNZIONE?**

“No, un amore sviscerato per la città, mia città a lettere maiuscole. Non presuntuoso ma determinato. Ho già fatto una piccola espe-

rienza nel '96 quando, eletto consigliere circoscrizionale di una lista civica, fui uno dei pochi a parlare dei danni dell'inquinamento tanto da essere chiamato ad un processo contro i Riva (è citato anche nel libro di Giuliano Foschini “I 15 passi”, n.d.r.). Voglio dare il mio contributo alla rinascita della più bella del mondo, voglio aiutare a fermare l'emorragia di giovani e di cervelli. Perché dobbiamo andare via? Perché i giovani, le forze giovani, debbono cercare fuori quello che potrebbero trovare qui? Perché la mia Taranto deve essere privata delle migliori forze e menti? Cosa le manca? Ha TUTTO ed il tutto va valorizzato, lavorando insieme TUTTI, ma davvero tutti, a cominciare da quanti siederanno in Consiglio comunale “OPERAI DELL'AZIENDA TARANTO”, OPERAI DELLA “RINASCITA”, non già rappresentanti di questa o quella lista, di questo o quel partito. Taranto prima di tutto e sopra tutto, i suoi problemi talmente tanti e grandi che, se non si supereranno i particolarismi, affonderemo inesorabilmente. No, insieme per la città, obiettivo unico ed è questo il mio impegno!”

#### **ABBIAMO DETTO TANTI PROBLEMI, A COMINCIARE DALL'ILVA. DETTAGLI DEL SUO PROGRAMMA?**

“Ilva sì, se rispetta la normativa; sì accesso ai fondi FEG (Fondi Europei per la Globalizzazione) per addestrare il personale a fare le bonifiche (L 2012 “Città in crisi industriale complessa”).

Ilva va bene, ma prioritaria e improcrastinabile è la tutela della salute per cui sarà necessario potenziare gli screening, dando carattere continuativo, magari dividendo la città in 4 fasce A-B-C-D, dove la fascia A equivale alla zona immediatamente a ridosso dell'Ilva, quindi abitanti soggetti a maggiori e continui controlli, **con screening di prevenzione, non già di prevenzione primaria; controlli a decrescere** per le altre fasce. I dati sui tumori sono paurosi, bisogna intervenire; bisogna smetterla di girare attorno al problema: la salute dei tarantini e la

sicurezza di quanti trascorrono 8 ore all'interno dello stabilimento richiedono immediatezza. Occorre il concorso di tutti, a cominciare dal sindaco perché renda operative le disposizioni della L.502/92 in tema di sua responsabilità nelle urgenze ed emergenze.”

## LE ALTRE URGENZE?

“ La mia Taranto dell'immediato futuro parte dalla risorsa mare non soltanto intesa quale riqualificazione del Mar Piccolo, ma come punto fondamentale del rilancio della città sotto il profilo turistico e sotto il profilo della movimentazione. Quindi,

- Riqualificazione del Mar Piccolo con
- Spazi dedicati ad attività marinare (immersioni, corsi di canoa, corsi di vela, ecc)
- Grossi eventi di valorizzazione, ad esempio una manifestazione podistica “Maratona del Mar Piccolo” oppure una regata di laser optimist, gare di off-shore
- Pista ciclabile con gare ciclistiche
- Gare di pesca a canna
- Escursioni didattiche
- Regata velica “Gallipoli-Taranto”

Naturalmente, Mar Piccolo anche come fonte di lavoro, quel lavoro tanto cercato, rincorso, ma difficile da trovare.

La città ha bisogno di mettere in campo tutto il potenziale, le amministrazioni, locale e regionale, hanno il dovere di impegnarsi. Come?

- Attivando corsi di formazione rivolti ad operatori del mare, finanziati da Regione e Comunità europea.
- Manca il lavoro, allora l'Assessorato alla cultura promuova corsi per maestri d'ascia (a Taranto abbiamo la for-

tuna di avere , ancora, questi esperti), forgiando figure ricercate;

- attivi Scuole di formazione per motori marini, ottenendo il duplice risultato di diversificare l'offerta formativa e creare figure pressochè irreperibili, almeno in loco.

Che dire della valorizzazione di prodotti come le sardine sotto sale o le sardine col pepone o le salse di cui solo pochi posseggono le ricette?”

## RECUPERO CITTA' VECCHIA?

“Vogliamo parlare della Città Vecchia? Oltre il 60% del patrimonio è del comune che dovrebbe, a mezzo di un bando pubblico, ricercare partners istituzionali per un progetto di riqualificazione, che preveda l'assegnazione gratuita degli immobili, a fronte dell'obbligo di ristrutturazione utilizzando personale locale da formare. Si dovrebbe, di seguito, incentivare l'affluenza delle giovani coppie, sì da rivitalizzare l'Isola”.

## COSA SI PUO' FARE PER GLI IMMOBILI DI ZONE DEGRADATE IN ZONE DEFINITE DI PREGIO E DI ZONE COME I TAMBURI?

“in ottemperanza alla sentenza che ha stabilito il deprezzamento degli immobili del quartiere Tamburi, è necessario aprire un confronto serrato con l'Agenzia del Territorio per definire le nuove rendite catastali. Si potrebbe tentare la stessa strada per vie come Temenide, Peluso, Messapia ecc”.

Programmi interessanti che prevedono riqualificazione e possibilità occupazionali, intenzione di riportare nell'alveo della legalità situazioni border line, ed altro ancora.

# L'INFERMIERE E IL REIKI: L'ENERGIA DEL BENESSERE NELLE MANI

Dott.ssa Rosanna Montervino, Infermiera

Dott.ssa Carmela Lacatena, Relatore, Direttore delle Attività Pratiche, Corso di Laurea Infermieristica, Scuola di Medicina Polo J. - Professore a contratto



**T**utto in natura è composto da atomi, ma essi non sono entità fisse, sono composti da elettroni che ruotano intorno ad un nucleo composto a sua volta da protoni e neutroni, proprio come pianeti intorno al sole.

Gli elettroni non possono separarsi dalle altre parti dell'atomo, poiché tutte le parti sono tenute insieme da un'energia molto forte.

Partendo dal presupposto che materia ed energia non solo si compenetrano ma si equivalgono, proprio come aveva ipotizzato Albert Einstein quando rese nota la famosa equazione  $E=mc^2$  con cui esprimeva la sua teoria della relatività, ne consegue che tutto è fatto di energia, anche i nostri corpi. Il controllo della salute e della malattia dipende dalla quantità di energia che una persona possiede e dal modo in cui questa energia è usata dal corpo, ed è possibile quindi sostenere che ciascun sintomo è il risultato di un'energia bloccata, che può essere sbloccata determinando la scomparsa del sintomo stesso.

**Che cosa sono i Chakra?** Essi sono i sette centri energetici di base del nostro corpo, che

vanno dal perineo alla sommità del capo, la cui funzione principale è quella di assorbire e rilasciare energia vitale. Questi centri nel corso della vita possono andare incontro ad insufficienza energetica, provocando disordini nel corpo, nella mente e nello spirito, coinvolgendo tutti i livelli dell'essere.

Per aprire i Chakra esistono molte tecniche diverse, tra le quali **il Reiki** si evidenzia per la sua peculiare dolcezza e per la possibilità di



armonizzare eventuali scompensi energetici.

Ogni centro sovrintende a determinati organi, ed ha particolari funzioni a livello emotivo, psichico e spirituale.

Poiché il sistema dei chakra è il centro d'elaborazione principale per ogni funzione del nostro essere, il bloccaggio o una insufficienza energetica in essi, provoca solitamente disordini nel corpo, nella mente o nello spirito.

Il Reiki è un sistema curativo naturale, che nasce in Giappone e consiste nella canalizzazione dell'energia attraverso l'imposizione delle mani, con lo scopo di trasmettere forza vitale. L'energia impiegata nei trattamenti non è quella personale (come nella pranoterapia) ma quella dell'universo, in cui l'operatore funge da canale.

Durante il trattamento di Reiki il praticante agisce come un conduttore, o meglio un canale, di questa energia, anche detta Ki o Chi, per se stesso o per gli altri.

Il praticante con un I livello di Reiki impiega normalmente 12 o 15 posizioni delle mani, mentre il praticante con un II livello associa alla posizione delle mani alcuni simboli che aiutano a canalizzare e fissare l'energia oppure a trasmettere energia a distanza qualora il soggetto sia lontano.

L'OMS segue con attenzione da anni il ritorno alle terapie convenzionali e la loro diffusione, tanto che, sono state prodotte delle linee guida per la pratica e per la ricerca sulle medicine complementari.

Gli Obiettivi che l'OMS ha definito sono: favorire l'integrazione delle medicine complementari nei sistemi sanitari pubblici o assicurativi, produrre studi di efficacia sulle diverse terapie, fare in modo che le cure siano accessibili a tutti ma nello stesso tempo distribuite in maniera razionale.

Dal 2006 il Reiki rientra nelle CAM (Complementary and Alternative Medicine) ed è definito come metodo bioenergetico di guarigione utilizzato per alleviare i sintomi delle patologie acute e croniche, affiancando la medicina allopatrica.

Tra i benefici vi sono:

- Riduce stress, ansia e depressione;

- Elimina il dolore fisico, soprattutto nei pazienti oncologici;
- Scioglie l'emicrania;
- Attenua i disturbi gastrici;
- Favorisce uno stato di rilassamento;
- Riduce edemi e gonfiore.

Il Reiki affianca la terapia convenzionale in numerosi centri ospedalieri di tutto il mondo (America, Svizzera, Spagna, UK) e in Italia viene effettuato ai pazienti secondo il tariffario del S.S.N in varie strutture, tra le quali "Regina Elena" di Roma, "San Giovanni Battista" di Torino e "San Carlo Borromeo" di Milano.

### Perché l'infermiere e il Reiki?

L'OMS ha dimostrato che gli infermieri di tutto il mondo utilizzando sempre più cure complementari, tanto che, pochi anni fa **l'Energy Field Disturbance (EFD)**, è diventato un sistema di diagnosi adottato da NANDA. Secondo la classificazione degli interventi (NIC), troviamo il Reiki (1520) con la seguente definizione: utilizzo di sequenze specifiche di posizionamento delle mani e dei simboli per incanalare la forza universale della vita e per ricaricare, riallineare e riequilibrare il campo energetico umano.

L'interazione tra infermiere e paziente, durante il trattamento è un processo in cui si verifica il trasferimento di energia attraverso diverse collocazioni delle mani ( testa, occhi, torace, addome, cosce, etc).



Chi riceve il trattamento può essere completamente vestito, sotto lenzuola o coperte e i tempi possono variare, da 90 minuti, ai 30 o ai soli 10 in quello veloce.

La professione infermieristica è olistica, per sua natura intrinseca, perché legata ad una visione globale di assistenza, in cui non ci si limita alla concezione dell'uomo inteso come macchina non influenzabile da pensieri ed emozioni.

Il collegio Ipasvi di Genova ha fatto da apripista in Italia per lo studio della tecnica Reiki, che da qualche tempo viene insegnata in varie parti della nostra nazione. Gli insegnamenti impartiti presso il collegio derivano dalla scuola Reiki giapponese, ove al termine del seminario, a tutti i partecipanti, oltre all'attestato di Primo livello Reiki-Shoden, è stato rilasciato un attestato per l'ECM.

Tra i professionisti sanitari esperti in Reiki, vi è l'infermiera Reiki Master & Teacher Mara Giunta, che dirige progetti olistici presso l'ASL 4 di Chiavarese, ove, affiancandosi ad una psicologa e ad una psichiatra, ha condotto recentemente il progetto "Cerchio di Luce".

Questo progetto è stato realizzato sui pazienti con diagnosi di Disturbi della Condotta Alimentare, in particolare nei casi in cui l'approccio farmacologico risultava poco efficace o veniva rifiutato. Le finalità sono state:

- Indurre uno stato di rilassamento;
- Acquisire consapevolezza delle proprie emozioni;
- Attivare capacità di autocura;
- Migliorare i sintomi relativi al disturbo alimentare.

Durante un primo incontro è stato spiegato cosa è il Reiki, come funziona e quali benefici da esso potessero derivare. Al termine di quest'ultimo, 8 pazienti di età compresa tra 26 a 65 anni, accettarono di apprendere il primo livello e di partecipare ad una serie di incontri programmati settimanalmente, della durata di 2 ore ciascuno per un totale di 44 incontri.

L'incontro è stato così strutturato:

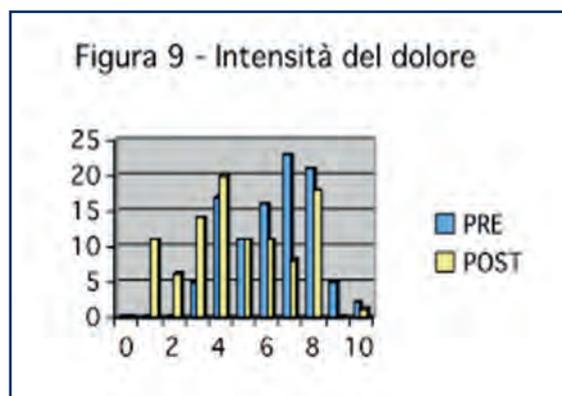
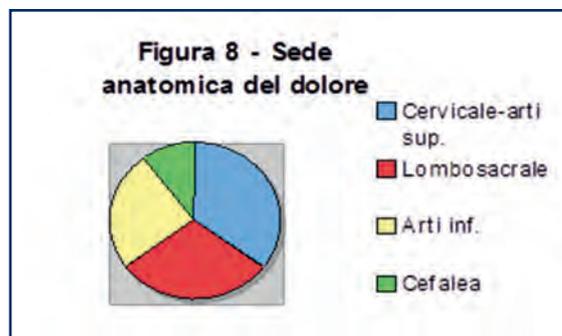
- Arrivo e compilazione del questionario
- Esercizi di meditazione

- Trattamento Reiki (tutti trattano e tutti ricevono)
- Condivisione esperienza.

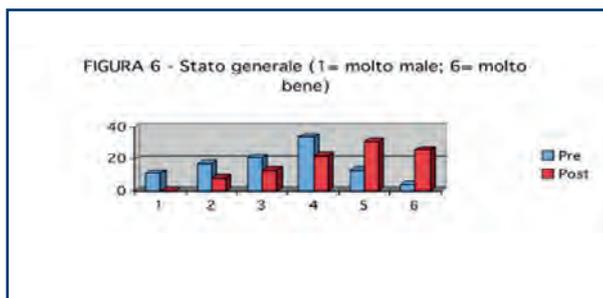
Per la strutturazione del questionario sono state utilizzate diverse scale:

1. Scala di valutazione Likert che valuta lo stato generale al momento della compilazione e dopo il trattamento, in cui il punteggio va da 1 (molto male) a 6 (molto bene)
2. Scala di valutazione Likert da 0 a 10, per valutare sede ed intensità del dolore avvertito al momento della compilazione,
3. Scala numerica Likert da 0 a 10 per valutare una serie di 16 stati emotivi sia positivi che negativi.

Tutte le partecipanti, in tutti gli incontri, lamentavano una sede di dolore, soprattutto zona cervicale-arti superiori, seguita da zona lombosacrale, cefalea ed infine la zona degli arti inferiori. Si evince come sia calata l'intensità del dolore successivamente ai trattamenti (circa il 65%)



nei questionari pre -incontro la % più alta era con punteggio 4, mentre nel post incontro la % maggiore era corrispondente a 5 e 6 (bene)



e molto bene) con miglioramento dello stato emozionale e psicologico.

In merito ai disturbi alimentari si è notato un notevole miglioramento ( pari al 50%), poiché è diminuito l'utilizzo di misure compensatorie come digiuno, vomito auto- indotto ed uso di lassativi e diuretici.

## Conclusioni

Proprio perché i nostri corpi sono fatti di energia e il controllo della salute e della malattia dipende dalla qualità di energia che una persona possiede, mi piacerebbe che si riuscisse a diffondere sempre più la cultura e l'importanza del suo utilizzo come valida tecnica terapeutica e come ausilio nei processi di cura di molte

patologie.

Mi auguro che il Reiki possa così trovare, nel nostro paese, la forza e gli strumenti per affermarsi con maggior rigore metodologico, proprio come già sta accadendo da tempo in altre nazioni, ad esempio in Inghilterra, Germania, Brasile, America, e che gli operatori sanitari possano abbattere ogni forma di pregiudizio, avvicinandosi alle cure complementari.

La nostra professione è una delle professioni più impegnative ma al tempo stesso una delle più belle, nobili e appaganti perché abbiamo la possibilità **di prenderci cura delle persone** che incontriamo in modo olistico considerando le emozioni, i pensieri, le esperienze, il ruolo sociale e la spiritualità, ovvero le componenti che rendono un individuo unico.

Questo perché proprio come disse Platone, non si possono curare gli occhi senza curare la testa e la testa senza curare il corpo, così come non si può curare il corpo senza curare l'anima.

Questo è il motivo per cui la cura di molte malattie è sconosciuta, perché si è **ignoranti nei confronti del tutto** che dovrebbe essere studiato e che una parte specifica del corpo non potrà star bene a meno che non stia bene il tutto.



## GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

Il Collegio IPASVI di Taranto ha deciso di celebrare la Giornata Internazionale dell'Infermiere con due eventi, un doppio appuntamento:

**12 Maggio "Un pomeriggio di risate"** insieme ai detenuti del Carcere Circondariale di Taranto, ai quali sarà proposta "La leggenda del Santo Bevitore" testi e musiche di Gianni Vico, narrazione di Maria Rosaria Coppola. Esecuzione dei CANTACUNTI con la partecipazione di Mino Urbano, chitarra elettrica e acustica.

**13 Maggio "Giornata di Promozione della vaccinazione antipneumococcica"**, organizzata dal Collegio IPASVI Taranto in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto, che si terrà nel cuore della Città di Taranto, in Piazza Maria Immacolata. Questo evento è stato suddiviso in due distinti momenti: 1) informazione e counselling sulle vaccinazioni in generale; 2) verifica dello stato vaccinale degli ospiti attraverso il Registro Vaccinale ed effettuazione della vaccinazione, a quanti lo richiederanno, nell'Ambulatorio allestito nei locali messi a disposizione dall'Istituto "Maria Ausiliatrice". Alla giornata parteciperanno anche gli studenti di Infermieristica per un Evento Formativo dedicato al tema dell'efficacia degli interventi in sanità pubblica, in particolare delle vaccinazioni, delle loro caratteristiche tecniche, dell'atto vaccinale come pratica infermieristica.

La formazione verrà tenuta da esperti medici ed infermieri del Dipartimento di Prevenzione.



IN OCCASIONE DELLA FESTA DELLA MAMMA  
E DELLA GIORNATA INTERNAZIONALE DEGLI  
INFERMIERI NEI GIORNI DI:

**Giovedì 11 maggio 2017**

dalle ore 9.00 alle ore 12.00

**Venerdì 12 maggio 2017**

dalle ore 15.00 alle ore 19.00

**ESEGUIREMO ECOGRAFIE  
AL SENO**

A TUTTI GLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI MUNITI DI TESSERA DI  
ISCRIZIONE VERRÀ APPLICATO UNO SCONTO DEL 30%

Per le prenotazioni telefonare al 3332169271

Stampa Fotocopisteria BAMA

## ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2017

**1<sup>a</sup> Convocazione:** 23 Maggio ore 21,00-22,30

**2<sup>a</sup> Convocazione:** 24 Maggio ore 14,30-16,30

### ORDINE DEL GIORNO

- 1) RELAZIONE ANNUALE DELLA PRESIDENTE
- 2) PRESENTAZIONE BILANCIO CONSUNTIVO ANNO 2016
- 3) PRESENTAZIONE BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2017

### MODELLO DELEGA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
carta di identità n. \_\_\_\_\_

### DELEGA

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

**a rappresentarmi nell'Assemblea Annuale degli Iscritti.**

Si accetta modello delega digitale.

Luogo e Data

Firma Delegante



### INDIRIZZO PEC GRATUITO PER GLI ISCRITTI

Attivazione gratuita indirizzo  
di Posta Elettronica Certificata  
per gli Iscritti al  
Collegio IPASVI di Taranto

Richiedi il servizio a: [www.ipasvitaranto.com](http://www.ipasvitaranto.com)



[@pec.ipasvitaranto.com](mailto:@pec.ipasvitaranto.com)

**CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**“GESTIONE DELLE INFEZIONI IN VULNOLOGIA PERCORSO CONDIVISO  
NEL TRATTAMENTO DELLA RIPARAZIONE TISSUTALE”**

Data	<b>24 - 27 MAGGIO 2017</b>
Orario:	<b>8.30</b>
Crediti ECM:	<b>11,9</b>
Evento	<b>N. 3266 (RES)</b>
Costo:	<b>GRATUITO</b>
Sede:	<b>COLLEGIO IPASVI</b>
Partecipanti:	<b>80 ISCRITTI</b>

**CORSO DI AGGIORNAMENTO ITINERANTE**

**“ESERCITAZIONI SU MANICHINO RIVOLTE AGLI ISCRITTI”  
N. 3 EDIZIONI**

Date:	<b>19 MAGGIO - 9 GIUGNO - 23 GIUGNO 2017</b>
Orario:	<b>17.30</b>
Costo:	<b>GRATUITO</b>
Sede:	<b>MANDURIA (19 MAGGIO) GROTTAGLIE (9 GIUGNO) MARTINA FRANCA (23 GIUGNO) MASSAFRA-MOTTOLA (SETTEMBRE, da stabilire)</b>
Partecipanti:	<b>MAX 15</b>



*Al termine dell'esercitazione verrà rilasciato apposito attestato, con validità legale.*

**CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**“IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO”  
N. 2 EDIZIONI**

Date:	<b>16 GIUGNO 2017</b>	Orario: <b>14,00 - 20,00</b>
	<b>17 GIUGNO 2017</b>	Orario: <b>09,00 - 14,00</b>
Costo:	<b>GRATUITO</b>	
Sede:	<b>COLLEGIO IPASVI TARANTO</b>	
Partecipanti:	<b>MAX 80 per edizione</b>	

*Evento in fase di accreditamento.*

