



il Veliero



● TRIMESTRALE INFORMATIVO OPI VARESE ●



Direttore editoriale: Dott. Aurelio Filippini.

*Comitato Redazionale: Alessandro Navaneri, Rosanna Pelosin,
Carlo Amato, Jessica Piras, Elena Colzani, Alessia Crusco*

Editore: OPI Varese, Viale Borri 209,

Tel. 0332 310950 Fax 0332 328378.

info@opivarese.it - www.opivarese.it

SOMMARIO

<i>Editoriale: Dimmi il tuo rapporto con il dolore e ti dirò chi sei a cura di Aurelio Filippini</i>	1
<i>Proposte di lettura: un giorno felice a cura di Ines Domenichini</i>	4
<i>Proposte sugli schermi: the Whale a cura di Massimo De Franceschi</i>	6
<i>Progetto Infermieristico: L'infermiere Wa.N.E.V.A, un percorso innovativo all'interno delle unità operative e a domicilio per la gestione degli accessi vascolari a cura di infermieri ASST Melegnano e Martesana.</i>	10
<i>Argomenti di assistenza infermieristica trattati nelle tesi di laurea: progetto di educazione terapeutica per un gruppo di donne con artrite reumatoide a cura di Elena Colzani</i>	12
<i>Il dolore a cura di Jessica Piras.</i>	21
<i>L'evoluzione legislativa a cura di Jessica Piras.</i>	23
<i>Processo infermieristico e gestione del dolore a cura di Jessica Piras.</i>	26
<i>Ufficiale dall'Ordine: verbale assemblea degli iscritti 21 marzo 2024 a cura di Rosanna Pelosin.</i>	28

Dimmi il tuo rapporto con il dolore e ti dirò chi sei

a cura di *Aurelio Filippini*

Per presentare l'argomento di questo numero, vorrei, innanzitutto, inquadrare il dolore attraverso una revisione della letteratura effettuata da Tiziano Fabani Responsabile Fondazione Gioventù Nova Villa Rovera Molina Onlus; la visione che emerge dal suo lavoro è particolarmente interessante poiché sviluppata in una realtà di lunga degenza ove il focus dell'assistenza e della presa in carico degli ospiti è proprio quella del dolore, ove l'infermiere, oltrepassando la mera componente biofisiologica, mira ad un benessere globale e non alla cura del singolo sintomo.

RIASSUNTO: *Il dolore è un importante problema di salute pubblica in tutto il mondo ed ha un notevole impatto clinico, sociale ed economico, per questi motivi la sua identificazione e il suo trattamento devono avere un'elevata priorità da parte dei professionisti sanitari. Le persone ricoverate in RSA provano dolore non solo per le patologie alle quali sono soggetti, ma anche per la prolungata immobilità e per le numerose procedure invasive alle quali possono essere sottoposti. Le negative conseguenze fisiologiche e psicologiche determinate dal mancato trattamento del dolore possono essere significative e permanere a lungo.*

OBIETTIVO: *Fornire delle raccomandazioni di buona pratica professionale per la valutazione del dolore nelle persone assistite.*

MATERIALI E METODI: *Dopo un'attenta revisione della letteratura il documento di Best Practice è stato revisionato da alcuni esperti del settore. Sono state create 10 raccomandazioni, il cui livello di evidenza è stato valutato con uno strumento adattato da quello dell'American Association of Critical Care Nurses.*

RISULTATI: (1) L'infermiere di RSA riconosce la ricerca della presenza di dolore come una delle priorità da garantire alla persona assistita. (2) Ad ogni persona assistita in tutti i contesti di RSA deve essere garantito il monitoraggio routinario della presenza/assenza di dolore, utilizzando lo strumento più opportuno. (3) La presenza di dolore nelle persone assistite in RSA andrebbe

ricercata e documentata almeno ogni 4 ore.(4) Laddove ne sussistano le condizioni, l'infermiere dovrebbe adoperarsi per favorire l'espressione autonoma da parte della persona assistita della presenza e dell'intensità del dolore, utilizzando scale numeriche verbali o visive 0-10, mediante tavole alfanumeriche o strumenti di comunicazione compensativi. (5) Nelle persone incapaci di riportare autonomamente il dolore, l'infermiere dovrebbe utilizzare scale validate, quali: la versione italiana del Critical Care Pain Observation Tool (CPOT), o la Behavioural Pain Scale (BPS), anche nella sua versione per pazienti non intubati (BPS-NI). (6) Le scale per la rilevazione del dolore nelle persone che non sono in grado di verbalizzare dovrebbero essere utilizzate da professionisti sanitari adeguatamente formati. (7) Dove sia praticabile, nelle persone che non sono in grado di riportare autonomamente il dolore, l'infermiere si avvale del coinvolgimento di persone significative che conoscono bene la persona assistita per valutare la presenza di indicatori di dolore. (8) I soli parametri vitali non sono sufficienti per identificare la presenza di dolore. (9) In generale, il dolore durante procedure diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali nelle persone assistite in RSA che non sono in grado di verbalizzare andrebbe sempre sospettato e prevenuto. Questo vale in particolar modo per le persone trattate con miolorassanti, elevati livelli di sedazione, o in condizioni cliniche caratterizzate da deficit neuromuscolari tali da rendere inutilizzabili anche le scale CPOT e BPS o BPS-NI.(10) Dopo il trattamento preventivo o terapeutico analgesico, l'infermiere di RSA rivaluta la persona assistita per valutare l'efficacia del trattamento mediante le scale del dolore più idonee per le condizioni cliniche. Conclusioni: Il documento dovrebbe essere conosciuto ed applicato da tutto il personale sanitario che assiste persone nei contesti RSA. Parole chiave: dolore, valutazione, terapia intensiva, area critica, infermieri.

PRIFLESSIONE

La revisione effettuata si completa attraverso un'analisi valoriale e filosofica del dolore che le scienze umanistiche ci offrono.

“Il segreto della moderna sensibilità sta nel fatto che essa corrisponde ad un mondo in cui il corpo è il valore supremo. Ne risulta allora che il rapporto di questo mondo con il dolore è il rapporto con una potenza che va innanzitutto evitata, perché qui il dolore non colpisce il corpo come un semplice avamposto, ma colpisce il quartier generale, il nucleo essenziale della vita stessa...il corpo edonistico che si compiace di se ha un atteggiamento di totale rifiuto del dolore”.(11) ByungChul Han afferma quindi che, esaltando la componente biofisiologica a discapito delle componenti psicologiche, sociali e spirituali, e separando la clinica e la farmacologia da un approccio olistico all'essere umano, ci si limita a fornire una risposta al dolore inteso come componente della vita delle persone e non solo fatto contingente ad problema fisico. La sanità attuale risulta essere un vestito per tutte le stagioni adattabile ad ogni persona, ma non essendo cucita (direbbe Spinsanti) addosso a nessuno, e fornendo una risposta standard al bisogno di salute dell' assistito, rischia di essere parziale o addirittura inefficace. Il filosofo afferma anche che l'ordine “terragno” cioè la componente umana legata alla terra sta per essere soppiantata dall'ordine “digitale”, etereo e distaccato, nel quale la morte e il dolore non rientrano, rappresentano solo dei disturbi. L'ordine digitale livella vicinanza rendendola assenza di distanza affinché non faccia più male.

Oggi essere vicini tramite il digitale rende lontani dal punto di vista terreno e umano, le “mani terapeutiche” da cui si emana un'energia curativa non toccano più, come la madre che accarezza il bambino malato e gli racconta delle storie e già così lo cura, oggi è necessario riprendere il tocco, la vicinanza e il dialogo come cura se vogliamo rispondere al dolore e alla sofferenza oltre il

sintomo fisico. “È il dolore a far ingrossare il corso della narrazione in modo che finisca di portare via il dolore stesso. È il dolore a mettere in moto il racconto”. Secondo l'autore oggi viviamo in epoca post narrativa dimenticando che “la narrazione è la capacità dello spirito di superare la contingenza del corpo” offrendo così una via per guarire la persona e non solo la sua componente biofisiologica.

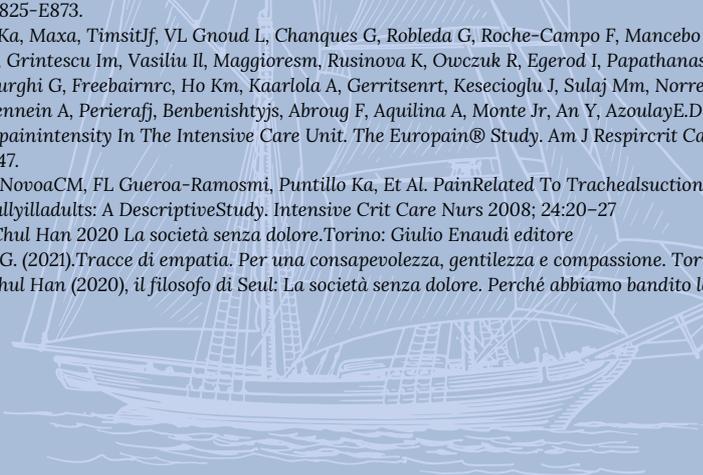
Non a caso nel nostro Codice Deontologico l'articolo sul dolore è posto subito dopo quello sul rapporto la persona assistita; ciò a sottolineare come senza l'accoglienza delle emozioni e della sofferenza, quindi senza l'ascolto della narrazione del vissuto dell'altro e attraverso la compassione come empatia in azione (12), non si possa di mettere in atto un percorso di cura efficace, percorso che passa anche da mani che toccano e relazioni che curano

ART. 17 - RAPPORTO CON LA PERSONA ASSISTITA NEL PERCORSO DI CURA. *Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.*

ART. 18 - DOLORE *L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.*

BIBLIOGRAFIA

1. International Association For The Study Of Pain (IASP). IASP Curriculum Outline On PainFor Nursing. 2018. <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?Itemnumber=2052> Accesso Eseguito Il 20-022019
2. International Association For The Study Of Pain (IASP). IASP Terminology. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?Itemnumber=1698> Accesso Eseguito Il 2002-2019
3. Imami F, Safari S. "PainReliefis An Essential Human Right", Weshould Be Concerned about it. *Anesth Pain Med.* 2011 Fall;1(2):55-7.
4. Brennan F, Carr D, Cousins M. Access To Pain Management – StillVeryMuch A Human Right. *Pain Medicine.* 2016 Oct; 17(10):1785-1789.
5. Lohman, D, Schleifer R., Amon, J. J. (2010). Access To Pain Treatment As A Human Right. *BMC Medicine.* 2010 Jan; 8(1):1-8.
6. Cousinsmj, Lynch Me. The Declaration Montreal: Access To Pain Management Is A Fundamental Human Right. *Pain.* 2011 Dec;152(12):2673-4.
7. Puntillo Ka, White C, Morrisab, Et Al. Patients' Perceptions And Responses To Proceduralpain: Results From Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2001; 10:238-251.
8. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham Dm, Slooterajc, Pandharipande PP, Watson Pl, WeinhouseGl, Nunnally Me, Rochweg B, Balas Mc, Van Denboogaard M, Bosma KJ, Brummel Ne, Chanques G, Denehy L, Drouot X, Fraser Gl, Harris Je, Joffeam, Kho Me, Kress JP, Lanphereja, Mckinley S, Neufeld KJ, Pisani Ma, Payenjff, Punbt, Puntillo Ka, Rikerrr, Robinsonbrh, Shehabi Y, Szumita Pm, Winkelman C, Centofanti Je, Price C, Nikayin S, Misakcj, Flood Pd, Kiedrowski K, Alhazzani W. *ClinicalPracticeGuidelines For The Prevention And Management Of Pain, Agitation/ Sedation, Delirium, Immobility, And SleepDisruption In Adultpatients In The ICU.* *Crit Care Med.* 2018 Sep;46(9):E825-E873.
9. Puntillo Ka, Maxa, TimsitJf, VL Gnaud L, Chanques G, Robleda G, Roche-Campo F, Mancebo J, DivatiaJv, Soares M, Ionescu Dc, Grintescu Im, Vasiliu Il, MaggioreSm, Rusinova K, Owczuk R, Egerod I, Papatthanassoglou Ed, Kyranou M, Joyntgm, Burghi G, Freebairnrc, Ho Km, Kaarlola A, Gerritsenrt, Kesecioglu J, Sulaj Mm, Norrenberg M, Benoitdd, Sehams, Hennein A, Perieraff, Benbenishtyjs, Abroug F, Aquilina A, Monte Jr, An Y, AzoulayE. *Determinants Of Proceduralpainintensity In The Intensive Care Unit. The Europain® Study.* *Am J Respircrit Care Med.* 2014 Jan 1;189(1):39-47.
10. Arroyo-NovoaCM, FL Gueroa-Ramosmi, Puntillo Ka, Et Al. PainRelated To Trachealsuctioning In Awakeacutely And Criticallyilladults: A DescriptiveStudy. *Intensive Crit Care Nurs* 2008; 24:20-27
11. Byung-Chul Han 2020 *La società senza dolore.* Torino: Giulio Einaudi editore
12. Masera G. (2021), *Tracce di empatia. Per una consapevolezza, gentilezza e compassione.* Torino: Effatà Editrice
13. ByungChul Han (2020), *il filosofo di Seul: La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*





PROPOSTE DI LETTURA

a cura di Ines Domenichini



UN GIORNO FELICE di **INES RITA DOMENICHINI**
edito da SCATOLE PARLANTI

p. 72,
13 euro

Tra i tanti commenti che mi sono arrivati sul libro ce n'è uno di Antonella Marigo, danzaterapeuta e fisioterapeuta, che più mi ha colpito: "E' un libro che cura. Pagina dopo pagina entriamo ed incontriamo, nella narrazione di Ines Rita Domenichini, il potere terapeutico delle parole. La scrittura, come ogni mezzo creativo, può essere un vero atto terapeutico infatti ogni atto creativo porta in sé la possibilità di esprimere proprio mondo

interno e intraprende un processo di cambiamento che rappresenta una forma di cura. Parafrasando Sonia Scarpante, che come Ines Rita Domenichini ha vissuto la terribile esperienza del tumore al seno, la scrittura offre la possibilità di ri-narrare il passato che inizia ad apparire modificabile, offrendo dignità a quanto accaduto ai personaggi della propria vita. E' quanto avviene in - Un giorno felice - in cui la " Tigre tremante" madre della scrittrice recupera dignità e valore risalendo dalle voragini di una vita trascorsa nella fatica e negli abbandoni."

La cura verso di me e la cura verso gli altri è sempre stata al centro della mia vita personale e professionale come infermiera e danzaterapeuta. La cura è un atto vivo, autentico fatto soprattutto di consapevolezza e libertà da pregiudizi. La cura è l'arte con cui prestiamo attenzione a noi stessi e agli altri. Affrontare i traumi, le esperienze dolorose della vita tra cui la malattia richiede l'accedere a gesti che procurino bellezza per accettare e trasformare la fragilità in risorsa, fiducia e per continuare a tenere accesa la scintilla vitale della speranza.

Ho iniziato a scrivere "Un giorno felice" subito dopo la seconda diagnosi di tumore al quarto stadio non avendo idea che potesse diventare un libro. La scrittura ha da sempre accompagnato i momenti più intensi della mia vita, belli e brutti senza divisione: forti. I racconti sono arrivati uno dopo l'altro con un bisogno impellente di scrivere. Sono nati come nascono i sogni da quello stesso spazio dove nascono le immagini e le idee quando creo i laboratori di danzaterapia o le performance di danza teatro. E' quello spazio lontano dalla logica razionale, ma vicino alle emozioni profonde, alle intuizioni e ai pensieri creativi. "Un giorno felice" è una raccolta di 20 racconti brevi scritto in prevalenza, ma non solo, in seconda persona, con un tu rivolto a mia madre. Una raccolta di racconti brevi, dove una figlia descrive la vita tormentata di sua madre "tigre tremante" e di quanto i destini si tramandino con i loro abissi e risorse. Una ricerca del particolare pescando nelle sensazioni ancora palpabili di una donna nell'ultima fase della sua esistenza.

Nell'Emilia della liberazione e del dopoguerra, cresce una giovane tra povertà e abbandoni, come quelle piante che germogliate in un punto senza luce si piegano, si attorcigliano o si tendono assumendo alle volte forme strane per poter sopravvivere. Inspiegabili a vedersi, suscitano stupore perché portano nel loro aspetto il mistero e l'inquietudine dell'esistenza. Racconti brevi, o meglio, lettere indirizzate alla propria madre come riscatto salvifico dalle ingiustizie, su un percorso di dignità che conduce alla pace. Due sorti segnate dal cancro del vivere e dal cancro come malattia in cerca di quel passo che unisce, che chiama in una continua rinascita. La danza è il fil rouge che attraversa l'opera, come presenza nel quotidiano, passione che crea legami e testimone attenta.

Così scrivere questo libro è stato per me un viaggio nella fragilità e come scrive in un articolo sulla La Prealpina la giornalista Federica Lucchini "Si percepisce da subito venire avanti la vita con la sua forza e la sua fragilità (...) E' una storia di anime, quelle di una madre e di una figlia, unite da una solitudine che non è desolazione, ma una continua fatica, alla fine rigenerante, perché la vita possa manifestarsi nella sua pienezza. (...) E' la storia di una vita ordinaria - quella della madre - che diventa straordinaria, grazie alla grande forza istintuale, che nei momenti drammatici trova soluzioni, eredità della nonna dell'autrice che "cercava di rendere normale l'impossibile".

Il cancro attraversa il libro come esperienza di vita ma non è un libro sulla malattia. Tra le righe si può avvertire la possibilità di "guarigione" attraverso uno sguardo riparativo e di accettazione profonda da non confondere con la rassegnazione. E' un libro sicuramente sulle donne, sulle loro fatiche sulla loro fragilità come valore, risorsa e sinonimo di sensibilità e umanità.

E poi c'è la danza, la mia danza come atto creativo e trasformativo "Con la danza puoi essere buono, cattivo, crudele, allegro, agitato, sano o malato... puoi essere la vita intera in tutte le mille sfumature. Puoi spezzare i tabù e infrangere le onde più alte, scalare montagne e puoi, come vivere tante vite, essere l'immensità del mare e il suo mistero."

Infine riporto la recensione di Gabriele Ottaviani, (dottore in Studi italiani e in Letteratura e lingua - Studi italiani ed europei, dottore di ricerca in Italianistica, critico letterario e cinematografico) su Convegnazionali "Racconti brevi, compiuti e ben scritti, che raccontano una storia d'amore, quello di una figlia nei confronti della madre, fragile e fortissima, tormentata, con la vita segnata da un destino che sembra valicare d'imperio anche le generazioni, eternando conseguenze inarrestabili come una piena. Nell'Emilia della liberazione e del dopoguerra, cresce una giovane tra povertà e abbandoni, malattie e strenue lotte per sopravvivere: intenso."

Il libro è disponibile sul sito della casa editrice Scatole Parlanti ma anche sugli store delle principali librerie online oppure lo potete ordinare direttamente da una libreria vicina a voi.

NB: lo potete trovare senza ordinarlo presso la Libreria Mondadori di Laveno Mombello (Va).

PROFILO DELL'AUTRICE

Danzaterapeuta, coreografa e infermiera conduce dal 2007 gruppi di danzaterapia e danza espressiva in vari ambiti, utilizzando anche la scrittura come mezzo creativo. Introduce la danzaterapia presso l'Azienda Sanitaria della sua città, occupandosi per dieci anni di oncologia, psichiatria, obesità e formazione del personale.

Relatrice in diversi convegni e conferenze, tra questi, il Convegno Internazionale "L'intreccio mente, stress e cancro" PsicoOncologia e PsicoNeuroEndocrinologia - Brescia 2013.

Ha esercitato attività di docenza in qualità di danzaterapeuta per l'Università dell'Insubria di Varese. Vince il primo premio come coreografa, interprete e co-regista insieme a Paola Buzio con un cortometraggio di danza "Ci sono Ci sei" al Concorso Artistico Irene Metra - 2° Edizione "Essere infermieri, uno sguardo oltre la divisa" O.P.I. (Ordine delle Professioni Infermieristiche) - maggio 2022.

Un giorno felice edito da Scatole Parlanti è la sua prima pubblicazione.



THE WHALE

a cura di Massimo De Franceschi

Film del 2022 diretto da Darren Aronofsky.

E' un film, vincitore di numerosi premi (tra cui un oscar all'attore principale Brendan Fraser e uno per il trucco), che attira come attirano le cose, i fatti, gli oggetti che ci fanno ribrezzo o

che ci fanno paura. E' il fascino dell'insolito, dello sballiato, del 'non è così che dovrebbe essere'. E non sto parlando solo del corpo, enorme, deforme, del protagonista Charlie (che il regista, utilizzando tutte le possibilità cinematografiche, ci mostra senza pietà). La casa, buia, chiusa, puzzolente... il buttar via la propria vita... le relazioni sbagliate, le scelte di vita che si rivelano fonti di sofferenze non pienamente calcolate... Ci attira scoprire come tanto sfacelo sia stato possibile a

partire da una situazione iniziale di umano (e quindi relativo) benessere. Il protagonista aveva una famiglia, un lavoro appassionante, relazioni ricche e diversificate, e poi... Poi ha fatto la scelta di seguire una passione sbocciata, non sappiamo se 'improvvisamente' emersa dall'inconscio o ad un qualche livello di consapevolezza già presente, magari ben prima del matrimonio, verso un altro uomo, un suo studente. Ma non è solo un film su un amore omosessuale sfociato in tragedia a causa dei soliti pregiudizi religiosi omofobi. Sarebbe davvero semplicistico vederlo così. I temi sono diversi e le differenti sensibilità degli spettatori coglieranno quelli che maggiormente risuonano in loro.

Ma andiamo con ordine. Il film inizia con frasi di incoraggiamento di Charlie, docente on line di un corso di scrittura creativa per universitari.

Con voce calda e comprensiva il protagonista esorta i suoi studenti a cambiare le loro tesine, per renderle più chiare, persuasive soprattutto più sincere. Ma lo fa proteggendo la sua immagine di uomo fortemente obeso: afferma,

mentendo, di avere la telecamera del PC rotta. Frasi toccanti, che ogni alunno vorrebbe sentire dal suo insegnante, ma, subito dopo, il regista ci mostra il protagonista intento a masturbarsi (non riuscendoci, anzi correndo il rischio di avere un infarto) davanti ad un filmato pornografico di omosessuali. Perché questa scelta? Perché passare in pochi secondi da frasi alte e nobili a comportamenti che hanno a che fare con ben altre motivazioni (badate bene:

non meno importanti, solo molto diverse e di tutt'altro genere, più legate alla materialità del corpo, se vogliamo accettare per un momento il sorpassato dualismo cartesiano)? Credo che il regista voglia suggerirci che siamo tutti fatti da parti, motivazioni, bisogni diversificati e che tenere tutti questi fattori insieme e dare loro il giusto riconoscimento e integrazione dentro di noi potrebbe farci comprendere meglio noi stessi e gli altri restituendoci un'immagine della realtà giustamente più complessa. Differenti aspetti di sé in lotta tra loro li troviamo in tutti i personaggi del film: il ragazzo 'missionario' di una setta che assiste accidentalmente alla scena descritta prima, la ex moglie, la figlia, l'infermiera (sorella adottata del ragazzo di cui di cui si è innamorato Charlie)... I personaggi del film, tratto da un'opera teatrale, sono pochi e tutti ruotano attorno al protagonista. Tutto il



film è ambientato in poche stanze di una casa. In occasione del mancato infarto durante la scena iniziale, scopriamo che il protagonista, per ridurre la tachicardia utilizza una frase, poi sapremo scritta parecchi anni prima dalla figlia come compito scolastico a commento del romanzo Moby Dick di Melville (The Whale è anche il titolo della prima edizione del romanzo omonimo). E davvero, in diverse scene del film, Charlie somiglia alla balena protagonista dell'opera di Melville: quando si erge faticosamente dal divano addirittura emette suoni che la richiamano. La frase, tenuta sempre a portata di mano,

è sentita come sincera, vera, non conformista. Ed è questo tema, la sincerità, uno dei due fili rossi del film. E' la prima richiesta che il protagonista fa ai suoi discendenti, è ciò che mostra

e richiede (anche in modo aggressivo fino alla spietatezza) la figlia, è ciò che mostra l'infermiera-amica, è ciò che credeva per la ex moglie essere la base del rapporto con Charlie. Al contrario veniamo a sapere che il giovane missionario agisce all'ombra di una inautenticità propria e non accoglienza dell'altro, nonostante le apparenze. Non possiamo dimenticare che il dramma familiare, separazione e abbandono della famiglia che Charlie si era costruito, forse poggiava su una mancanza di autenticità: non sappiamo se l'omosessualità del protagonista

fosse da sempre da lui conosciuta (almeno in parte) e fosse stata negata, oppure fosse emersa in seguito. In ogni caso una parte, una versione di Charlie, non aveva trovato accoglienza nella moltitudine di sé che costituisce tutti noi e che, se ben integrate, formano la nostra complessa e poliedrica personalità capace contemporaneamente, almeno in parte, di gestire esigenze proprie e di chi ci sta attorno.

E cosa succede quando non siamo autentici? Il film sembra indicare la possibilità che, in questo caso, le relazioni si inquinino e vengano stravolte, anche retrospettivamente.

Notevole è il ricordo che la figlia ha delle bistecche che il padre aveva cucinato per lei e per quello era già il suo amante e che lei ricorda come particolarmente buone. E' questa la grande accusa che la figlia fa a Charlie lei ha subito un doppio tradimento: non solo il padre lasciato la madre e lei, bambina, ma ha anche mentito sul suo essere in parte o in toto, omosessuale (raramente nei dibattiti psicologici sull'argomento si prende in considerazione questo secondo aspetto: nel tentativo di normalizzazione ci si dimentica della fatica imposta ai figli davanti ad un genitore che scoprono profondamente diverso da come lo avevano immaginato). E se vogliamo non si è dato neanche abbastanza pena di restare, in qualche modo nella vita della figlia (l'opposizione, vera o presunta della madre, è una scusa troppo usata in questi casi per essere vera... soprattutto tenendo conto tutti gli anni passati e il fatto che mai la ragazzina sembra essersi opposta a proposte di incontri); la prima prova che la ragazzina chiede al padre è di andare verso di lei, sembra dire al padre 'vieni qui da me, vieni anche con tutti i tuoi difetti'... I soldi accantonati per la figlia certo non possono



sostituire la presenza, magari anche periferica, di un padre. La gelosia della ragazzina emerge, oltre nell'episodio citato delle bistecche, anche verso l'uccello che il padre cura lasciandogli pezzi di cibo (sarà lei, poi, a rompere il piatto del volatile). Un doppio tradimento quello che il padre agisce nei confronti della figlia che non ha potuto non influenzare la visione degli altri che la ragazzina ha del mondo. "Odio tutti" è l'unica frase sincera che accetta di scrivere su richiesta del padre. E siccome non possiamo non amare, come ci ricorda alla fine il protagonista, quando non siamo autentici, e in qualche misura facciamo del male agli altri, compare l'inevitabile senso di colpa che, nella maggioranza dei casi, si basa su reali atti mancati o agiti. Ecco il secondo filo rosso del film: Charlie è appesantito, schiacciato, letteralmente dal 'peso' del senso di colpa. Verso la famiglia lasciata e verso il compagno che non è riuscito a salvare, verso se stesso per la vita che ora conduce... Charlie si sente una concentrazione di male (l'interpretazione più accreditata di Moby Dick è appunto quella che la considera come il male assoluto, stranamente bianca e quindi accecante e affascinante) e per questo cerca di amplificare comportamenti e pensieri opposti (formazione reattiva): non lo vediamo mai perdere la pazienza, essere ruvido o poco comprensivo. Ma il misconoscere parti di sé, non legittimarle in qualche modo, produce una tensione che può sfociare in gesti nocivi per sé e gli altri: il compagno di Charlie, il ragazzo per cui lascia la famiglia e che muore suicida, era da sempre combattuto tra l'appartenenza ad una religione (rigida e scarsamente accogliente le diversità e rappresentante della sua famiglia, un legame con le origini) che pure sentiva come parte di sé, anche per via del suo non completo svincolo familiare, e l'uguale tendenza profonda a sentirsi attratto da altri uomini; la moglie che cerca di annegare nell'alcol immagini non sufficienti buone di sé come madre e moglie.. Tutti abbiamo nella testa una stanza, come quella del compagno che il protagonista ha tenuto chiusa per tanto tempo, che sappiamo esistere, ma che teniamo chiusa per non dover fare i conti

con gli specchi che rimanderebbero immagini di noi che preferiamo non vedere. Tutti abbiamo dentro di noi una balena bianca e il volerla uccidere a tutti i costi ci condanna inesorabilmente a perire con lei. Il dare la possibilità di esistere anche a queste parti di noi assicurerebbe il permanere delle colpe, reali, esistenziali, nel territorio delle eventualità umane senza che passino in quello molto meno maturativo dei sensi di colpa nevrotici. Se negare parti di sé e non essere autentici è foriero di relazioni disfunzionali e insalubri cosa fare quando nella vita emergono versioni contraddittorie di noi? Cosa fare quando l'amore per la propria famiglia scelta e volontariamente costruita si scontra con la passione emergente verso un altro essere umano? Ovviamente il film non dà soluzioni semplicistiche, ma ne vediamo alcune nei personaggi che, tutti, si dibattono in dilemmi morali e quindi relazionali. L'infermiera oscilla tra le richieste insistenti di ospedalizzazione di Charlie e il suo comprargli il cibo che inesorabilmente lo porterà alla morte; la figlia ha scelto una parte di sé, quella che odia tutti come conseguenza di un dolore non riconosciuto annullando l'affetto che (forse) ancora prova; anche il giovane missionario annullerà la parte di sé che l'ha portato prima a criticare i metodi della propria religione e poi a commettere un furto a danno della stessa (accetterà un perdono rassicurante e rientrerà nei ranghi) come anche sembra non accorgersi della doppiezza di comportamenti verso Charlie e verso il suo orientamento sessuale.

Legittimare una sola posizione, come fanno i personaggi appena citati o evitare almeno per un po' la questione come fa la moglie di Charlie con l'alcol, non sono strategie funzionanti sul lungo periodo...

Tenere insieme, in modo creativo, con una narrazione originale e personale che integra parti opposte di sé, è questo il compito, sempre arduo e faticoso, che spetta tutti noi. Andare avanti, senza rinnegare il passato, ma integrandolo in una visione compassionevole di sé sembra essere l'unico sentiero percorribile. Ma Charlie non chiede perdono, mai, si scusa soltanto, come se

fosse stato mosso da forze incontrovertibili, come se non sentisse il dolore delle persone che ha davanti... in *The Mission* (film del 1986 diretto da Roland Joffé con una indimenticabile prova di De Niro) il protagonista, invece, lascia il peso delle armature solo dopo aver ricevuto il perdono per la sua attività di schiavista.

Oltre ai suddetti due, diversi altri temi vengono trattati nel film. Ne cito solo un altro, quello relativo al sempre discusso argomento dell'accettazione o meno delle necessarie cure da parte del paziente. Charlie sa bene che il suo stile di vita lo porterà alla morte, come sa che la sua unica speranza consiste nel farsi ricoverare e iniziare un percorso di perdita peso e cambiamento di stile di vita. Ma non accetta tale possibilità trincerandosi dietro un supposto sacrificio a beneficio economico della figlia. Ancora una volta il protagonista sembra non cogliere le diverse sfaccettature di comportamenti e persone: valuta sé e gli altri in modo unidimensionale, come solo essenzialmente buoni gli altri e cattivo se stesso. Ma la simpatia e la compassione che questo atteggiamento suscita in noi ci fa correre il rischio di assumere lo stesso atteggiamento aprioristicamente accettante che, se pur evita di dover fare i conti con conflitti e attriti, ci allontana dalla realtà degli esseri umani che, inevitabilmente, sono un miscuglio indistinguibile di bene e male (per usare categorie di uso comune). La salute e il benessere relazionale, insomma, sono il risultato di un'integrazione complessa che senza negare aspetti di sé poco simpatici integra in un tutto coeso le diverse parti di noi stessi.

Lascio i diversi altri temi sfiorati dal film (il rapporto con la religione, lo stigma dell'essere obeso, il rapporto discenti-maestro) a chi ha più tempo e capacità di me.





L'INFERMIERE Wa.N.E.V.A. UN PERCORSO INNOVATIVO ALL'INTERNO DELLE UNITA' OPERATIVE E A DOMICILIO PER LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI.

A.S.S.T. Melegnano e Martesana, Direttore D.A.P.P.S. Dr. Enrico Ballerini

Referente: Dr. Christian Gambino, Dott.ssa Nadia Cremonesi, Dr. Enrico Ballerini Direttore D.A.P.S. S. Dott.ssa Marie Rose Ciarlatani, Dott.ssa Lidia Cerne, Dott.ssa Carmela Chiariello, Dr. Pier Paolo Sepe, Dr. Mario Licata, Dott.ssa Tiziana Fusco, Dott.ssa Filomena Ferraiuolo.

Sintesi

L'infusione endovenosa è l'introduzione di un liquido in vena. Alla maggior parte delle persone assistite ricoverate nelle varie unità operative viene posizionato un accesso vascolare principalmente per infondere liquidi per trattamenti farmacologici oppure emotrasfusioni o nutrizioni parenterali. A questo scopo si possono usare sia le vene centrali, sia le vene periferiche. I criteri per la scelta dei VADs sono molteplici: esempio la durata (breve, medio, lungo termine), la tipologia d'infusione (centrale vs. periferica), l'ambito (intra vs. extraosp.) il punto di inserzione P.I.C.C., Midline, Cannule Lunghe, PORT ecc.

In questo articolo si parlerà principalmente del progetto Wa.N.E.V.A. (Ward Nurse Expert in Vascular Access) un percorso innovativo all'interno delle unità operative e a domicilio per la gestione degli accessi vascolari, iniziativa aziendale dell'AV Team proposto da Marzo 2022 e in fase di continuo sviluppo e affermazione.

Questo risulta essere un percorso multidisciplinare innovativo nell'impianto e nella gestione dei P.I.C.C. e

Midline che pone con lo sviluppo del progetto Wa.N.E.V.A. la figura infermieristica al centro. Un percorso di progettazione all'introduzione dei P.I.C.C. nell'attività quotidiana si dimostra valida alternativa al CVC ed in particolare al

PORT ma anche al tradizionale accesso venoso periferico (ago cannula), disponendo di un dispositivo stabile e sicuro, ma in un'ottica professionale di umanizzazione delle cure e dell'assistenza, garantendo al paziente sicurezza, accettabilità e tutela della sua qualità di vita.

Lo scopo di questo studio nella ASST Melegnano e Martesana è quello di promuovere il progetto Wa.N.E.V.A.

Il progetto nasce dall'evidenza che, ad oggi, non è presente un comportamento omogeneo nell'attenta valutazione del patrimonio venoso, nella scelta del giusto dispositivo, nelle possibili complicanze legate al suo utilizzo e alla corretta gestione della medicazione. Nasce qui la necessità di formare infermieri di riferimento nei reparti che, in modo più diretto e continuativo, provvedano a identificare il paziente eleggibile per il giusto device con una stretta collaborazione con l'AV Team, con lo scopo di ridurre le richieste di consulenze al team che impianta i cateteri. 2

L'infermiere Wa.N.E.V.A. deve essere un punto di riferimento degli infermieri di reparto e canale diretto con il team esperto, soprattutto utile per la richiesta di interventi mirati, con finalità di ridurre le complicanze catetere correlate. Con l'obiettivo di stimolare la modifica del background professionale e

incrementare i percorsi formativi, confronto interprofessionale e consapevolezza nella gestione degli accessi vascolari. 3

In questo articolo è stata condotta un'indagine conoscitiva nazionale del progetto Wa.N.E.V.A nel 2021, al fine di indagare in quali altri centri italiani esista questa nuova figura infermieristica e come opera. L'articolo è concentrato principalmente su dei risultati ottenuti da un sondaggio dopo un anno del progetto Wa.N.E.V.A:

follow up di competenze acquisite nella gestione dei VADs, questionario somministrato alla figura del referente esperto di reparto nella gestione degli accessi vascolari Wa.N.E.V.A, questo ci ha permesso di avere una interpretazione accurata del percorso fino a qui svolto e delle possibilità di miglioramento. Queste buone pratiche vogliono essere un aiuto agli operatori, per migliorare la qualità delle cure e di conseguenza la qualità della vita delle persone assistite che afferiscono alle strutture ospedaliere o a domicilio, utenti che hanno bisogno di un accesso venoso stabile e sicuro, sulla base di criteri selezionati dal medico e una valutazione specifica del team esperto di infermieri specializzati alla gestione di questi dispositivi vascolari.



Parole chiavi WaNEVA, Infermiere accessi vascolari, PICC, Midline, complicanze accessi vascolari, infusione endovenosa, D.P.I

1 V.R. Bolander, Sorensen -Luckmann's,Il, *Il Nursing di base*, pag.1562

2 Progetto Wa.N.E.V.A. Ward Nurse Expert Vascular Infermiere Esperto degli Accessi Vascolari” U.O.C DAPSS Servizio Accesso Venosi AV Team, ASST Melegnano e Martesana Regione Lombardia, www.asst-melegnano-martesana.it

3 WaNEVA (Ward Nurse Expert Vascular Access), Poster Asst Melegnano Martesana, IL TRENO DELLA GESTIONE 2022, Nadia Cremonesi, Carmelo Chiariello, M. Rose Ciarlatani, Lidia Cerne, Dr. Enrico Ballerini (D.A.P.S.S.), Dr. Davide Vailati, Dr. Tiziana Fusco.

4 Manuale il buon uso degli accessi venosi, impianto gestione dei dispositivi, gestione delle complicanze, ASST

Melegnano e Martesana, Antonio Canelli, Lidia Cerne, Carmelo Chiariello, Maria Rose Ciarlatani, Nadia Cremonesi, Tiziana Fusco, Davide Vailati.



PROGETTO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA PER UN GRUPPO DI DONNE CON ARTRITE REUMATOIDE

Estratto tesi di Laurea in Infermieristica di Minoretti Chiara – Anno Accademico 2022/2023

Introduzione. L'Artrite Reumatoide (AR) è una patologia infiammatoria cronico-progressiva che coinvolge le articolazioni delle dita, dei polsi, delle ginocchia e delle caviglie. Le patologie reumatiche colpiscono il paziente nella sua globalità fisica, psichica, affettiva, sociale e relazionale incidendo sulla vita lavorativa e sullo svolgimento delle attività di vita quotidiana. Sintomi come dolore, affaticamento, ansia e depressione contribuiscono ad una maggiore attività della malattia nell'AR e ad una minore reattività al trattamento, principalmente a causa della fatica e del dolore, riducendo in modo significativo la qualità di vita. L'educazione terapeutica ha lo scopo di favorire la qualità di vita attraverso l'adattamento del proprio stile di vita e l'utilizzo delle strategie di coping per la gestione della malattia. Tre sono le principali responsabilità dell'infermiere nella gestione del paziente reumatico: il monitoraggio, ovvero avere un quadro aggiornato dei parametri vitali, dell'aderenza al trattamento farmacologico, dell'attività di malattia e della qualità di vita attraverso l'utilizzo di questionari sul dolore e sulla qualità di vita, valutazione degli indici di flogosi ed esame delle articolazioni; la formazione del paziente, che si riferisce all'insegnamento al paziente alla gestione di terapie complesse e a comprendere al meglio la propria condizione (utile al momento della diagnosi); infine l'help-line telefonica utile per la risoluzione di problemi e dubbi di ambito quotidiano, come la propria terapia. L'educazione terapeutica, che si configura come l'educazione alla persona con patologia

cronica, diventa parte integrante dell'assistenza al paziente con AR ed è incentrata sull'aderenza al trattamento farmacologico, il quale ha lo scopo di raggiungere uno stato di remissione o di bassa attività della malattia, e sul trattamento non farmacologico, quali esercizi articolari, ausili, adattamento dell'ambiente domestico/lavorativo, dieta, che deve essere attuato precocemente e in sinergia con la terapia farmacologica, con l'obiettivo di ripristinare la massima funzionalità articolare possibile, mantenere tono e trofismo muscolare, ridurre la sintomatologia algica e prevenire le deformazioni articolari (PNC, 2016; Ndosì et al., 2015).

Lo scopo dell'elaborato di tesi si identifica nella descrizione delle fasi di un progetto di educazione terapeutica rivolto ad un gruppo di donne affette da AR sul riconoscimento dei segni e sintomi di riacutizzazione della malattia, sulla gestione del dolore, sull'importanza dell'aderenza alla terapia farmacologica da utilizzare in sinergia con trattamenti non farmacologici quali l'economia articolare, l'adattamento dell'ambiente domestico, l'esercizio fisico e modifiche dietetiche. Dato che la patologia colpisce soprattutto le donne nell'età riproduttiva, l'ipotesi di progetto di educazione si propone di fornire informazioni anche per quanto riguarda la fertilità la gravidanza e la menopausa, momenti in cui insieme alla donna si modifica anche la malattia (Smeele e Dolhain, 2019).

Ipotesi di progetto di educazione terapeutica per donne con artrite reumatoide. L'ipotesi di progetto di educazione

terapeutica si configura in uno studio descrittivo monocentrico, in quanto consente di raccogliere dati per l'identificazione dei bisogni educativi di un gruppo di utenti affetti da AR, attraverso l'utilizzo di un questionario, per procedere con l'applicazione delle fasi del processo per la progettazione di un intervento di educazione terapeutica.

Per la **strategia di campionamento** si ipotizza un gruppo di utenti affetti da AR afferenti ad un ambulatorio di Reumatologia

Semplice. Il reclutamento prevede, una volta stabiliti i criteri di inclusione e di esclusione, l'individuazione, da parte di un

Infermiere esperto in Reumatologia, dei destinatari del progetto, per un gruppo composto da 8-15 persone, ma replicabile per altri gruppi di utenti afferenti all'ambulatorio. Per identificare i destinatari del progetto educativo sono stabiliti criteri di inclusione e di esclusione, individuando le seguenti caratteristiche: persone di genere femminile;

età compresa tra i 30 e i 55 anni; pazienti affetti da AR di recente diagnosi (entro 2 anni). Vengono esclusi pazienti a cui è stata fatta diagnosi da più di 2 anni e con grado elevato di disabilità. Nella selezione dei criteri di esclusione, si è tenuto conto del concetto di "finestra di opportunità" nell'AR precoce, periodo in cui la malattia risponde meglio al trattamento.

L'obiettivo principale della terapia nell'AR è quello di prevenire danni alle articolazioni e disabilità. Il trattamento mira a raggiungere e mantenere la remissione o un basso livello di attività della malattia (Leon et al., 2023).

Per l'analisi del bisogno educativo si è considerato un questionario (vedi esempio in Allegato A) composto da 10 domande ordinate in base a criteri logici come il grado di intrusività e organizzazione per argomenti omogenei: dati demografici, il livello di health literacy, esperienza personale di malattia e qualità di vita, segni e i sintomi

evidenti, abitudini riguardanti la terapia, i trattamenti non farmacologici e le strategie per il monitoraggio dello stato di salute personale. La somministrazione del questionario, e l'analisi dei dati ottenuti, permettono di identificare le caratteristiche del campione, capire i bisogni reali degli utenti, e favoriscono una progettazione dell'intervento educativo che possa colmare eventuali lacune e allo stesso tempo validare e rafforzare le strategie già possedute dai partecipanti (Beghelli et al., 2015).

La fase di progettazione dell'attività educativa rappresenta la seconda fase del metodo nel processo di educazione terapeutica. Durante questa fase si modella l'attività utilizzando i differenti elementi raccolti nella fase precedente di analisi del bisogno educativo; è una fase complessa in cui le necessità dell'utenza vengono trasformate in obiettivi perseguibili e raggiungibili (Beghelli et al., 2015). Questa fase prevede l'identificazione degli obiettivi formativi che deliniano i risultati di apprendimento che l'utente deve raggiungere e influenzano le sottocategorie successive. Questo processo consiste nella definizione degli scopi e delle finalità misurabili che consentono la valutazione delle azioni. Gli obiettivi educativi devono possedere alcune caratteristiche fondamentali, come la loro pertinenza (utili all'utente per raggiungere l'obiettivo), la coerenza logica (senza contraddizioni), la precisione (descrivendo i risultati che l'individuo deve raggiungere), la fattibilità (basata sulle risorse disponibili), l'osservabilità (rilevabili ed esaminabili), la misurabilità (con criteri di valutazione) e infine l'accettabilità (condivisi con l'individuo). (Saiani e Brugnolli, 2020; Beghelli et al., 2015). Il primo obiettivo si pone la finalità di migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica. Gli ostacoli all'aderenza ai farmaci per il trattamento di malattie croniche, che richiedono l'uso a lungo termine di politerapie, sono complessi e vari (PNC, 2016; Joplin et al., 2015).

In diversi studi è emerso come l'aderenza inadeguata ai farmaci, sia primaria che secondaria, può essere influenzata da bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria ed educazione del paziente. L'alfabetizzazione sanitaria si riferisce infatti alla capacità di acquisire, comprendere e utilizzare informazioni sanitarie per prendere decisioni sulla salute. Le persone con limitata alfabetizzazione sanitaria spesso presentano risultati di salute più sfavorevoli a causa di una gestione inadeguata della propria salute (Beghelli et al., 2015; Joplin et al., 2015). Nell'educazione diventa importante far comprendere come la somministrazione precoce di DMARD e di DMARD biologici (bDMARD) possa contribuire a migliorare i risultati funzionali nel lungo periodo e che, a seconda della

situazione clinica, l'obiettivo realistico per ogni paziente affetto da AR è una bassa attività della malattia o la sua remissione.

Un miglioramento dell'aderenza ai farmaci DMARD e bDMARD attualmente disponibili avrebbe l'effetto di incrementare l'efficacia del trattamento e ridurre i costi sanitari (Joplin et al., 2015). Per il paziente affetto da AR è fondamentale il controllo dei sintomi attraverso l'utilizzo di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) per via orale, con l'associazione di inibitore di pompa protonica (PPI) e la rivalutazione periodica dei fattori che aumentano il rischio di effetti avversi; infatti alcune persone affette da AR assumono abitualmente analgesici senza alcun beneficio dei sintomi (Cartabellotta et al., 2018). Il secondo obiettivo, in linea con le raccomandazioni EULAR e il PNC, prevede un incremento delle conoscenze rispetto alle strategie non farmacologiche per la gestione della sintomatologia quotidiana. La balneoterapia sembra essere una delle forme più comuni di trattamento non farmacologico per persone con AR (Fernandez- Gonzalez et al., 2021). Nell'AR, l'infiammazione sistemica cambia la composizione corporea, portando ad un aumento della massa grassa e

della sarcopenia. L'attività fisica ha dimostrato di avere effetti antinfiammatori, promuove la riduzione dell'adipe, aumenta le proprietà regolatorie del sistema immunitario e l'interleuchina prodotta dai muscoli (Lange et al., 2019). L'adozione di diverse modalità di esercizio fisico, come l'attività dinamica, aerobica, a bassa e alta intensità, anche con l'aggiunta della crioterapia, potrebbe rappresentare una strategia terapeutica innovativa per migliorare la capacità aerobica dei pazienti affetti da AR, riducendo contemporaneamente il rischio cardiovascolare, il dolore e l'attività della malattia (Peres et al., 2017). Nel contesto della terapia multimodale, si dovrebbe offrire ai pazienti una varietà di opzioni, tra cui anche le diete. Uno studio ha evidenziato che le diete antinfiammatorie possono influire sul dolore nell'AR, riducendo significativamente i livelli di dolore rispetto alle diete tradizionali (Schönenberger et al., 2021). Altre strategie non-farmacologiche emerse in letteratura sono gli interventi psicologici che sembrerebbero ridurre il dolore, l'ansia, la depressione e la disabilità fisica dei pazienti con AR. Alcune di queste strategie comprendono l'educazione del paziente, la gestione dello stress, il rilassamento e psicoterapie di base, terapia cognitivo-comportamentale, ed altre ancora (Nagy et al., 2023). Una volta stabiliti gli obiettivi dell'educazione terapeutica è fondamentale che questi vengano condivisi con gli utenti coinvolti garantendo l'impegno nel realizzarli. È qui che si attua una negoziazione con l'utenza e si stipula un contratto di apprendimento con lo scopo di favorire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti (Saiani e Brugnolli, 2020; Beghelli et al., 2015).

L'identificazione dei contenuti è un momento della progettazione dell'intervento educativo dove si stabiliscono quali informazioni trasferire ai partecipanti. In questa fase si individuano i contenuti di massima dell'intervento, tenendo conto delle caratteristiche dei partecipanti. Questo avviene secondo un modello di strutturazione sequenziale, rispettando criteri di coerenza lineare (Saiani e Brugnolli, 2020; Beghelli et al., 2015). Elemento importante è la proposta graduale dei contenuti, con un linguaggio comprensibile, senza anticipare troppe informazioni che potrebbero diventare fonte di stress per l'utente. I contenuti di massima ipotizzati per questo progetto sono: definizione di Artrite Reumatoide e alcuni cenni di patogenesi, segni e sintomi di riacutizzazione/aggravamento, trattamento farmacologico sia primario che secondario, importanza e vantaggi dell'aderenza alla terapia, trattamento non farmacologico, gestione del dolore, automonitoraggio segni e sintomi, risorse e supporto disponibili quali codice di esenzione, invalidità, adattamento dell'ambiente domestico/lavorativo e ausili, cenni sui cambiamenti della patologia in gravidanza, cenni sui cambiamenti della patologia in menopausa e Associazioni presenti sul territorio, come risorsa per la persona con AR. Individuazione delle risorse umane e materiali. Con il termine "risorsa" si intende tutto ciò che favorisce il raggiungimento degli obiettivi educativi definiti in precedenza e, quindi, la realizzazione del progetto (Saiani e Brugnolli, 2020; Beghelli et al., 2015). Le raccomandazioni EULAR consigliano interventi che includano reumatologi, infermieri, terapisti occupazionali, podologi, psicologi, nutrizionisti e qualsiasi altro operatore coinvolto nella cura del paziente. Nello studio di Ndosì è l'infermiere specializzato ad occuparsi dell'educazione terapeutica, in particolare di monitoraggio dell'attività di

malattia, dei sintomi e strategie di coping del paziente, e valutazione dell'aderenza al trattamento. È stata anche ipotizzata l'integrazione di interventi con specialisti della salute mentale, quali psicologi e psichiatri, per poter affrontare tematiche come gestione del dolore, autoisolamento, sentimenti di solitudine, ansia e depressione con interventi psicosociali attui a migliorare l'autogestione (Ndosì et al., 2015). L'utente che partecipa all'intervento educativo è una risorsa preziosa in quanto è un esperto della malattia, avendo esperienza diretta della sua cronicità. Inoltre, essendo l'osservatore più diretto dei propri sintomi, è importante considerare le conoscenze e le abilità che già possiede (Castiblando-Montañez et al., 2023; Beghelli et al., 2015). Sulla scorta di questi studi e dei contenuti scelti sono state quindi ipotizzate le seguenti risorse umane: l'infermiere come esperto del metodo all'interno del progetto educativo e delle conoscenze dei segni e sintomi di riacutizzazione/aggravamento della patologia, dell'importanza della aderenza alla terapia farmacologica, dell'automonitoraggio della patologia, delle risorse e supporti disponibili; il reumatologo per la definizione della patologia e dei trattamenti farmacologici disponibili; specialisti quali nutrizionista, psicologo, fisioterapista e fisiatra, terapeuta occupazionale per l'integrazione delle principali strategie non farmacologiche che il paziente con AR può adottare per ridurre le comorbidità; l'ostetrica per le informazioni riguardanti la gravidanza e la menopausa; e gli utenti per la loro personale esperienza della malattia AR. Rientrano a far parte delle risorse materiali i piani programmatori regionali e nazionali, i servizi e le strutture delle Aziende Sanitarie che possono ospitare l'incontro di educazione terapeutica, e infine le risorse economiche dell'ente promotore o dell'istituzione che possa occuparsi dei costi dei materiali da destinare all'intervento educativo.

Scelta dei metodi e degli strumenti per l'apprendimento. La scelta del metodo di apprendimento più idoneo dipende da diversi fattori, tra cui gli obiettivi dell'educazione terapeutica. Infatti, i metodi selezionati devono essere coerenti con l'area di apprendimento a cui si riferiscono gli obiettivi, in modo da favorire il raggiungimento. Inoltre, è importante prendere in considerazione le caratteristiche dei destinatari del progetto, come per esempio l'età e gli stili di apprendimento. L'infermiere durante l'incontro educativo può utilizzare strumenti, come casi, dossier, opuscoli o supporti audio-video per favorire l'apprendimento in modo da rinforzare messaggi importanti, favorire l'attenzione e migliorare l'efficacia dell'intervento (Saiani e Brugnolli, 2020; Beghelli et al., 2015). Per questo progetto è stato ipotizzato l'utilizzo della lezione partecipata e la lettura guidata di un pieghevole (vedi esempio nell'Allegato B), metodologie adatte per obiettivi educativi relativi all'area di apprendimento cognitiva. Questa metodologia consente ai pazienti lo scambio di esperienze e opinioni all'interno di un tempo dedicato. La lettura guidata di un pieghevole, che verrà consegnato agli utenti, viene utilizzata per discutere l'importanza dell'aderenza al trattamento, delle strategie dell'economia articolare e la gestione delle attività di vita quotidiane. L'utilizzo infatti di materiale scritto, come opuscoli informativi o pieghevoli, consente ai pazienti di consultare il materiale anche a casa, permettendo di avere uno strumento di rinforzo che racchiude gli elementi più importanti trattati durante l'incontro (Saiani e Brugnolli, 2020; Beghelli et al., 2015). Per quanto riguarda gli strumenti è stato ipotizzato, oltre all'utilizzo di un pieghevole, una presentazione PowerPoint, l'utilizzo di supporti video e la predisposizione di alcuni ausili e ortesi finalizzati a preservare

l'integrità della funzionalità articolare (Società Italiana di Reumatologia; Associazione Nazionale Malati Reumatici, 2023). Utile per favorire il self-management è anche la predisposizione di un diario per l'automonitoraggio dei segni e sintomi di riacutizzazione della malattia.

La letteratura identifica il diario come strumento utile per il follow-up per l'identificazione di segni e sintomi articolari, disturbi del sonno, alterazione dell'umore, dolore e compromissione della funzionalità articolare (Dougados et al., 2015).

Definizione delle condizioni operative.

All'interno della progettazione si definiscono anche una serie di aspetti pratico-operativi. In particolare, l'articolazione e la durata degli incontri, la sede e il setting dell'incontro, la composizione del gruppo, le modalità di convocazione dei partecipanti, la progettazione di eventuali esercitazioni, la documentazione da proporre ai partecipanti e infine gli strumenti e le apparecchiature da predisporre. L'EULAR, nella definizione dei punti da considerare per la gestione della D2T RA (Difficult-to-treat rheumatoid arthritis), sottolinea l'importanza di un percorso ciclico e continuo che deve essere costantemente adattato alle diverse esigenze del paziente un solo incontro molto spesso non è sufficiente a far raggiungere gli obiettivi. Per questo motivo il progetto è stato ipotizzato come due incontri della durata di 1 ora ciascuno per consentire ai partecipanti di mantenere l'attenzione sulle tematiche proposte. Considerando il luogo dove effettuare l'incontro, è importante che sia un luogo funzionale e confortevole per gli utenti, con illuminazione e microclima adeguati, un luogo che garantisca la riservatezza (Beghelli et al., 2015) e che inoltre abbia una postazione computer, una buona rete internet, impianto audio e la predisposizione di un proiettore per poter mostrare i materiali multimediali. Per

quanto riguarda la convocazione dei partecipanti è stato ipotizzato l'utilizzo di una lettera personalizzata, consegnata in sede ambulatoriale, contenente la data degli incontri, il luogo e eventuali informazioni per raggiungerlo, l'orario, l'indicazione degli obiettivi dell'incontro e gli educatori coinvolti (Saiani e Brugnolli, 2020). I materiali da predisporre per l'incontro educativo sono le copie del questionario per l'identificazione del bisogno educativo, del pieghevole da consegnare all'inizio dell'incontro, del diario per la registrazione dei sintomi, del test per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi, del questionario di gradimento, la presentazione PowerPoint, i video e infine ausili e ortesi da mostrare agli utenti. Fase di attuazione del progetto educativo. La fase di attuazione è la terza fase del processo di educazione terapeutica e si configura nella fase operativa dell'intervento educativo. Per questo progetto si ipotizza una sequenza logico-cronologica. Una prima parte introduttiva di presentazione degli educatori coinvolti nell'intervento, la presentazione del programma dell'incontro, la definizione del contratto di apprendimento con lo scopo di formalizzare le aspettative condividere gli obiettivi attesi e i criteri e i tempi di raggiungimento; un secondo momento in cui mostrare i risultati ottenuti dalla compilazione del questionario iniziale; la presentazione dei contenuti teorici precedentemente definiti. Il tempo stimato per questa parte è di circa 50 minuti. A seguito della prima sessione si prevede un momento conclusivo della durata di circa 10 minuti da dedicare a dubbi e riflessioni dei partecipanti. Per il secondo incontro è stato ipotizzato un primo momento introduttivo da dedicare ad un breve riassunto dei punti principali trasmessi precedentemente e chiarire eventuali dubbi emersi successivamente all'incontro, e una parte dedicata alle tematiche dell'automonitoraggio, risorse e supporti disponibili e gestione della AR in

gravidanza e in menopausa. Il tempo stimato per questa parte è di circa 40 minuti, seguiti da ulteriori 10-15 minuti per chiarire eventuali dubbi e infine il tempo restante per la valutazione degli obiettivi di apprendimento e per il questionario di gradimento.

Al termine degli incontri è importante concludere con il ringraziamento agli utenti da parte degli educatori per la loro partecipazione e con un breve debriefing del team educativo.

Fase di valutazione di processo e di risultato. L'ultima fase del processo di educazione terapeutica si configura nella valutazione del processo educativo e dei risultati. La valutazione di processo analizza che sia presente coerenza all'interno del processo in tutte le sue fasi, con lo scopo di modulare e migliorare il programma educativo qualora si evidenzino criticità.

La valutazione di risultato ha come finalità la verifica dell'apprendimento, della dimensione bio-clinica, della dimensione psicosociale e del gradimento/soddisfazione.

La verifica dell'apprendimento consiste nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi in termini di conoscenze, del saper fare e dell'acquisizione di atteggiamenti in relazione al campo di apprendimento. La valutazione finale ha come obiettivo la verifica del raggiungimento degli obiettivi di apprendimento precedentemente stabiliti, nello specifico è stato ipotizzato un test a risposta multipla composto da 16 domande: 6 riguardanti la terapia farmacologica, in particolare sui vantaggi dell'aderenza, e 10 riguardanti le strategie non farmacologiche per la gestione dei sintomi, con un Livello Accettabile di Performance (LAP) stabilito a 4 risposte corrette su 6 quesiti riguardanti la terapia farmacologica, e 7 su 10 risposte corrette per quanto riguarda la gestione non farmacologica dell'AR. Questa metodologia si rivela adatta per valutare la memorizzazione e la comprensione

delle informazioni trasmesse al paziente (Saiani e Brugnolli, 2020; Beghelli et al., 2015). Per la valutazione della dimensione bio-clinica e psicosociale, potrebbero essere opportune alcune scale presenti in letteratura quali HAQ o la versione MHAQ, EQ 5D, ASES e ENAT che analizzano la percezione della Qualità di Vita nel paziente con AR, le attività di vita quotidiana, la compromissione funzionale e le azioni di self management. L'ultimo aspetto della valutazione di risultato è la verifica del grado di soddisfazione attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento per ottenere informazioni utili al miglioramento del percorso educativo.

Concludendo, il progetto di educazione terapeutica descritto risponde alla situazione degli ultimi decenni caratterizzati da diversi progressi biomedici per le malattie reumatiche, nuove opzioni di trattamento e una maggiore consapevolezza dei rischi di sviluppo di comorbidità. L'esigenza, portata alla luce dal PNC nel 2016, di prendere in considerazione l'AR come patologia che necessita di interventi di tipo preventivo, nasce dai dati che stimano che i casi in Italia sono in aumento e comportano di conseguenza anche una crescita delle spese sanitarie. In questo contesto nasce la necessità di considerare nuovi approcci comunicativi che rispondano sempre di più alla complessità dei bisogni sanitari per i pazienti con AR (Zangi et al., 2015).

L'educazione al paziente con patologia cronica non è finalizzata al solo trasferimento di conoscenze e al controllo della malattia, ma consente di avere maggior gestione della condizione patologica, di prevenire la disabilità e mantenere una buona qualità di vita. Un aspetto emerso da diversi studi è l'implementazione del self-management, in particolare è consigliata l'educazione al paziente sull'identificazione di segni e sintomi di riacutizzazione della patologia anche attraverso l'utilizzo di "app"

di registrazione o diari (Nikiphorou et al., 2021; SIR, 2017). Gli infermieri, grazie alle loro competenze, sono in grado di essere determinanti all'interno di una progettazione educativa per rendere il paziente consapevole del proprio stato di salute, implementare strategie di autogestione prevenendo così la disabilità nel paziente con AR.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Aletaha, D., Smolen, J. S. (2018) "Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review", *JAMA*, 320(13), 1360-1372.
- Associazione Nazionale Malati Reumatici ONLUS. (2023) Guida per le attività quotidiane. [online]. Roma Disponibile da: <https://www.anmar-italia.it/news-doc/news/le-guide-di-anmarle-attivita-quotidiane/> (consultato 3 giugno 2023)
- Bala, S. V., Andersson, M. L. E., Forslind, K., Svensson, B., Hafström, I. (2021) "Reported disability in relation to observed activity limitation, grip strength and physical function in women and men with rheumatoid arthritis", *BMC Rheumatology*, 5(1), 13.
- Banas, T., Haidyla-Banas, I., Pitynski, K., Nieweglowska, D., Juszczyk, G., Ludwin, A. et al. (2016) "Age at natural menopause in women on long-term methotrexate therapy for rheumatoid arthritis", *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 23(10), 1130-1138.
- Beghelli, A., Ferraresi A., Manfredini, M. 2015, Educazione terapeutica. Metodologia e applicazioni, Carrocci Faber, Roma.
- Bullock, J., Rizvi, S. A. A., Saleh, A. M., Ahmed, S. A., Do, D. P., Ansari, R. A. et al. (2018) "Rheumatoid Arthritis: A Brief Overview of the Treatment", *Medical principles and practice*, 27(6), 501-507.
- Cartabellotta, A., Pomponio, G., Olivari, D., Salvarani, C. (2018) "Diagnosi e terapia dell'artrite reumatoide negli adulti", *Evidence*, 10(11), e1000191.
- Castiblanco-Montañez, A. R., Buitrago-Garcia, D., Arévalo Velandia, A., Garzón-Cepeda, J. D., Rodríguez-Flórido, F., Sánchez Vanegas, G. et al. (2023) "Expectations and Experiences of a Group of Patients Enrolled in an Educational Program for Rheumatoid Arthritis at a Specialized Care Center in Colombia", *Journal of multidisciplinary healthcare*, 16, 483-492.
- Dougados, M., Soubrier, M., Perrodeau, E., Gossec, L., Fayet, F., Gilson, M., et al. (2015) "Impact of a nurse-led programme on comorbidity management and impact of a patient selfassessment of disease activity on the management of rheumatoid arthritis: results of a prospective, multicentre, randomised, controlled trial (COMEDRA)", *Annals of the rheumatic diseases*, 74(9), 1725-1733.35
- Favaro, M., Ometto, F., Salaffi, F., Belluzzi, E., Ortolan, A., Lorenzin, M. et al. (2020) "Validation of Italian Version of the Educational Needs Assessment Tool in Rheumatoid Arthritis Patients and Factors Associated with Educational Needs", *Journal of Personalized Medicine*, 10(4), 150.
- Fernandez-Gonzalez, M., Fernandez-Lao, C., Martin-Martin, L.,

- Gonzalez-Santos, A., LopezGarzon, M., Ortiz-Comino, L. et al. (2021) "Therapeutic Benefits of Balneotherapy on Quality of Life of Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13216.
- Galasso, D., L'Andolina, M., Marigliano, N. M., Galasso, S., Forte, G. (2012) "La clinimetria nell'artrite reumatoide", *Italian Journal of Medicine*, 6, 179-185.
- Hammad, M., Eissa, M., Daua, G. A. (2020) "Factors contributing to disability in rheumatoid arthritis patients: An Egyptian multicenter study", *Reumatologia Clinica*, 16(2 pt 1), 103-109.
- Hernández- Hernández, V. M., Diaz-González, F. (2017) "Role of physical activity in the management and assessment of rheumatoid arthritis patients", *Reumatologia Clinica*, 13(4), 214-220.
- Istituto superiore di sanità. (2018) *Artrite reumatoide: disturbi, cause e cura* [online]. Roma: ISSalute. Disponibile da: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/artrite-reumatoide> (consultato: novembre 2022)
- Joplin, S., Van Der Zwan, R., Joshua, F., Wong, P. K. (2015) "Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: the effect of patient education, health literacy, and musculoskeletal ultrasound", *BioMed Research International*, 2015, 150658.
- Kyburz, D., Finckh, A. (2013) "The importance of early treatment for the prognosis of rheumatoid arthritis", *Swiss Medical Weekly*, 143, w13865.
- Lange, E., Kucharski, D., Svedlund, S., Svensson, K., Bertholds, G., Gertsson, I. et al. (2019) "Effect of Aerobic and Resistance Exercise in Older Adults With Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial", *Arthritis Care Research*, 71(1), 61-70.
- Leon, L., Madrid-Garcia, A., Lopez-Viejo, P., González-Álvoro, I., Novella-Navarro, M., Freitas Nuñez, D. et al. (2023) "Difficult-to-treat rheumatoid arthritis (D2T RA): clinical issues at early stages of disease", *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases Open*, 9(1), e002842.36
- Lwin, M. N., Serhal, L., Holroyd, C., Edwards, C. J. (2020) "Rheumatoid Arthritis: The Impact of Mental Health on Disease: A Narrative Review", *Rheumatology and therapy*, 7(3), 457-471.
- Majnik, J., Császár-Nagy, N., Böcskei, G., Bender, T., Nagy, G. (2022) "Non-pharmacological treatment in difficult-to-treat rheumatoid arthritis", *Frontiers in medicine*, 9, 991677.
- Manning, V. L., Hurley, M.V., Scott, D. L., Coker B., Choy, E., Bearne, L. M. (2014) "Education, Self-management, and Upper extremity Exercise training in people with Rheumatoid Arthritis: a Randomized Controlled trial", *Arthritis Care & Research*, 66(2), 217-227.
- Metsios, G. S., Kitas, G. D. (2018) "Physical activity, exercise and rheumatoid arthritis: Effectiveness, mechanisms and implementation", *Best practice & research Clinical Rheumatology*, 32(5), 669-682.
- Ministero della Salute. (2016) "Piano Nazionale della Cronicità" [online]. Disponibile da: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_a_llegato.pdf (consultato: novembre 2022)
- Nagy, G., Roodebrijs, N. M. T., Welsing, P. M. J., Kedves, M., Hamar, A., Van Der Goes, M. C. et al. (2021) "Points to consider for the management of difficult-to-treat Rheumatoid Arthritis", *Annals of the rheumatic diseases*, 81(1), 31-35.
- Nagy, Z., Szigedi, E., Takács, S., Császár-Nagy, N. (2023) "The Effectiveness of Psychological Interventions for Rheumatoid Arthritis (RA): A Systematic Review and Meta-Analysis" *Life*, 13(3), 849.
- Ndosi, M., Johnson, D., Young, T., Hardware, B., Hill, J., Hale, C. et al. (2015) "Effects of needs-based patient education on self-efficacy and health outcomes in people with rheumatoid arthritis: a multicentre, single blind, randomised controlled trial", *Annals of the rheumatic diseases*, 75(6), 1126-1132.
- Nikiphorou, E., Santos, E. J. F., Marques, A., Böhm, P., Bijlsma, J. W., Daien, C. I. et al. (2021) "2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis", *Annals of the rheumatic diseases*, 80(10), 1278-1285.
- Occhipinti, G., Renzi, S. (2011) *La qualità della vita nei pazienti con Artrite Reumatoide*. In: atti del Convegno del AMRER. AR: capire, conoscere, curare, 2011; Bologna: AMRER Onlus. 37 Organizzazione Mondiale della Sanità. (1997) *Educazione terapeutica del paziente: Programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche* [online]. Copenhagen: Ufficio Regionale per l'Europa. Disponibile da: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/9789289012980-ita.pdf> (consultato: giugno 2023)
- Peres, D., Sagawa, Y. J., Dugué, B., Domenech, S. C., Tordi, N., Prati, C. (2017) "The practice of physical activity and cryotherapy in rheumatoid arthritis: a systematic review", *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 53(5), 775-787.
- Pope, J. E. (2020) "Management of Fatigue in Rheumatoid Arthritis", *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases Open*, 6(1), e001084.
- Rasi, M. (2011). *Il ruolo dell'infermiere nella gestione del malato reumatico*. In: atti del Convegno del AMRER. AR: capire, conoscere, curare, 2011; Bologna: AMRER Onlus.
- Rosa-Gonçales, D., Bernardes, M., Costa, L. (2017) "Quality of life functional capacity in patients with rheumatoid arthritis - Cross-sectional study", *Reumatologia Clinica*, 14(6), 360-366.
- Saiani, L., Brugnolli, A. (2020) *Trattato di Cure Infermieristiche*. Napoli: Sorbona Schönemberger, K. A., Schüpfer, A.-C., Gloy, V. L., Haler, P., Stanga, Z., Kaegi-Braun, N. et al. (2021) "Effect of Anti-Inflammatory Diets on Pain in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Nutrients*, 13(12), 4223.
- Seo, M. R., Kim, G., Moon, K. W., Sung, Y. K., Yoo, J. J., Yoon, C. H. et al. (2021) "Quality Indicators for Evaluating the Health Care of Patients with Rheumatoid Arthritis: a Korean Expert Consensus", *Journal of*

IL DOLORE



a cura di Jessica Piras

Introduzione

Il dolore rappresenta il mezzo attraverso cui l'organismo segnala che c'è un problema - come lo definì Cecily Saunders[1] - "totale", colpisce cioè non solo il fisico, ma anche la sfera psico-emotiva della persona.

L' IASP (International Association for the Study of Pain) mette in rilievo ciò, infatti definisce il dolore come: "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno".

Il dualismo: dolore "somatico" e "psicogeno"

Benché l'esperienza del dolore sia sempre "reale" si è portati (anche in campo sanitario) a suddividere il concetto in somatico e psicogeno sulla base di un mero pregiudizio privo di fondamento scientifico.

Mentre il concetto di dolore "somatico" è intuitivo e definisce il sintomo "dolore" come epifenomeno di un'osservabile patologia organica, secondo il classico modello biomedico di malattia di tipo causale, il concetto di dolore "psicogeno" è molto più arduo da definire.

Sul piano psicodinamico, il dolore psicogeno può definirsi come l'espressione simbolica di un contenuto psichico inconscio conflittuale[2]. Nella pratica clinica tuttavia esso è divenuto un concetto arbitrariamente deduttivo e definibile in negativo. Si tende cioè a classificare come "psicogeno" ogni dolore che non abbia un correlato organico specifico o che presenti una manifesta discrepanza tra lo stesso e sintomo dichiarato. Spesso tutto ciò sottende

- nel pensiero comune - una sorta di distinzione in "dolore di serie A" e in "dolore di serie B".

L'avvento delle tecniche di neuroimaging hanno confermato la struttura multifattoriale del dolore, riconoscendo che le singole componenti sono codificate da strutture distinte del SNC (per esempio, la componente sensoriale-discriminatoria è codificata prevalentemente nella corteccia somatosensoriale primaria S1, mentre la componente motivazionale-affettiva è principalmente codificata nella corteccia cingolata anteriore).



[1]Cecily Saunders (1918-2005), infermiera, medico e filosofa, fondatrice degli hospices del Regno Unito

[2]Engel 1951

Aspetti cognitivi, emozionali e psicopatologici del dolore

Il dolore rappresenta la ragione più comune fra coloro che ricercano cure mediche; esso può influenzare la vita di una persona, soprattutto se si parla di dolore cronico[1]; in Europa circa il 18% della popolazione ne è affetta[2]. E' spesso causa di compromissione funzionale, disabilità, insonnia e/o disagio psicologico[3]. Detto cio', impostare una terapia antalgica può non essere sufficiente per aiutare il paziente.

Le conseguenze fisiologiche del dolore non trattato includono perdita di appetito, insonnia, incapacità di muoversi, difficoltà respiratoria, nausea, ritardata guarigione delle ferite, compromissione della risposta immunitaria e aumento della coagulazione del sangue.

I Sintomi -non fisici- maggiormente riscontrati nei pazienti con dolore cronico sono: l'ansia anticipatoria [4] la rabbia e la depressione. Secondo la letteratura, la depressione è presente in una percentuale che varia tra il 40% e il 50% nelle persone.

[1]viene definito in genere in base alla durata (persistenza del dolore oltre 3 mesi) e/o al fatto che il dolore persista nonostante la guarigione della malattia causale

[2]Breivik , Collett et al. 2006

[3] Brookoff, 2000

[4]Gatchel et al., 2007



Bibliografia

- 1)Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D, Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain, 2006;
- 2)Brookoff D, Chronic pain: 1. A new disease? Hosp Pract ,2000;
- 3)Descartes (Cartesio) R. L'Homme, Charles Angot, Paris, 1664.
- 4)Deutsch F. On the mysterious leap from the mind to the body. International Universities Press, Madison, CT, 1959
- 5)Engel GL. "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. Am J Med, 1951;
- 6) Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L., Fuchs P.N., & Turk, D. C., The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions, Psychological Bulletin, 2007;
- 7)Melzak R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. In "The Skin Senses", Thomas, Springfield, 1968
- 8) Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. 2nd. Ed, IASP Press, Seattle, 1994
- 9) Sternbach RA. Pain Patients. Traits and Treatments. Academic Press, New York, 1974.



Evoluzione legislativa e giurisprudenziale in tema di gestione del dolore



a cura di Jessica Piras

Premessa

Nel Nostro Paese la salute, essendo riconosciuta come bene primario e inviolabile, viene tutelata dalla Carta Costituzionale, l'art.32 recita :

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...”

Ormai da decenni la parola salute non viene più considerata sinonimo di “assenza di malattia o infermità”, ma piuttosto come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale”.

Come si può, quindi, garantire benessere ad una persona malata magari di una patologia che comporta grande sofferenza con una scarsa possibilità di cura? In questi casi l'obiettivo dei professionisti della salute sarà garantire alla persona la migliore qualità di vita fino all'ultimo istante; ciò comprende, inevitabilmente, la gestione del dolore.

Evoluzione del concetto di dolore

Il dolore è il motivo principale che spinge, più di frequente, le persone ad accedere al Sistema Sanitario Nazionale, 1 ad abbandonare prematuramente l'attività lavorativa e a richiedere l'indennizzo di invalidità 2 .

Si stima che circa una persona su cinque - in tutto il mondo - soffra di dolore cronico; ciò equivale a circa 1,4 miliardi di persone.

La rivoluzione copernicana, a mio avviso, è stata quella che ha portato la comunità scientifica a

non considerare più il dolore come mero sintomo, ma un vero e proprio parametro vitale, capace di influire significativamente sulla clinica dell'assistito. Non

trattandosi più di un sintomo, il dolore va, quindi, gestito in un'ottica multidisciplinare con un preciso percorso assistenziale con procedure, algoritmi finalizzati a garantire una dignitosa qualità di vita del paziente.

La normativa

La nostra normativa professionale, in modo pionieristico, ha affrontato la tematica in epoca ben antecedente rispetto a quella nazionale. Il punto 3 lettera D dell'articolo 1 del D.M. 739/1994 (ai più conosciuto come “profilo professionale dell'infermiere”) si occupa della gestione del dolore sostenendo che:

“L'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche”.

Tale assioma fu, poi, ripreso in una sentenza del Tribunale di Bologna (terza sezione Civile del 13/01/2017 n° 20018) che ha visto condannata una struttura ospedaliera al I risarcimento del danno ai sensi degli artt. 1218, 1228, 2043 c.c.

1 Breivik, 2006

2 Beven , 2013

Nell'ordinamento giuridico italiano si fa riferimento per la prima volta all'assistenza palliativa nel D.L. 450/1998.[1]La legge che istituì le cure palliative fu, invece, la L.26/02/1999 n.39, ovvero: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000"[2]; da questo momento in poi fu riconosciuto al cittadino il diritto di accedere alle cure palliative in strutture residenziali (hospice) su tutto il territorio nazionale.

Successivamente a questi si sono succeduti numerosi interventi legislativi finalizzati alla tutela dei sofferenti: Legge 8 febbraio 2001, n. 12- "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"; D.P.C.M. del 29/11/2001,[3]volto alla definizione dei livelli essenziali di assistenza -modifica dell' art. 3 del Codice deontologico dei medici,[4] nel quale si specifica che tra i doveri dei medici, oltre a quello della tutela della vita e della salute psico-fisica, c'è anche quello del trattamento del dolore e del sollievo della sofferenza; Dal 2003 al 2007 si ebbero importanti modifiche per quanto riguarda la classificazione dei farmaci e la loro "disposizione" nelle tabelle, ma anche riguardo la modulistica per la prescrizione e la "movimentazione" degli stupefacenti. Nel 2010 fu emanata la Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010)[5]. Questa legge, fra le prime in Europa, non solo istituì una nuova area di intervento sanitario (algologia), ma garantì l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore anche pazienti in età pediatrica. Il legislatore ha, inoltre, differenziato:

- Le cure palliative: "l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo

familiare destinati a quei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici";

- La terapia del dolore: "l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore".

La differenza sostanziale rispetto al D.L. 450/1998 ed al D.M. del 28/09/1999 consiste nel fatto che mentre quest'ultimi si riferivano unicamente ai pazienti terminali, la L. 38/2010 si riferisce sia ai pazienti terminali sia a coloro che sono affetti da dolore cronico.

Altro elemento importante è quello contenuto nell'articolo n°7, cioè l'obbligo non solo di rilevare, ma anche di registrare all'interno della documentazione sanitaria (medica ed infermieristica) e rivalutare nel tempo la sintomatologia del paziente utilizzando appositi strumenti.

Alla fine del 2017 viene promulgata, al fine di "cristallizzare" i pilastri legislativi in materia di dolore, la Legge n° 219 inerente il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento.

Questa legge grazie alla sua applicazione pratica, si rivolge a tutti i cittadini. L'evoluzione tecnologica in Medicina è oggi in grado di prolungare la vita delle persone, anche di coloro che sono affetti da patologie serie ed invalidanti, alcune volte, però, queste persone non tollerano più la loro condizione chiedono a gran voce di essere aiutati a non soffrire più.

Le problematiche del "fine vita", emerse in modo graduale con il caso Welby ed Englaro, hanno trovato espressione in queste disposizioni, come pure il desiderio dell'interruzione delle cure.

[1]: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:1998-12-28;450>

[2]<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1999;39>

[3]https://www.camera.it/temiap/temi17/dpcm29_novembre_2001.pdf

[4]https://www.omceo.me.it/ordine/cod_deo/commentario.pdf

Le disposizioni normative affidate alla L219 rendono lecito, laddove il paziente lo richiama, il rifiuto, la sospensione e l'interruzione dei trattamenti sanitari (come pure, la revoca del consenso espresso in precedenza), in continuità con gli enunciati della pronuncia Englaro[1].



[1]Cass. n. 21748 del 2007: “né il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, giacché tale rifiuto esprime piuttosto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale”.

Il testo normativo non ha previsto, di contro, per il medico il diritto all'obiezione di coscienza, inteso come “rifiuto di un comportamento imposto da una norma dello Stato di cui il soggetto è cittadino e all'osservanza della quale egli è, comunque, giuridicamente tenuto”; un rifiuto che deve trovare giustificazione in “motivi di coscienza”



Le fondamenta dell'intero processo evolutivo della legislazione su questo argomento può essere la “Carta dei diritti sul dolore inutile” promossa nel 2005 e composta da 8 articoli:

·**Diritto a non soffrire inutilmente:** ciascun individuo ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile;

·**Diritto al riconoscimento del dolore:** tutti gli individui hanno diritto ad essere ascoltati e creduti quando riferiscono del loro dolore;

·**Diritto di accesso alla terapia del dolore:** ciascun individuo ha diritto ad accedere alle cure necessarie per alleviare il proprio dolore;

·**Diritto ad un'assistenza più qualificata:** ciascun individuo ha diritto a ricevere assistenza al dolore, nel rispetto dei più recenti e validati standard di qualità;

·**Diritto ad un'assistenza continua:** ogni persona ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza con continuità e assiduità, in tutte le fasi della malattia;

·**Diritto ad una scelta libera ed informata:** ogni persona ha diritto a partecipare attivamente alle decisioni sulla gestione del proprio dolore;

·**Diritto del bambino, dell'anziano e dei soggetti che non hanno voce:** i bambini, gli anziani e i soggetti che “non hanno voce” hanno lo stesso diritto a non provare dolore inutile;

·**Diritto a non provocare dolore durante gli esami diagnostici invasivi e non:** chiunque debba sottoporsi ad esami diagnostici, in particolare quelli invasivi, deve essere trattato in maniera da prevenire eventi dolorosi.

Bibliografia

- Beven H et al, Reducing temporary work absence through early intervention: the case of MSDs in the EU, 2013
- Breivik, H. et al., Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment, European Journal of Pain, 2006;
- Cass. n. 21748 del 2007;
- Costituzione italiana
- Corpo del testo
- <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?url:nir:stato:decreto.legge:1998-12-28;450>
- <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?url:nir:stato:legge:1999;39>
- https://www.omceo.me.it/ordine/cod_deo/commentario.pdf
- T. Pasquino, Le cure palliative nel prisma del diritto alla salute dei malati terminali, 2018

Processo infermieristico e gestione del dolore

a cura di Jessica Piras



Il dolore è forse l'esperienza soggettiva più difficile da spiegare; tutti noi lo abbiamo provato, ma pochi sono stati in grado di descriverlo in modo esaustivo.

L'incomprensione della sintomatologia dolorosa porta ad un trattamento inadeguato e di conseguenza una riduzione significativa della qualità di vita del paziente.

Il dolore non risolto è un problema di sanità pubblica poiché rappresenta un onere finanziario per il sistema sanitario e per la società; esso costa milioni di euro ogni anno a causa di visite ambulatoriali, accessi in pronto soccorso, lunghe degenze in ospedale e riospedalizzazioni.

Il trattamento del dolore (pain management) rappresenta un punto fermo dell'assistenza infermieristica.

Un buon trattamento del dolore non può prescindere da:

- Conoscenza della fisiopatologia
- Valutazione regolare e sistematica con strumenti idonei (scale di valutazione)
 - Conoscenza dei farmaci
 - Rilevazione immediate delle complicanze e dei
 - potenziali sintomi avversi della terapia
 - conoscenza e buon livello di confidence della strumentazione
 - empatia con il paziente
 - presa in carico équipe multidisciplinare

Il dolore viene definito dagli infermieri "come modalità di manifestazione di uno specifico bisogno di assistenza infermieristica. In quest'ottica, l'infermiere quotidianamente assiste persone che si muovono, si alimentano, eliminano con dolore, interessandosi di esso non tanto e non solo in sé, ma nella misura in cui limita l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni". (Motta, 1999)

Le scale di valutazione del dolore

Gli strumenti utili al professionista per l'"oggettivizzazione" del dolore (intensità, localizzazione, irradiazione, fattori attenuanti o esacerbanti, modalità di presentazione, ecc) sono le scale di valutazione. Per la valutazione dell'intensità del dolore, la letteratura internazionale raccomanda di utilizzare le scale unidimensionali, reputando le semplici, attendibili e non invasive ma ne esistono di diversi tipi:

scale multidimensionali (Hooten e Timming, 2013):

- Brief pain inventory (BPI)
- Chronic pain Grade (CPG)
- Neuropathic pain scale (NPS)

Scale unidimensionali (Hooten e Timming, 2013):

- Visual analog scale (VAS)
- Numeric rating scale (NTS)
- Verbal Descriptive scale
- Face pain scale (FPS)

Scale osservazionali (Horgas e Yoon, 2012):

- PAINAD
- ABBEY
- NOPPAIN
- DOLOPLUS2

Scale funzionali (Hooten e Timming, 2013):

- Palliative scala performance (Karnofsky scale)
- Oswestry Disability index
- SF- 36
- U.S. pain of labor physical demand table
- American pain foundation Scale
- EQ5D-5L

Le evidenze scientifiche mostrano come sia indispensabile l'uso di strumenti specifici per la rilevazione del parametro; data la vasta quantità di scale la scelta di quella più idonea deve essere ponderata secondo le peculiarità della persona assistita (età, deficit cognitivi, ecc...). L'uso di uno strumento standard ci permette, inoltre, di poter rivalutare il parametro nel tempo anche cambiando operatore; la rivalutazione dovrebbe avvenire dopo circa 15-30 minuti dopo la somministrazione della terapia analgica per considerarne l'efficacia (Winnipeg Regional Health Authority, 2012).



I protocolli di trattamento del dolore. Un adeguato sollievo dal dolore è il gold standard per ogni piano di cura/ assistenza; I farmaci utilizzati nel trattamento sono- ad oggi- una vasta gamma (paracetamolo, FANS, oppioidi e anestetici locali associati o meno ad adiuvanti). Tali farmaci possono essere utilizzati singolarmente o in associazione tra loro, per sfruttarne i differenti meccanismi e siti d'azione, e ottenere un'efficacia sinergica. Scelta della terapia farmacologica in relazione al tipo di dolore: acuto, post chirurgico cronico oppure oncologico.

Esistono, inoltre, dei trattamenti non farmacologici, cioè delle strategie che il professionista modula secondo il gusto ed il beneficio riscontrato dalla persona assistita: il calore superficiale, il freddo (non indicati per pazienti sottoposti a radio o chemioterapia (Cancer Care of Ontario, 2016), il massaggio, le tecniche di rilassamento e di visualizzazione, le pratiche spirituali, la digitopressione, la musicoterapia, la terapia cognitivo-comportamentale (Hooten e Timming et al., 2013). Esercizi semplici, possono aiutare ad alleviare il dolore, a conciliare il sonno, a combattere depressione e ansia, spesso associati al dolore (Cancer Care of Ontario, 2016).

Ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nella gestione del dolore, non solo per via della loro stretta relazione con i pazienti, ma anche per forma mentis. Di dolore si parla anche nel Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, all'articolo numero 18 :

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

Conclusioni

Mantenere un buon livello di cura- a mio parere-

dipende molto dall' “umanizzazione” delle stesse; l'infermiere non deve cadere nel tecnicismo e cioè pensare che il problema dolore si possa risolvere con la mera somministrazione della una terapia farmacologica. Riconoscere la soggettività della sintomatologia della specifica persona non solo caratterizza quello che in gergo viene definito “personalizzazione delle cure, ma agevola il paziente stesso ad aderire consapevolmente al modello di assistenza. La valutazione e la registrazione del dolore deve essere svolta regolarmente, alla stregua degli altri parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ecc....). Altro elemento - a mio avviso- molto importante è quello educativo sia del paziente che della sua famiglia o caregiver. (SIGN, 2013), (RNAO, 2013), poichè l'intervento educativo è parte integrante del piano generale di cura.

Bibliografia

1. Cancer Care of Ontario, *Guides for patient: How to manage your Symptoms*, 2016. www.cancercare.on.ca/symptoms;
2. FNOPI, *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*, 2019
https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
3. Horgas AL, Yoon SL, Grall M, *Pain management*. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editor(s). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4th ed. New York (NY): Springer Publishing Company, 2012;
4. Hooten WM, Timming R, Belgrade M, Gaul J, Goertz M, Haake B, Myers C, Noonan MP, Owens J, Saeger L, Schweim K, Shteyman G, Walker N, *Assessment and Management of Chronic Pain*. Institute for Clinical Systems Improvement. Available, 2013
https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_neurological_guidelines/_pain/
5. Motta Paolo C., *Processo di assistenza infermieristica e dolore, consultato il 12 febbraio 2024*
https://scholar.google.it/scholar?cluster=600900120952924228&hl=it&as_sdt=0,5&as_vis=1
6. RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario. *Assessment and Management of Pain*. Third Edition 2013
<http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain>.
7. SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of chronic pain*. Edinburgh December 2013
<http://www.sign.ac.uk>.
8. Winnipeg Regional Health Authority, *Pain assessment and Management*. Clinical Practice Guidelines. Available, 2012
<http://www.urha.mb.ca/extranet/eipt/files/EIPT-017-001.pdf>.

UFFICIALE DALL'ORDINE

VERBALE ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI ANNO 2024 DELL'OPI ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI VARESE a cura di Rosanna Pelosin

In data 21 marzo 2024 si è svolta a Varese presso la sala dei Frati Cappuccini di Viale Borri 106 l'assemblea annuale degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Varese

Per il Consiglio Direttivo erano presenti;

il Presidente dott. Filippini

il Vice-presidente dott. La Monica

il Tesoriere dott. Navanteri

la Segretaria sig.ra Pelosin

i Consiglieri:

dott.essa Ballo – dott. Amato – dott.essa Pizzimenti – sig.ra Binetti – sig.ra Pesce

per i Revisori dei Conti:

il presidente dott. Belloni

la revisore dei conti sig.ra Barigazzi

Per la Commissione d'Albo Infermiere:

la Presidente sig.ra Donato

la segretaria dott.essa Cirillo

la consigliere: dott.essa Macchi – dott. Cassano – dott.essa Borghi

Avendo facoltà di voto tutti gli iscritti all'albo professionale di Varese, i quali sono stati convocati attraverso la PEC o attraverso la posta cartacea se sprovvisti di indirizzo PEC, l'assemblea ha avuto inizio alle ore 16.30 con presenza di 22 iscritti e di 41 deleghe

Come previsto dalla normativa vigente, avendo superato il numero minimo di presenze si procede con l'apertura dei lavori dell'assemblea da parte del Presidente con i saluti di rito.

Viene data parola al Tesoriere che spiega nel dettaglio il bilancio consuntivo chiuso il 31 dicembre 2023 approvato nel CD del 4 marzo 2023 con delibera n.57/2024 e pubblicato sul sito istituzionale di OPI Varese. Di seguito il Presidente dei Revisori dei Conti dott. Belloni legge il verbale di approvazione, redatto dall'Organo da lui presieduto, in merito al bilancio consuntivo 2023

Al termine viene data parola agli iscritti che chiedono alcuni chiarimenti.

Di seguito si procede alla votazione palese, il bilancio economico consuntivo 2023 viene approvato con:

51 favorevoli

12 astenuti

0 contrari.

Dopo approvazione del bilancio consuntivo, il Tesoriere procede con la disamina del bilancio di previsione economica 2024, approvato nel Consiglio Direttivo del 4 marzo 2024 con delibera n.58/2024 e pubblicato sul sito istituzionale di OPI Varese, sottolineando i punti che hanno subito dei tagli come richiesto nell'assemblea del 13 dicembre 2023 per il mantenimento della quota a 80 euro.

Prima di dare la parola agli iscritti il Presidente dei Revisori dei Conti dott. Belloni legge il verbale redatto dall'Organo da lui presieduto in merito al bilancio preventivo 2024. A seguire alcuni iscritti sottolineano che alcune voci definite "accessorie" non hanno subito tagli o modifiche rispetto al bilancio preventivo, non approvato, consegnato il 13 dicembre 2023.

Il Tesoriere e il Vice- Presidente rimarcano i tagli effettuati tra cui i rimborsi chilometrici a tutti i componenti degli organi di OPI Varese e la formazione a favore degli iscritti.

Al termine del dibattito si procede con la votazione palese, il bilancio economico di previsione 2024 viene approvato con:

48 favorevoli

3 astenuti

12 contrari

A seguire;

La Presidente della CAI (Commissione Albo Infermiere) sig.ra Donato fa una disamina degli impegni sostenuti nel 2023 e gli obiettivi fissati per il 2024:

finalita' e obiettivi: Ottemperare a quanto stabilito dalla normativa vigente - Conoscere più da vicino il "core" dell'Ordine: gli iscritti - Trovare efficaci strategie comunicative affinché l'Ordine sia punto di riferimento per gli iscritti, stimolando il senso di appartenenza, il confronto e la crescita professionale. Partecipazione alle assemblee nazionali delle CAI e CAIP...Partecipazione a giornate di formazione organizzate da FNOPI rispetto ai procedimenti disciplinari. Risposte a quesiti/ricieste che pervengono in OPI, da parte di colleghi, cittadini e istituzioni inerenti tematiche legate alla professione. Incontro con colleghi (tematiche spesso legate a cancellazioni per morosità e successiva richiesta di iscrizione) Collaborazione con rappresentanti Questura Varese (colleghi stranieri) Un corso di formazione: "Professione allo specchio" (da una cornice storica, normativa e sociologica... identità infermieristica, agire professionale) Interagire/collaborare con le figure di riferimento istituzionali per comunicazioni dirette, a beneficio di tutti (ASST Settelaghi, ASST Valleolona e ATS).

impegno della Commissione d'Albo: Incontri di Commissione della durata di circa due ore a cadenza mensile, antecedenti i Consigli Direttivi. Partecipazione di un componente alla sessione di Laurea Infermieristica. Partecipazione di un componente ai Consigli Direttivi. Partecipazione dei componenti a commissioni/gruppi di lavoro (fragilità, formazione, ISO)... convocazione colleghi: 2 febbraio 2023, 11 ottobre 2023 per: Cancellazioni/re-iscrizioni, riconoscimento titolo di studio, casellario giudiziale positivo

rappresentanza istituzionale: Partecipazione della Presidente CAI all'assemblea nazionale delle Commissioni d'Albo Infermieri e Infermieri Pediatrici a Roma il 9 giugno 2023 e a Firenze il 25 novembre 2023. Partecipazione della stessa ad incontri organizzati da FNOPI per lo «Statuto» il 9 febbraio 2023 e il 13 marzo 2023 (Webinar) Partecipazione della Segretaria alla Commissione di Laurea in Infermieristica di novembre 2023.

Viene data poi parola ai referenti delle varie commissioni attive all'interno di OPI:

Commissione formazione consuntivo anno 2023

Realizzati 11 eventi :

- corso residenziale «dal settore aeronautico al settore sanitario: gli strumenti di gestione del rischio» 18/02/23.
- corso residenziale «behavior analysis e benessere lavorativo. Strategie comportamentali per migliorare il tuo ambiente di lavoro» 27/02/23 e 17/04/23.
- corso residenziale «fondamenti di organizational behavior management e leadership comportamentale - per coordinatori in ambito sanitario» 20/03/2023
- corso residenziale «insufficienza respiratoria ed equilibrio acido-base: gestione in sicurezza del casco cpap ed ega» 15/04/2023
- corso di addestramento residenziale «bls retraining per operatori sanitari con rilascio certificazione american heart association» 10/06/2023
- corso residenziale «tecniche di rilassamento ed autoefficacia per il benessere lavorativo e personale degli operatori della salute» dal 05/05/2023 al 19/05/2023
- corso residenziale «le applicazioni dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica in ambito clinico» 14/10/2023
- corso di addestramento residenziale «bls per operatori sanitari con rilascio di certificazione american heart association» 07/10/2023
- corso residenziale «differenze di genere e dolore» 10/10/2023
- corso residenziale «conoscere le lesioni da pressione: prevenzione e gestione» 21/10/2023



commissione formazione preventivo anno 2024

- corso di addestramento residenziale «BLS per operatori sanitari con rilascio di certificazione American Heart Association» 06/04/2024
- corso residenziale «tecniche di rilassamento ed autoefficacia per il benessere lavorativo e personale degli operatori della salute» dal 06/04/2024 al 10/05/2024
- corso residenziale «professioni allo specchio» maggio 2024
- corso residenziale «conoscere le lesioni da pressione: prevenzione e gestione» maggio 2024
- corso residenziale «le applicazioni dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica in ambito clinico - approfondimenti» giugno 2024
- corso di addestramento residenziale «bls retraining per operatori sanitari con rilascio certificazione american heart association» 28/09/2024

commissione WEB:

Mantenere costante l'invio delle newsletters, aggiornando il database degli indirizzi email degli iscritti che hanno fornito la loro aderenza; Pubblicare la modulistica fornita dalla commissione ISO degli ambiti legati alla formazione e alla gestione albo e ottimizzare l'archivio digitale ISO. Supportare la commissione "Il Veliero" sulla pubblicazione del notiziario. Mantenere aggiornata la sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE". Mantenere aggiornate le sezioni del sito e modificare i vari documenti che man mano vengono pubblicati nel rispetto del nuovo Regolamento sulla Privacy.



I candidati che intendono sottoporsi all'esame dovranno presentare domanda presso la sede dell'Ordine territorialmente competente, la Segreteria provvederà a richiedere disponibilità con invio successivo della documentazione all'OPI sede del relativo esame.

Sono state calendarizzate 3 date per gli esami 2024:

20 marzo - 20 giugno -19 settembre

Per l'anno 2023 sono stati valutati 38 discenti di cui 23 comunitari e 15 non comunitari. 29 hanno superato l'esame alla primaprova, 4 hanno superato alla seconda prova, 4 hanno superato alla terza prova e 1 esaminando sta continuando a provare.

Tra gli obiettivi si intende mantenere la collaborazione tra gli OPI lombardi sia per le date degli esami sia per una revisione del materiale in uso

CIVES VARESE ODV

Partecipazione attiva alle attività proposte da CIVES Nazionale tra cui corsi di aggiornamento di cui uno svoltosi a Roma. Collaborazione con la commissione fragilità bambino per i corsi di BLS - disostruzione delle vie aeree e corretta chiamata al 112 rivolti alla popolazione tra cui a Germignaga ad aprile sia 2023 che 2024. Al progetto BLS con certificazione utilizzo DAE, iniziato a gennaio 2022 con l'organizzazione dei corsi presso la sede OPI, hanno aderito 54 studenti maggiorenni che hanno ottenuto la certificazione AREU. A dicembre 2022 il progetto è proseguito presso la scuola superiore Carlo Dalla Chiesa di Sesto Calende ed è terminato ad aprile 2023 dove 246 studenti hanno ottenuto la certificazione AHA. Durante i corsi si è anche fatto orientamento alla professione infermieristica. La proposta è stata fatta alla dirigenza di 2 scuole superiori della provincia per l'anno 2024 ma non si è riusciti a realizzare gli eventi per problematiche non dipendenti dal CIVES



Commissione il Veliero:

Obiettivi: divulgazione scientifica, riflessioni sulla professione, conoscere la vita dell'Ordine. Uscita trimestrale del notiziario. Eventuali pubblicazioni straordinarie ove si rendesse necessario. Mantenimento nuova grafica. Eventuale reclutamento di collaborazioni esterne.

Commissione fragilità bambino:

Obiettivi:

Corsi in presenza per accompagnare i genitori nel momento dell'introduzione di cibi solidi ai loro bambini, differenza tra svezzamento tradizionale e autosvezzamento. Da quali cibi partire? E come tagliarli?

Organizzare corsi di rianimazione cardio-polmonare e di manovre di disostruzione pediatrica per i genitori e ogni adulto che si occuperà del bambino - nonni, babysitter etc.. Allestimento di aree attrezzate per accogliere le mamme che vogliono allattare quando si trovano fuori casa. Incontri per apprendere e sperimentare le tecniche del massaggio neonatale, massaggiare il proprio bambino significa instaurare un dialogo profondo che va al di là delle parole. Promuovere la lettura in famiglia sin dalla nascita, informazione e formazione sull'importanza della lettura in età precoce, come fattore di benessere personale e sociale. Valorizzare la figura dell'infermiere/infermiere pediatrico nelle scuole cominciando a supportare bambini con disabilità



Commissione social:

Pubblicazione questionari per tesi di Laurea. Informazione agli iscritti sull'attività di OPI. Pubblicazione di offerte di lavoro
Sensibilizzazione verso alcuni aspetti professionali: debito formativo ECM, pagamento quota annuale, polizza assicurativa professionale. Allineamento social con quanto emanato e condiviso da FNOPI. Favorire e facilitare la comunicazione tra L'Ordine e i professionisti iscritti alle pagine social Facebook, Instagram e X.
Supportare le Commissioni di OPI Varese nella diffusione dei loro progetti, iniziative e risultati ottenuti. Apertura nuovo profilo LinkedIn OPI Varese

Al termine delle presentazioni delle singole commissioni, il Presidente riprende la parola e chiede al rag Ermoli (commercialista di OPI Varese) di spiegare la necessità di un adeguamento della quota per l'anno 2025 a causa dell'inflazione e della cancellazione volontaria per pensionamento e trasferimento lavorativo all'estero. Dopo l'approfondimento da parte di quest'ultimo il dott. Filippini conclude l'assemblea con alcune considerazioni già espresse nell'assemblea annuale del 13 dicembre 2023:

A livello nazionale: l'impegno per il nuovo contratto; l'impegno per l'immagine della professione; l'impegno per le competenze e le competenze avanzate (percorsi formativi e lo sviluppo di carriera)

Il percorso regionale: tavoli tecnici di lavoro: il fabbisogno di professionisti, le aree di fabbisogno e le linee di indirizzo sulle competenze (selezione del personale sulla base delle competenze); la prescrizione di presidi minori;

Il percorso regionale: tavoli tecnici di lavoro: lo sviluppo di carriera; gli infermieri stranieri (decreto bollette) e il percorso di regolarizzazione e valutazione; gli operatori di supporto; il terzo settore e le RSA...

Il livello provinciale: Comune di Varese: sperimentazione apertura asili nido alle 6.30; sperimentazione infermiere scolastico su richiesta dei genitori; collaborazione con le ASST per i distretti e le Case della Comunità; welfare aziendale (cosa, come e quando), Uneba Varese (e non solo) RSA ; progetti di sviluppo infermieristica sul territorio (genetic nurse...), borse di studio percorsi post laurea, premi per miglior tesi triennale,, ricerca e linee guida (SNLG cure complementari...). Incontri con le direzioni delle ASST territoriali e ATS Insubria.

Il Presidente
Dott. A. Filippini

La Segretaria
Sig.ra R. Pelosin

L'ORDINE DELLE
PROFESSIONI
INFERMIRISTICHE DI
VARESE, LA COMMISSIONE
DELL'ALBO INFERMIERI E
IL COLLEGIO DEI REVISORI
DEI CONTI

AUGURANO A TUTTI

Buon lavoro!



Direttore editoriale: Dott. Aurelio Filippini.

*Comitato Redazionale: Alessandro Navanteri, Rosanna Pelosin,
Carlo Amato, Jessica Piras, Elena Colzani, Alessia Crusco.*

*Editore: OPI Varese, Viale Borri 209, Tel. 0332 310950 Fax 0332 328378.
info@opivarese.it - www.opivarese.it*