il TERMOMETRO

Anno XIX | n. 3 | Dicembre | 2018

OPI FOGGIA

Ordine delle Professioni Infermieristiche

- Disturbo da gioco d'azzardo: quando il gioco diventa malattia
- Accessi venosi in UTI - Responsabilità e Gestione Infermieristica
- L'accoglienza ad un bambino affetto da patologia complessa e la sua famiglia: il ruolo dell'infermiere
- Etica e Management: legame decisivo per un'assistenza di qualità

il TERMOMETRO

Copyright by **Ordine OPI Foggia**
Viale Giotto, 200
71122 FOGGIA - Tel. e Fax 0881 749774

Direttore
Ip/Afd Matteo Russo
Vice Direttore
Dott. Antonio Ciro Tampone
Direttore Responsabile
Dott. Giuseppe Tampone
Comitato di redazione
Consiglio Direttivo Collegio Ipasvi

Autorizzazione del Tribunale di Foggia
n. 12/90 del 27 aprile 1990
Tutti i diritti di proprietà letteraria ed artistica sono riservati. Tutti gli Iscritti al Collegio possono collaborare con la Redazione. I manoscritti e le fotogra e, anche se non pubblicati, non si restituiscono. È vietata la riproduzione anche parziale senza l'autorizzazione dell'Editore.

Spedizione in abb. postale
art. 2 Comma 20/B Legge n. 662/96 - Poste Italiane
Filiale di Foggia
▪ pubblicazione trimestrale inviata gratuitamente a tutti gli iscritti del Collegio Provinciale IPASVI di Foggia.
▪ per evitare disguidi nell'invio in abbonamento, si prega di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo alla Segreteria del Collegio.

ORDINE PROVINCIALE OPI FOGGIA
Viale Giotto, 200 - 71100 FOGGIA
TF e FAX - 0881/749774
Presidente
Dott. Michele Del Gaudio
Vice Presidente
IP Antonio Marchesani
Segretario
Dott. Matteo Vizzani
Tesoriere
AFD Gaetano Consalvo

CONSIGLIO DIRETTIVO
G.Chiumento, M. S. Cicilano, M. R. Cimmarusti, F. Mansi, S. Piancone, P. Papagna, M. Russo, A. Santoro, A. Scisco, C. A. Tampone, G. Tino

REVISORI DEI CONTI
M. Marchese, D. Trombetta, A. Turco, M. Romagno (Supp.)

SOMMARIO

- Disturbo da gioco d'azzardo: quando il gioco diventa malattia
a cura di Dott.ssa Myriam Pavone, Dott. Gianluca Di Ianni **pag. 3**

- Accessi venosi in UTI - Responsabilità e Gestione Infermieristica
a cura di Marina Poli , Sabino Manuppelli e Antonio D'Amato **pag. 12**

- L'accoglienza ad un bambino affetto da patologia complessa e la sua famiglia: il ruolo dell'infermiere
a cura di Dott.ssa Rosa Mangiacotti **pag. 15**

- Etica e Management: legame decisivo per un'assistenza di qualità
a cura di Ciro Antonio Tampone **pag. 23**

Norme editoriali per le proposte di pubblicazione

Le proposte editoriali verrano valutate dal comitato di redazione e prese in considerazione solo se originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse infermieristico. La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva facoltàdi apportare modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.
Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto. Il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (specificare dove inserire le tabelle o le immagini). Nel caso in cui le immagini non vengano fornite, ne sarà assegnata una o più a giudizio insindacabile della redazione.
Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire: 1) titolo dell'articolo; 2) autori (nomi completi e qualifiche professionali); 3) recapiti per eventuali contatti (telefono, fax e e-mail).
La bibliografia va inserita nell'ultima pagina rispettando i seguenti criteri:
Libri: Autore, Titolo (in corsivo), Luogo, Editore, Data, Pagina
Riviste: Autore, Titolo (in corsivo), «Titolo della rivista (tra caporali)», annata in cifre romane (anno corrispondente in cifre arabe)
Atti: Titolo dell'evento, città, data.
Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dei relativi responsabili. Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Disturbo da gioco d'azzardo: Quando il gioco diventa malattia

a cura di:
Dott.ssa Myriam Pavone, laureata in scienze infermieristiche presso l'Università degli Studi di Foggia, sede di San Severo.
Dott. Gianluca Di Ianni, docente di Infermieristica in Igiene Mentale, presso l'Università degli Studi di Foggia, sede di San Severo.
(Articolo estratto dalla Tesi di Laurea della Dott.ssa Myriam Pavone)

INTRODUZIONE

L'attività ludica riveste un ruolo fondamentale nello sviluppo cognitivo, affettivo e sociale del bambino; attraverso il gioco, infatti, egli impara ad essere creativo, sperimenta le proprie capacità e potenzialità, si misura con i propri limiti entrando anche in relazione con il mondo esterno. Il gioco però non è solo una prerogativa infantile, anche gli adulti ricorrono ad esso poiché rappresenta un utile svago e una piacevole evasione temporanea dalla quotidianità. Una particolare forma di gioco che da sempre ha affascinato l'umanità è il gioco d'azzardo. Con il termine "gioco d'azzardo" si definisce qualsiasi scommessa fatta in denaro su di un evento incerto, il cui esito dipende esclusivamente dal caso.

Ne si deduce, quindi, che in tale tipologia di gioco, le abilità del giocatore, calcoli matematici o leggi della probabilità non contano, poiché il gioco d'azzardo non si può né guidare né prevedere. A tal proposito, è interessante sapere che le aziende che producono o forniscono tale tipologia di giochi, eliminano il più possibile la componente legata all'abilità dei giocatori in modo da potersi garantire guadagni certi e prevedibili. Infatti, se il gioco è regolato unicamente dal caso, il banco è in grado di calcolare facilmente le proprie aspettative di ricavo; mentre se l'esito è determinato anche da altre variabili, le incognite per il banco aumentano e questo diventa inaccettabile per tutte quelle imprese che hanno fatto, del gioco d'azzardo, una fonte di guadagno.

Se per alcuni, il gioco d'azzardo rappresenta, solo un piacevole passatempo, per altri diventa una patologia , che in molti casi determina serie conseguenze sul piano psicologico, relazionale e socio-economico.

Dal punto di vista clinico, è stata l'American Psychiatric Association (APA) ad assegnare a questa patologia un inquadramento nosografico ben definito. Infatti, con la pubblicazione del DSM-V (APA, 2013) al Disturbo da Gioco d'Azzardo (DAP), viene riconosciuto, a tutti gli effetti, lo status di dipendenza comportamentale, ovvero rientra in quelle che vengono definite con il termine anglosassone di "New Addiction". Queste comprendono tutte quelle dipendenze in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica, ma il cui oggetto della dipendenza **è un** comportamento o un'attività socialmente accettata.

Il DAP è quindi un "Comportamento problematico, persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta disagio o compromissione clinicamente significativi, nella vita dei soggetti che ne sono affetti" (DSM-V).

QUANDO IL GIOCO DIVENTA MALATTIA

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo, costituisce l'esito finale di un processo che si trasforma nel corso del tempo, tale percorso evolutivo può presentare alcuni sintomi tipici, quali: intensificazione degli accessi al gioco, aumento delle spese, indebitamento, comparsa di pensieri ricorrenti di gioco, frequentazioni di ambienti di gioco sempre più specializzati, menzogne, piccoli furti, cambiamenti dell'umore, delle amicizie e dei luoghi di frequentazione con aumento dell'aggressività e del tempo dedicato al gioco.

Il decorso che porta dal gioco sociale al gioco problematico e infine a quello patologico è caratterizzato da un susseguirsi di varie fasi. Queste sono efficacemente descritte dal *modello evolutivo* elaborato da *Robert Custer* (1984), quest'ultimo descrive l'escalation del giocatore come una "carriera" tossicomane

che si svolge lungo un percorso di varie fasi. Tale modello è quello più citato in letteratura poiché descrive il percorso verso la patologia sia da un punto di vista descrittivo che da un punto di vista clinico.

La prima fase descritta da Custer, è detta *Fase della vincita*, ed è quella che caratterizza i primi tempi dell'approccio al gioco. In questa fase, il giocatore gioca occasionalmente, soprattutto per passare il tempo e per divertirsi. Egli ha la netta impressione di vincere, di essere abile nel gioco e in un periodo fortunato, ciò lo incoraggia sia ad aumentare la frequenza delle giocate, sia il denaro scommesso. Nasce nel soggetto la convinzione che il gioco sia un modo facile e piacevole per guadagnare denaro e che è possibile interrompere tale attività senza alcun problema. Molti giocatori (come molti tossicomani) conoscono e vedono all'inizio a quali conseguenze può condurre il gioco d'azzardo. Credono però, di poterne essere immuni e di poter tranquillamente controllare la loro attività traendone gli elementi di piacere e pensando di riuscire ad evitarne le conseguenze.

Nella seconda fase, detta *Fase della Perdita*, il gioco è diventato come una vera e propria droga per il giocatore. In questa fase il giocatore si rende conto che sta perdendo il denaro e interpreta tali perdite come un periodo "sfortunato" destinato prima o poi a passare. Il soggetto s'illude che continuando a giocare riuscirà a recuperare il denaro perduto, si innesca il circuito dell'inseguimento della vincita: il giocatore continua a perdere nel tentativo di vincere (cashing). I pensieri, quindi, sono rivolti esclusivamente a cosa giocare e a come reperire il denaro per farlo, questo porta il soggetto, a contrarre debiti che non riesce ad onorare nei confronti di familiari, amici, banche, società finanziarie e in alcuni casi anche con degli usurai. Si iniziano a presentare menzogne a familiari, amici, colleghi; le bugie non sono più ben costruite e gli altri tendono a non credergli più provocando nel soggetto aggressività ed accuse. Il giocatore diventa sempre più irritabile, e compaiono i primi sintomi di malessere come depressione, ansia, inappetenza, insonnia.

La fase cruciale è quella che Custer definisce come *Fase della disperazione e della perdita della speranza*. Il giocatore diventa consapevole di aver perso il controllo della situazione, diventa evidente per lui che i debiti non sono più pagabili e che i nuovi prestiti vengono rifiutati. Il soggetto è disperato e angosciato per la situazione economica, continua a illudersi che una grossa vincita potrebbe risolvere tutta la situazione e nella disperata ricerca di soldi che possano fruttargli il "colpo grosso", qualcuno arriva al punto di compiere dei veri e propri reati. Dal punto di vista familiare e lavorativo le cose non vanno meglio, spesso il giocatore perde il lavoro, vi sono crisi coniugali e divorzi. Durante questa fase sono molto comuni l'aumento dell'irritabilità, le alterazioni improvvise del tono dell'umore, gli attacchi di panico e le fantasie di fuga. Il ricorso all'abuso di alcool e droghe è frequente, compaiono pensieri di suicidio e qualche volta il tentativo di farla finita viene compiuto realmente. A partire da questo momento, il giocatore ha due possibilità di scelta: o continuare la sua condotta "tossicomane", oppure, chiedere aiuto.

EZIOPATOGENESI

Perché alcuni giocatori sono più propensi di altri a sviluppare una dipendenza da gioco d'azzardo? È importante sapere che vi sono vari fattori che entrano in causa, e che possono contribuire allo sviluppo di un fenomeno tanto complesso; così come tanti sono i modelli e le teorie che hanno cercato di spiegare, in maniera esaustiva, perché determinati giocatori sviluppano un comportamento problematico o patologico ed altri no.

La maggior parte degli studiosi sono concordi nell'affermare che un fattore importante per lo sviluppo di una dipendenza da gioco d'azzardo è il livello di vulnerabilità di un individuo di fronte allo stimolo di gioco. La vulnerabilità di una persona è determinata da un insieme di fattori intrinseci all'individuo, come fattori genetici e neurobiologici, fattori

psicologici e individuali; e da fattori di tipo socio-ambientali, come le caratteristiche intrinseche ai giochi d'azzardo stessi.

Per quanto concerne i fattori Neurobiologici, molte ricerche hanno dimostrato come in tale disturbo vi siano delle disfunzioni che coinvolgerebbero i sistemi di produzione, alterazione e rilascio di neurotrasmettitori come la serotonina, la dopamina e la noradrenalina. vi è l'esistenza di una vera e propria base genetica in merito all'alterazione di questi neurotrasmettitori, i fattori ereditari e di familiarità, infatti, risultano essere importanti fattori nello sviluppo del gioco d'azzardo patologico.

Per la vulnerabilità Psicologica, tratti di personalità caratterizzati da forte impulsività, ricerca di sensazioni nuove e amore per il rischio, associati a credenze e pensieri erronei, sono i fattori che maggiormente caratterizzano un giocatore d'azzardo patologico. L'impulsività nel DAP risulta correlata anche ai tratti di personalità "*novelty seeking*" e "*sensation seeking*", ovvero l'impulso del gioco deriva dalla continua ricerca di novità e dal bisogno di provare sensazioni nuove. Il termine *sensation seeking* si riferisce alla ricerca di sensazioni forti, del brivido, dell'eccitazione estrema: i giocatori, spinti dall'amore e dall'insaziabile desiderio di provare esperienze nuove ed eccitanti, ricorrerebbero al gioco per soddisfare queste loro esigenze. Un altro aspetto particolarmente interessante da prendere in considerazione nel disturbo da gioco d'azzardo, riguarda la modalità di pensiero del giocatore. Vi sono delle Distorsioni Cognitive che portano il giocatore a pensare che gli eventi aleatori del gioco siano modificabili e prevedibili. Le distorsioni cognitive che maggiormente caratterizzano i pensieri dei giocatori patologici sono:

- La *Fallacia di Montecarlo*, il giocatore pensa di avere maggiori possibilità di vincita a seguito di una lunga serie di partite perse, e minori probabilità in seguito ad una lunga serie di vincite.
- L'*Illusione di controllo*, il giocatore crede di poter influire sul risultato del gioco con l'uso di strategie ed altri mezzi. In alcuni esperimenti, per esempio, è stato osservato come i giocatori di dadi tendano a tirare con maggiore energia se desiderano un numero elevato, mentre con minor forza se devono ottenere un numero basso (Henslin, 1967).

Tali distorsioni, seppur diverse tra loro, possono essere fatte risalire ad un errore cognitivo di base, e cioè all'incapacità di riconoscere che gli eventi casuali sono completamente indipendenti gli uni dagli altri (Ladouceur et al., 2002).

Tra i fattori di rischio associati al Disturbo da gioco d'azzardo, un ruolo fondamentale, è quello insito nella natura del gioco stesso. Come già detto in precedenza, quella del gioco d'azzardo è un'impresa a tutti gli effetti il cui scopo principale è il guadagno. Le imprese che producono giochi d'azzardo, per favorire i loro introiti, progettano le loro macchine in modo da rafforzare il rapporto di dipendenza nei confronti del gioco stesso. Si assiste quindi ad un meccanismo che va a rafforzare, in qualche maniera, quelle che sono le distorsioni cognitive che caratterizzano i giocatori patologici.

Quindi elementi come:

- Accelerazioni dei giochi
- Smaterializzazione del denaro
- Aumento dell'offerta di gioco on line
- Caratteristiche ambientali delle sale slot, quali illuminazione soffusa, as-

senza di rumori e di orologi, schermi sfavillanti e musica piacevole;

portano il giocatore a continuare nella sua condotta di gioco, perdendo il contatto con la realtà e non rendendosi conto di quanto effettivamente stia perdendo.

Anche la pubblicizzazione dei giochi d'azzardo è un ulteriore fattore di rischio. La pubblicità, infatti, pone maggiore enfasi sull'offerta di gioco che sulle probabilità di vincita. Come non menzionare, a tal proposito, lo slogan di una famosa campagna pubblicitaria che con molta enfasi recita "Ti piace vincere facile?!". Tali messaggi portano i soggetti a confondere la facilità di gioco con quella di vincita.

Alcuni giochi, poi, sono costruiti appositamente per illudere le fasce più povere, è il caso del gioco "W*in for Life*". Questo gioco, infatti, è creato apposta per "adescare" tutte quelle persone che a causa della crisi, fatica ad arrivare a fine mese. Tale gioco, che ha come montepremi una rendita mensile di circa tremila euro per vent'anni, aumenta le speranze di numerosi soggetti che continuano a giocare pur di assicurarsi un reddito mensile che gli permetta di vivere dignitosamente.

DATI EPIDEMIOLOGICI DEL DAP IN ITALIA E NELL'ALTO TAVOLIERE

L'ultima rilevazione IPSAD®2017-2018, ha mostrato come il 42,8% della popolazione italiana tra i 15 e i 64 anni, corrispondente a circa 17 milioni di persone, ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi dodici mesi, in aumento di quasi 15 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione del 2014. Da questa indagine risulta che il gioco maggiormente praticato è il Gratta&Vinci, che ha attratto il 74% di giocatori. Seguono il Super Enalotto (42,5%), il Lotto (28,3%) e le scommesse sportive (28%). Percentuali più basse si registrano per Altri giochi con le carte (15,5%), 10 e lotto/Win for life (13,1%), Poker texano (7,7%), Totocalcio/Totogol (6,2%), Bingo (6%), Videolottery/slot machine (5,9%), Altri giochi (roulette, dadi,…) (4,2%) e Scommesse su altri eventi (4,1%).

Un dato, a mio avviso molto interessante, è quello circa la percezione del fattore "abilità" nella pratica del gioco d'azzardo. Tra i 15-64enni che hanno giocato nel 2017, meno della meta (38,6%) ritiene che sia impossibile arricchirsi giocando d'azzardo, mentre il 22,5% crede di poter diventare ricco se bravo, il 31,9% se fortunato al gioco e il 7% se bravo e fortunato. Come mostra la Figura 1.2, tali percentuali variano significativamente tra le diverse fasce di età: il 25,8% dei più giovani (15-34enni) crede impossibile arricchirsi giocando, mentre il 30,3% crede che sia l'abilita del giocatore a determinare la vincita (contro il 45,7% e il 18,2% rispettivamente dei 35-64enni).

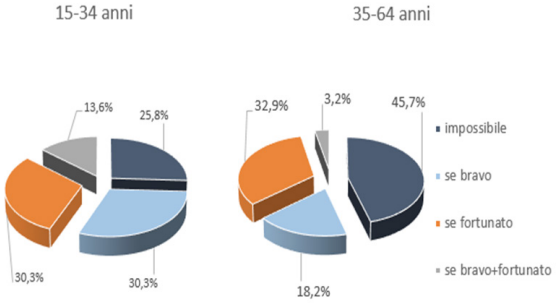


Figura 1.2 – Possibilità di diventare ricco giocando. Percentuali di risposte riferite tra i giocatori di 15-34 anni e 35-64 anni (2017-2018). Fonte IPSAD

Sulla base del CPGI-Canadian Problem Gambling Index, test di screening adattato e validato a livello nazionale, l'ultima rilevazione dello studio IPSAD®2017-2018 evidenzia che il 15,2% dei giocatori ha un comportamento di gioco definibile "a rischio minimo", mentre il 5,9% risulta "a rischio moderato". Lo studio indica, inoltre, che per il 2,4% dei giocatori il profilo di gioco risulta essere "a rischio severo" di gioco problematico. Come mostrato dalla Figura 1.3, la quota di giocatori con profilo di gioco a rischio severo, rilevata negli anni, risulta essere in costante aumento.

Figura 1.3 – Distribuzione percentuale dei profili di gioco tra i giocatori di 15-64 anni. Fonte ISPAD

Per quanto riguarda l'Area "San Severo" della ASL FG, grazie alla collaborazione del Dott. Antonio Demaio – Dirigente SerD ASL FG - siamo riusciti ad ottenere dei dati circa l'accesso di soggetti affetti da DAP negli ultimi anni. L'Area "San Severo" comprende i comuni di: San Severo, Torremaggiore, Apricena, Sannicandro G.co, Poggio Imperiale, Serracapriola, Lesina, San Paolo Civitate e altri comuni minori. I dati fornitici comprendo un periodo di sei anni, dal 2012 al 2017, i pazienti trattati in base alla fascia d'età e al genere, si dividono in quanto segue:

	2012		2013		2014		2015		2016		2017		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	TOT PAZIENTI
Età 20-29	3		1		1				2		4		11
Età 30-34	2	1	2		3		2		2		3		15
Età 35-39	3		4		4		4		1		1		17
Età 40-44			1		2		3		2		1		9
Età 45-49	3	1	3		2		2		3				14
Età 50-54	1		1	1	3	1	4		4	1			16
Età +55	3	1	2		4		4		3		2		19
TOTALE	18		15		20		19		18		11		101

Come si evince dalla tabella, in questi anni il totale dei pazienti presi in carico è stato di 101 soggetti, la fascia d'età che è stata maggiormente trattata è quella con più di 55 anni d'età, a cui segue la fascia dei 35-39enni. Per quanto riguarda l'andamento, dopo un iniziale picco di pazienti affetti da DAP nel 2014, in cui gli utenti sono stati di 20 unità, è seguito un decremento che raggiunge i soli 11 pazienti trattati nel 2017. Tale dato se da una parte ci consola, per il minor numero di pazienti trattati, dall'altro pone un problema, ovvero l'aumento di questa patologia in soggetti nella fascia d'età tra i 20 e i 29 anni.

Sebbene la consapevolezza sui rischi del DAP sia in crescita, i dati, come abbiamo appena visto, evidenziano un aumento del gioco d'azzardo in Italia. Tale aumento si riscontra anche nelle somme che gli italiani spendono in tale settore, queste nel 2017 sono state pari a 101,8 miliardi di euro, con un incremento del 6% rispetto al 2016. Come si evince dalla Figura 1.6, in Italia, il fatturato del gioco d'azzardo è raddoppiato negli ultimi 10 anni.

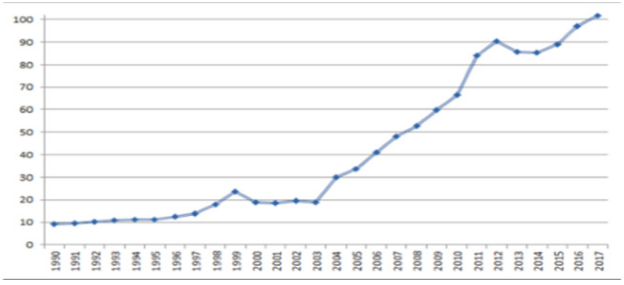


Fig. 1.6 Fatturato del gioco d'Azzardo negli ultimi anni. Fonte ADM

Per quanto riguarda i costi che il SSN deve fronteggiare per la cura di un soggetto affetto da DAP, ad oggi, non vi sono dei dati che forniscano tali informazioni. Una ricerca condotta dall'Università "Bicocca" di Milano, su iniziativa di FeDerSerd e CE.R.CO, ha cercato, tuttavia, di fare una stima di suddetti costi. Prendendo come dati di riferimento i costi dei trattamenti erogati nel 2014 dal Ser.D di Trento e dall'ASST di Melegnano, tale ricerca ha stimato un costo sanitario, legato al trattamento di tale disturbo, pari a circa **63 milioni 556 mila 352 euro.** Purtroppo non ci sono dei dati precisi che riescano a ben quantificare i costi sanitari del disturbo da gioco d'azzardo. Va detto, anche, che accanto ai costi sanitari, tale patologia incide anche su quelli che vengono considerati i costi sociali, si pensi ai costi per mancata produttività, ai costi legali dovuti ai divorzi o ai costi giudiziari per i reati commessi da alcuni soggetti. La spesa quindi che grava sulle casse dello Stato per la cura del DAP, è sicuramente abbastanza elevata. Tuttavia, visto l'incremento del fatturato annuo che l'industria del gioco d'azzardo continua a produrre; lo Stato non prende in considerazione tali costi. Prima o poi però, se non si metteranno in atto delle idonee campagne di prevenzione per tale dipendenza, lo Stato dovrà fare i conti con delle spese che saranno sicuramente superiori rispetto alle entrate. A che pro quindi far ammalare se poi bisogna curare?

REGOLAMENTAZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO

Gli interventi legislativi riguardanti il gioco d'azzardo si fondano sull'esigenza di tutelare la sicurezza pubblica, di contrastare il crimine organizzato, per salvaguardare le fasce più deboli oltre che per regolare i profili di carattere fiscale. Nel 2017, la dipendenza da gioco d'azzardo è stata inclusa tra le dipendenze patologiche in seguito all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza sociosanitaria: ne consegue che anche alle persone con disturbi legati al gioco, al pari delle altre dipendenze, saranno erogate dal Servizio Sanitario Nazionale sull'intero territorio italiano le stesse prestazioni di assistenza sociosanitaria territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Tale intervento, fa seguito al "*Decreto "Balduzzi", nr. 158 del 2012*, che aveva disposto l'aggiornamento, dei livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da dipendenza da gioco d'azzardo.

Da ultimo, il c.d. *Decreto Dignità n. 87 del 2018*, convertito nella legge n. 96 del 2018, detta una serie di disposizioni sul contrasto del fenomeno della ludopatia, definita come "Disturbo da gioco d'azzardo".

L'art. 9 dispone una serie di norme:

- *Divieto assoluto di qualsiasi forma di pubblicità*, anche indiretta, relativa a giochi o scommesse con vincite di denaro, ad esclusione delle lotterie nazionali a estrazione differita, le lotterie e tombole organizzate a livello locale per beneficenza e i giochi riportanti il logo sul gioco sicuro.
- I tagliandi devono recare avvertenze sui rischi connessi al gioco d'azzardo ed in particolare la scritta "*Questo gioco nuoce alla salute*".
- A tutela dei minori, viene sancito, che l'accesso a slot machine e videolottery sia consentito solo tramite tessera sanitaria.
- Si disciplina l'utilizzo del logo identificativo «No Slot» per gli esercizi che non installano apparecchi da gioco all'interno.

Finalità di tale provvedimento è quindi, quello, di rafforzare la tutela del consumatore e dei soggetti più vulnerabili attraverso il divieto di pubblicizzazione di tali giochi; e di favorire la maggior consapevolezza che il gioco crea dipendenza.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PERCORSO TERAPEUTICO DEL DAP

Le conseguenze che si legano al gioco patologico interessano la salute fisica, mentale, emotiva e finanziaria delle persone che giocano d'azzardo, così come quella delle loro famiglie. Lo stress causato dal gioco d'azzardo può provocare, sia alla persona che ai suoi familiari, problemi fisici ed emotivi come ansia, insonnia, depressione, sensi di colpa, rabbia, confusione, problemi cardiaci, cefalee, dolori muscolari, ulcere, gastriti ecc.

La metodologia d'intervento clinico per i pazienti affetti da DAP si basa sulla realizzazione di Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali (PTRI) e si struttura in varie fasi:

- Accoglienza
- Presa in carico
- Osservazione e Diagnosi
- Trattamento
- Fase di consolidamento e valutazione
- Fase di Follow-up

Tale modello d'intervento si basa sulla creazione di un'equipe terapeutica multidisciplinare composta da: psicologo-psicoterapeuta, medico, infermiere, assistente sociale, educatore, con l'integrazione di un consulente finanziario-legale per le attività di tutoraggio economico.

L'accoglienza del giocatore, rappresenta un momento particolarmente significativo e delicato poiché è finalizzato ad ottenere la sufficiente *compliance* terapeutica. Questa fase, è svolta principalmente dall'infermiere che ascolta la richiesta di aiuto dell'utente, per poi dare le informazioni su quello che sarà il percorso terapeutico. In questa fase è molto importante l'intervento di *counselling*, che mira a dare le informazioni fondamentali allo scopo di delineare una via d'uscita dalla disperazione che spesso pervade la famiglia e il giocatore stesso. Il counselling di natura informativa e motivazionale deve essere fondato su di una comunicazione empatica e allo stesso tempo chiara ed efficace. È importante creare un certo rapporto con l'utente, divenendo una figura di riferimento nel percorso terapeutico.

L'infermiere deve, quindi, aiutare il paziente ad esaminare la situazione in cui si trova, per trovare un punto da cui sia possibile originare un cambiamento. È importante, quindi, aiutare la persona a gestire i problemi utilizzando le loro risorse personali per:

- prendere decisioni
- affrontare momenti di crisi
- confrontarsi con i propri sentimenti ed i propri conflitti interiori
- rendere migliori le relazioni con gli altri

La finalità del counselling infermieristico è quella di: orientare, sostenere e guidare l'individuo affinché riesca a potenziare le proprie risorse e a creare le condizioni che facilitino un rinforzo motivazionale al cambiamento. L'accoglienza è un momento molto delicato, poiché rappresenta il primo passo che viene fatto per la creazione di una relazione d'aiuto che porta alla "presa in carico" del soggetto e della sua famiglia. Se si instaura un rapporto positivo, il paziente *è fiducioso* e si sente maggiormente coinvolto nella gestione della malattia.

In questa prima fase dell'accoglienza compito dell'infermiere è quello di:

- acquisire i documenti sanitari e d'identità,
- ascoltare e analizzare la richiesta d'aiuto e rilevare quelle urgenze cliniche che richiedono un trattamento immediato,
- fornire informazioni sull'organizzazione e sulle procedure del servizio,

- descrivere al giocatore quale sarà il percorso terapeutico,
- compilare la cartella clinica informatizzata.

Formalizzata la richiesta di aiuto da parte del paziente, è necessario ottenere una serie di dati che risultano essere molto importanti per la pianificazione del trattamento terapeutico individualizzato e per valutare eventuali emergenze che necessitano di forme di trattamento più idonee. In particolare è utile raccogliere informazioni relative: all'età d'esordio, i giochi praticati, la presenza e la pervasività delle distorsioni cognitive; rilevare la presenza nel soggetto di disturbi psichiatrici (quali i disturbi depressivi, d'ansia, di personalità, disturbi additivi correlati all'uso di sostanze, di dipendenze comportamentali); valutare il rischio suicidario del soggetto, indagare su un'eventuale familiarità per i problemi legati al gioco d'azzardo e alle sostanze psicoattive; infine è importante rilevare la presenza e l'entità dei debiti legali o illegali, che il soggetto ha contratto.

Raccolte queste informazioni, l'équipe multidisciplinare definirà un programma terapeutico e riabilitativo personalizzato in accordo con il giocatore che si baserà su colloqui individuali o psicoterapia individuale e di gruppo.

L'infermiere svolge un ruolo significativo anche nell'ultima fase del trattamento, ovvero durante il follow-up, quando l'ex giocatore ha riacquisito la propria autonomia e stabilità. L'infermiere, infatti, aiuta la persona a non sentirsi sola, prolungando così l'alleanza terapeutica.

CONCLUSIONI

Il DAP, per le conseguenze che ne derivano, è un fenomeno assai complesso e ancora poco approfondito. Molte sono le lacune nell'ambito di ricerche che ne quantifichino i costi che tale patologia comporta non solo a carico del sistema sanitario nazionale, ma anche in ambito sociale. Si pensa che per ogni persona affetta da tale disturbo, altre sei persone, nell'ambito familiare e sociale, ne siano coinvolti. Questo perché il Disturbo da Gioco d'Azzardo, come ampiamente dimostrato, colpisce il soggetto sotto tutti gli ambiti sociali, familiari e lavorativi. Come poter, quindi, ridurre tale fenomeno?

Delle corrette misure preventive, possono portare ad una diminuzione dell'incidenza di tale patologia; in tale ambito con l'approvazione di nuove norme, lo Stato sta cercando di regolamentare meglio tale settore. Tuttavia, lo stesso Stato si trova in una condizione di conflitto di interessi per quel che riguarda il gioco d'azzardo. Perché se da un lato deve attivare delle campagne che pongano l'accento sui rischi che un comportamento di gioco comporta, dall'altro non può permettersi di chiudere un settore che in termini economici garantisce dei guadagni così elevati per le casse dell'Erario.

Ambiguo è anche ciò che si è fatto nell'emanazione dell'Art. 9 del Decreto Dignità, il legislatore infatti vieta la pubblicità dei giochi ad esclusione, però, di quelli riportanti il marchio "gioco sicuro" emanati dalla stessa Agenzia dei Monopoli e delle Dogane. Come se la garanzia di un gioco che lo Stato ritiene sia sicuro, possa essere immune dal creare una dipendenza. Tale supposizione è subito smentita, infatti i dati raccolti dall' IPSAD®, ci dicono che è proprio la categoria dei "Gratta&Vinci" a presentare una maggiore diffusione non solo tra chi presenta un comportamento di gioco problematico, ma anche per la categoria dei giocatori non a rischio.

Nello stesso articolo, viene riportato come qualunque tagliando di gioco debba obbligatoriamente mostrare la scritta "Questo gioco nuoce alla salute". Mi chiedo

se tale misura possa bastare per diminuire il rischio di comportamenti di gioco problematici. A mio avviso, credo che la cosa migliore da fare, sia vietare qualsiasi tipo di pubblicità riguardante il gioco d'azzardo, compresa quella di giochi che lo stesso Stato produce e attivare campagne informative sulle vere probabilità di vincita che ogni gioco presenta. Informare la popolazione sui veri rischi che tale patologia porta con sé è la scelta più opportuna che si possa fare. Non si può ridurre tutto ad un misero "il gioco nuoce alla salute", bisogna far capire alla popolazione in quale misura questo è problematico, è opportuno far comprendere che nessun calcolo delle probabilità ci da la certezza di una vincita quando ci troviamo di fonte al caso. Un importante ruolo nel promuovere degli stili di vita sani, dovrebbe essere promosso dalla stessa società che molto spesso esalta la ricchezza e il potere come unici "valori" per avere una vita felice. A essere colpiti da questa concezione sono soprattutto gli adolescenti, che allettati dalla possibilità di un facile guadagno, investono sempre di più nel gioco d'azzardo. È quindi indispensabile promuovere campagne informativa nelle scuole, al fine di educare i ragazzi ed informarli sui rischi che un comportamento di gioco problematico può causare.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-V, American Psychiatric Publication.*
- Bastiani L, Benedetti E, Canale N, Chiellini P, Cerrai S, Colasante E, Cotichini R, Cutilli A, De Nes M, Denoth F, Fortunato L, Fortunato Lu, Franchini M, Luppi C, Pardini A, Pardini S, Pieroni S, Potente R, Resce G, Salvadori S, Sbrana C, Scalese Urcioli M, Taccini R, Molinaro S. *CONSUMI D'AZZARDO 2017. Rapporto di Ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD®Italia.*
- Bastiani, L., Gori, M., Colasante, E., Siciliano V., Capitanucci, D., Jarre, P., Molinaro, S., et al. (2011). Complex factors and behaviours in the gambling population of Italy. *Journal of Gambling Studies*, 29, 1-13.
- Bellio G, Croce M, a cura di, *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*. Milano: Franco Angeli; 2014.
- Bellio G. *L'ambulatorio per il gioco d'azzardo patologico nei servizi pubblici,per le dipendenze: modelli organizzativi, prospettive, criticità*. In Bellio G, Croce M (Eds): Manuale sul gioco d'azzardo patologico. Diagnosi, valutazione e trattamenti. Franco Angeli, Milano, 2014.
- Blaszczynski, A. P., Steel, Z., & McConaghy, N. (1997). *Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist*. Addiction, 92, 75-87.
- Breen, R. B., & Zuckerman, M. (1999). *'Chasing' in gambling behavior: Personality and cognitive determinants. Personality and Individual Differences*, 27(6), 1097-1111.
- Brunori, G., Cippitelli, A., Serpelloni, G., & Ciccocioppo, R. (2012). *La neurobiologia del gioco d'azzardo patologico.* Italian Journal on Addiction, 3, 1, 25-41.
- Canuzzi, P. (2012). *Dipendenze comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: sintesi del progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/ monitoraggio degli interventi-Regione Piemonte*. Italian Journal on Addiction, 2, 3-4, 45-60.
- Custer, R.L. (1984*). Profile of the pathological gambler*. Journal of Clinical Psychiatry, 45 (12), 35-48
- Franca Tani, Annalisa Ilari**,** 2016*. La spirale del gioco: Il gioco d'azzardo da attività ludica a patologia.* Firenze University Press.
- Giovanna Coriale, Mauro Ceccanti, Sergio De Filippis, Chiara Falletta Caravasso, Simone De Persis; *Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento*.
- Guerreschi C., *New addiction. Le nuove dipendenze*, San Paolo, 2005
- Guerreschi, C. (2000). *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: Il gioco d'azzardo patologico.* Milano: San Paolo.
- Ladoucer R, Caroline S, Calude B, (2000) *Il gioco d'azzardo eccessivo.* Torino: Centro Scientifico Editore; 2003.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler.* West Sussex, England: John Wiley e Sons
- Ministero della Salute - CCM Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi. Bollettino sulle dipendenze 2011; 34 (1): 7-101.
- Serpelloni, G., & Rimondo, C. (2012). *Gioco d'azzardo problematico e patologico: Inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione.* Italian Journal of Addiction.

SITOGRAFIA

- http://cedostar.it/gioco-dazzardo-patologia-dal-social-gambler-al-giocatore-patologico/
- http://www.avvisopubblico.it/home/documentazione/giocodazzardo/sintesi-della-normativa-in-materia-di-gioco-dazzardo-e-ludopatia/.
- http://www.avvisopubblico.it/home/wp-content/uploads/2017/12/linee-guida-dicembre-2017.pdf
- http://www.federserd.it/files/novita/Rapporto%20di%20ricerca%20costi%20sociali_DEF.pdf
- http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/07/13/18G00112/sg
- http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/f?anno=2016&codLeg=56900&parte=1%20&serie=null
- http://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-6-la-fiscalita-nel-settore-dei-giochi/
- https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/535814/Relazione+gestionale+anno+2017-20180628.pdf/21d46190-26f7-4f0b-a498-089d8f46580b
- https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici/gioco-dazzardo/i-dati-sul-gioco-dazzardo-nel-2017-in-italia/
- https://www.nuovepatologiesociali.unifi.it/upload/sub/materiali/Rapporto%20preliminare%2020%20giugno%20%20Le%20aree%20slot%20nelle%20sale%20Bingo%20ASCOB.pdf
- Istituto Superiore della sanità (ISS) (2017).Indagine sulle caratteristiche e sull'operatività dei servizi e delle strutture per ilt trattamento del disturbo da giocod'azzardo.http://old.iss.it/binary/ogap/cont/Indagine_sulle_caratteristiche_e_sull_operativita_768_.pdf

Accessi venosi in UTI - Responsabilità e Gestione Infermieristica

A cura di: 1)Marina Poli , 2)Sabino Manuppelli e 3)Antonio D'Amato

1. Infermiere laureata A.A 2017/2018, Università degli studi di Foggia – sede San Severo (FG)
2. Infermiere U.O. di Rianimazione del P.O. di San Severo- ASL FG
3. Infermiere Coordinatore UOC di Anestesia e Rianimazione del P.O. di San Severo- ASL FG

Introduzione

Disporre di un valido Vascular Access Device (VAD) nel pz. Critico, ricoverato presso le Unit Intensive Care e nei Setting di cura complessi quali onco – ematologie, Hospice, ecc., per l'approccio terapeutico – assistenziale (PDTA), è di fondamentale importanza al fine di garantire gli interventi clinici per il monitoraggio emodinamico, somministrazione di farmaci, prelievi ripetuti e pratiche dialitiche e di aferesi.

L'istituzione del profilo Professionale, del Codice Deontologico e per ultimo l'istituzione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche, assegna al Professionista Sanitario Infermiere Ruolo e Responsabilità diretti nel ''Proactive Care Model'' Assistenziale, per cui l'Operatore Sanitario Infermiere specialista e/o esperto, adeguatamente formato e certificato, interviene con competenza e responsabilità soprattutto nella " Gestione " dei vari VAD a breve, medio e lungo termine, nonché nell'impianto dei Picc (Pheriferal Inserted Central Catheter), propri di quei setting di cura sopra citati.

Obiettivo

Lo Studio Osservazionale ha lo scopo di valutare la corretta " Gestione " dell'exit-site, la prevenzione della dislocazione e delle PWO (Persistent Withdrawall Occlusion), nonché delle infezioni catetere-correlate: CRBSI (Catheter Related Blood Stream Infection) e CLABSI (Central- Line Associated Bloodstream Infection), nel periodo dal 20 gennaio al 2 ottobre 2018 nel Centro di Rianimazione dell'Ospedale "T.Masselli "di San Severo.

Materiali e Metodi

Sono stati valutati tutti i VAD (CICC – FICC e PICC) impiantati su 108 pazienti nel periodo osservato.

Sono stati inclusi nello studio impianti ecoguidati in pazienti con anamnesi patologica remota negativa per flebotrombosi, singola venipuntura effettuata da personale esperto, nelle sedi vascolari della v. Giugulare Interna, v. Succlavia e v. Femorale;

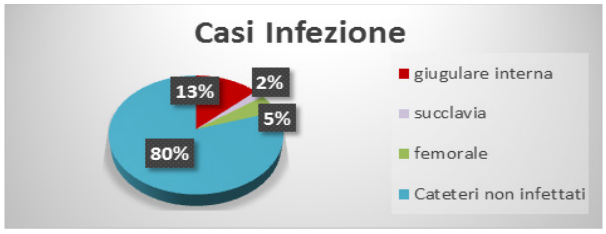
Criteri di esclusione invece riguardavano: venipunture ripetute, setticemie pregresse, coaugulopatie.

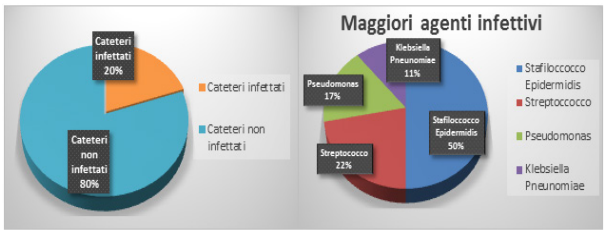
Protocollo di Trattamento

Tutti i VAD impiantati ai pazienti ricoverati in UTI, durante il periodo di degenza, sono stati valutati secondo un Protocollo Operativo della U.O. e l'uso di Check list preparate ad hoc riguardanti la gestione delle linee infusionali, la tecnica di Flushing, la Medicazione dell'exit site e l'Antisepsi, e il prelievo per il riscontro batteriologico degli esami colturali riguardanti i vari device e le emocolture, per il monitoraggio ed il controllo delle infezioni.

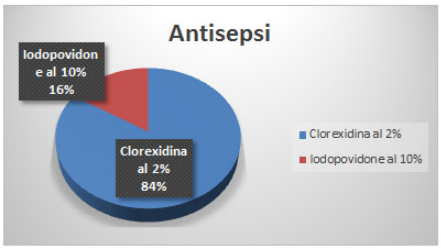
Risultati

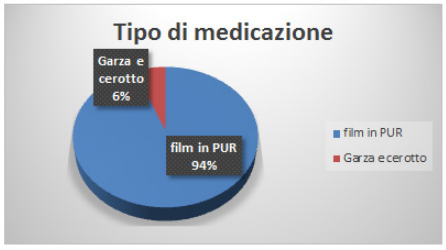
Per quanto riguarda le infezioni catetere-correlate dei VAD impiantati sui 108 pazienti osservati, sono risultati infetti il 20% dei device utilizzati, con una prevalenza del 13% di quelli in v. Giugulare interna, del 5% in v. Femorale e del 2% degli accessi in v. Succlavia. I microrganismi responsabili delle infezioni, sono risultati essere prevalentemente nel 50% dei casi lo Stafilococco Epidermidis, 22% lo Streptococco, 17% Pseudomonas, l'11% Klebsiella Pneumomiae.





La seconda parte dello studio riguardante le medicazioni dell'exit-site, ho considerato: la visual exit-site (ves),la presenza della febbre, la motivazione del cambio della medicazione, l'antisepsi e il tipo di medicazione.



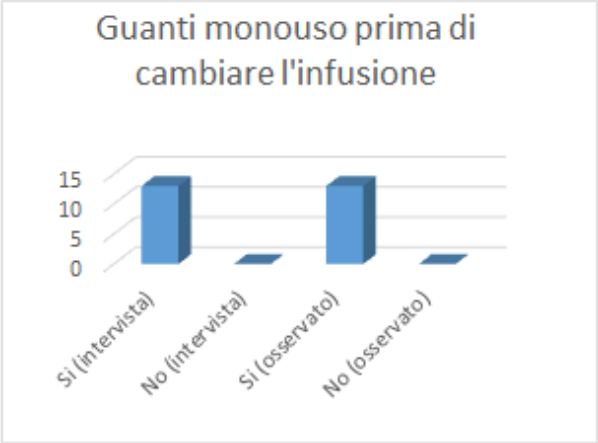


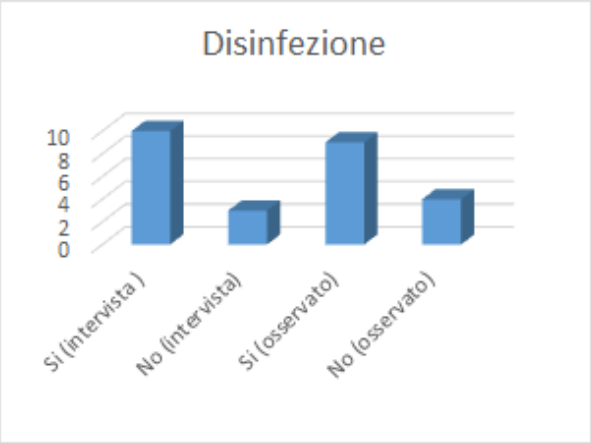
Il 67 % delle medicazioni sono state cambiate per la cosìdetta medicazione clinica, cioè dopo le 24 ore dall'impianto, mentre il 26 % la sostituzione è stata effettuata perché risultava sporca in alcuni casi presentava pus o in altri sangue, infine il 7 % delle medicazioni si sono staccate autonomamente a causa di sudorazione del paziente, o applicazione non corretta.

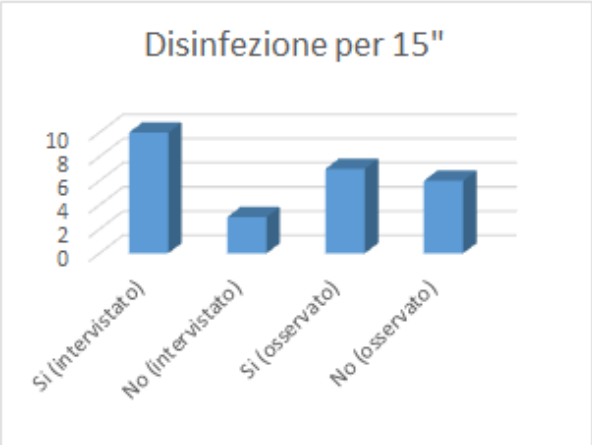
Per quanto riguarda l'Antisepsi, l'84% del personale Infermieristico utilizza la Clorexidina al 2% in Alcool Isopropilico al 70% e il 16% invece utilizza lo Iodiopovidone al 10%;

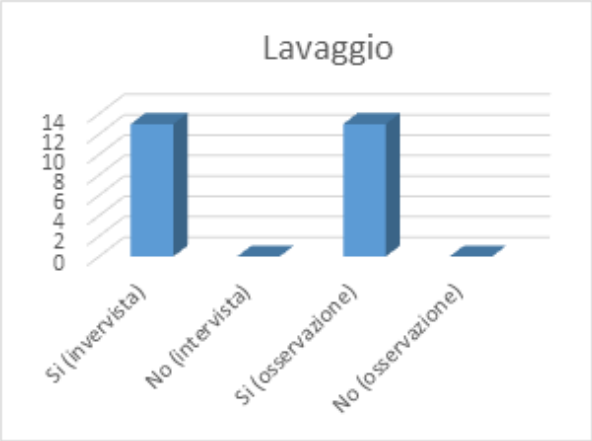
La medicazione in uso dell'exit-site, valutato con la VES (Visual Exit Site - Score), è il film in PUR (Poliuretano) nel 94% delle medicazione e per il restante 6% il cerotto garzato.

Dallo studio osservazionale sulla gestione delle linee infusionali, effettuato con la somministrazione di un questionario ai professionisti infermieri, ha evidenziato che la tecnica di lavaggio correttamente applicata risulta essere quella dello "Start – Stop" o lavaggio pulsato. L'uso corretto della disinfezione per 15" con la Clorexidina dei needles free connector, dei tappi valvolati a pressione neutra delle rampe, rubinetti e connettori, nonché della detersione e antisepsi delle mani con gel alcolico e l'uso dei guanti puliti e/o sterili.









Conclusioni

Un uso corretto di CVC o di PICC è fonte di molteplici aspetti positivi che riguardano la gradibilità da parte dei pazienti, la semplificazione dello svolgimento della terapia infusionale e la possibilità di infondere terapie specifiche che non potrebbero essere somministrate per altre vie.

Il lavaggio delle mani con soluzione antisettica prima di iniziare la procedura è fondamentale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in quanto le mani dell'operatore sono un importante veicolo di infezione. Per questo motivo è importante incentivare l'adesione a tale indicazione preventiva con la formazione del personale.

La medicazione effettuata correttamente nel giusto tempo, con la giusta disinfezione, il giusto antisettico e il giusto tipo di medicazione, può ridurre al minimo la necessità di riposizione del CVC o PICC.

In conclusione si può affermare che l'utilizzo dei Protocolli Operativi e delle check- list in uso da parte dei Professionisti Sanitari che intervengono nella gestione e impianto dei VAD con Competenza, Formazione e Responsabilità, fanno si che vi siano dei buoni risultati di Costo – Efficacia , ma che devono essere sempre più implementati con la formazione e l'addestramento specialistico, al fine di essere sempre più all'altezza di quel Ruolo e Responsabilità che caratterizza la nostra Professione Infermieristica , al servizio del Cittadino- Utente.

Bibliografia- Sitografia

- Sito ufficiale del GAVeCeLT-Gruppo di Studio per gli Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine
- www.evanetwork.info
- Sito ufficiale del nurse+24.it
- Enciclopedia della medicina; Edizione De Agostini, 1995
- Sito ufficiale del EVAN -EuropeanVascularAccess Network
- Protocollo per la gestione delle sospette infezioni correlate a catetere venoso centrale; Presidio Ospedaliero "Teresa Maselli" San Severo.
- Guida operativa per la gestione dei dispositivi intravasali – Presidio Ospedaliero "Teresa Maselli Mascia" San Severo.
- Protocollo lavaggio mani - Presidio Ospedaliero "Teresa Maselli Mascia"San Severo.
- Gli accessi venosi; www.gavecelt.org
- Procedure di gestione infermieristica del catetere venoso centrale; MedexMedical.

"L'accoglienza ad un bambino affetto da patologia complessa e la sua famiglia: il ruolo dell'infermiere"

A cura di: Dott.ssa Mangiacotti Rosa, laureata in Scienze fermieristiche, presso l'Università degli Studi di Foggia.

A mio fratello, piccolo angelo, grande esempio di forza e di coraggio, sei volato via troppo in fretta ma, nella tua breve vita , giorno dopo giorno hai lottato come un grande guerriero senza arrenderti mai e mi hai insegnato

" che ridere è la migliore delle medicine ".

INTRODUZIONE

L'accoglienza è quel processo complesso influenzato dai rapporti interpersonali, dallo scambi di informazioni, dal comfort ambientali e dall'organizzazione del lavoro. Gli operatori sanitari ed in particolar modo gli infermieri, sono le persone che hanno il primo contatto con il bambino oncoematologico bisognoso di cure perché deputati all'assistenza.

Gli infermieri, quindi, devono stabilire con i piccoli pazienti e le loro famiglie relazioni di qualità per consentire al bambino oncologico di esprimersi liberamente, senza il timore di essere giudicato o rifiutato.

Una buona relazione di aiuto è necessaria per far si che il nucleo familiare si senta quanto meno possibile a disagio, possa sentire di contare sull'appoggio, la compressione, l'empatia, il sostegno degli infermieri e di tutti coloro che si prendono cura di loro. Al momento dell'accoglienza, già all'inizio della cura, è perciò fondamentale determinare un buon clima di fiducia e collaborazione. Il personale infermieristico accoglie il bambino oncologico nel momento del ricovero, accompagnandolo per tutto il periodo della degenza fino alla dimissione, questa infatti viene, nella struttura, già programmata sin dall'ingresso del paziente stesso; proprio per preparare la famiglia e il piccolo al futuro rientro a casa.

L'infermiere, pone particolare attenzione a tutti quegli aspetti che possono rendere meno traumatico sia il momento dell'ospedalizzazione che tutto il periodo di degenza, ricreando il più possibile spazi, tempi e ritmi della "*vita normale*". L'accoglienza e la soddisfazione della famiglia del bambino oncologico sono indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria in genere ma, ancor più per la professione infermieristica.

Lo **scopo** di questo studio è quello di valutare la qualità del processo di accoglienza nell'ambito dell'Unità Operativa Complessa di Oncoematologia Pediatrica della "*IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza"* in un determinato periodo di tempo individuato.

Lo studio viene svolto sul bambino, sulla sua famiglia e sul personale sanitario infermieristico che lavora nella struttura interessata.

Questo lavoro di tesi intende valutare le capacità relazionali e comunicative che il personale infermieristico possiede e mette in pratica nel processo di accoglienza e di cura, oltre ad individuare possibili aree di miglioramento di

questi requisiti.

Il **metodo** di studio individuato e da utilizzare sarà: l'osservazione diretta partecipata, con un analisi quali-quantitativa attraverso somministrazione di questionari a domanda aperte e chiuse con risposta multipla. I questionari saranno realizzati ad hoc per i bambini, per la famiglia e per gli infermieri. La somministrazione dei questionari avverrà per i bambini in un unico giorno (one day study) e, saranno somministrati in regime di ricovero, in regime di day hospital in quel dato giorno e a quelli presenti in regime ambulatoriale. Questo per avere una precisa fotografia dell'accoglienza nei vari momenti che si trascorrono in UOC per valutare l'impatto con il ricovero, con il day hospital e ambulatorio e, osservarne le eventuali variazioni relazionali con il personale durante i diversi accessi.

Attraverso l'analisi quantitativa dei dati ottenuta dai questionari somministrati, si vuole dimostrare l'importanza di una "*accoglienza efficace fondamentale per il miglioramento dell'ospedalizzazione nell'ambito di un'attività multidisciplinare che mira ad assistere in modo globale il bambino e il nucleo familiare.*

Scopo, metodi e materiali

Si vuole presentare e descrivere il focus di questo studio, ovvero: del Benchmarking del pensiero infermieristico sulla qualità e sul significato di "***accoglienza***" tra le U.O.C. di Oncoematologia Pediatrica e dell'U.O.C. di Pediatria Multispecialistica "Poliambulatorio Giovanni Paolo II" di San Giovanni Rotondo (FG). I dati e le informazioni sono stati raccolti mediante la distribuzione di questionari, a tutti gli operatori sanitari che hanno voluto partecipare allo studio (20 su 23 di cui 3 assenti per malattia, in servizio presso la Pediatria Multispecialistica, e 19 su 23 in servizio in Oncoematologia Pediatrica di cui 4 assenti per malattia).

Mentre la somministrazione dei questionari distribuiti ai bambini è avvenuta nella sola UOC di Oncoematologia Pediatrica, oggetto della tesi. La somministrazione dei questionari avverrà per i bambini in un unico giorno (one day study) e, saranno somministrati ai bambini in regime di ricovero, in regime di day hospital in quel dato giorno e a quelli presenti in regime ambulatoriale. Questo per avere una precisa fotografia dell'accoglienza nei vari momenti che si trascorrono in U.O.C. per valutare l'impatto con il ricovero, con il day hospital e ambulatorio e, osservarne le eventuali variazioni relazionali con il personale durante i diversi accessi.

Attraverso l'analisi quantitativa dei dati ottenuta dai questionari somministrati, si vuole dimostrare l'importanza di una "*accoglienza efficace fondamentale per il miglioramento dell'ospedalizzazione nell'ambito di un'attività multidisciplinare che mira ad assistere in modo globale il bambino e il nucleo familiare.*

L'indagine ha adottato un disegno osservazionale di tipo descrittivo con un analisi quali-quantitativa attraverso la somministrazione di questionari a domanda aperte e chiuse con risposta multipla. I questionari sono strutturati ad hoc per i bambini, per la famiglia e per gli infermieri, non avendo reperito in letteratura strumenti utilizzabili per l'indagine in oggetto. Il questionario sottoposto al personale infermieristico delle due UOC, è costituito da 6 items, di cui 1 a risposta aperta e 5 a risposta multipla. Ogni questionario è preceduto da una nota introduttiva, dove è esplicato l'obiettivo dello studio e l'anonimato della compilazione.

I questionari, somministrati ad ogni singolo infermiere del reparto della Pediatria Oncologica e della Pediatria Generale, sono stati consegnati e ritirati a mano. Il questionario somministrato ai bambini ed ai loro genitori (nei bambini di età inferiore ai 7aa) dell'U.O.C. di Oncoematologia Pediatrica è costituito da 7 items, tutte a risposta chiusa ed ha coinvolto 30 famiglie.

Come scritto nell'introduzione della tesi i questionari sono stati somministrati ai bambini, in regime di ricovero, in regime di day hospital e ambulatoriali in un unico giorno (one day study) per valutare l'impatto con il ricovero, con il day hospital e ambulatorio e, osservarne le eventuali variazioni relazionali con il personale durante i diversi accessi.

I dati raccolti sono stati in seguito descritti e rappresentanti attraverso degli aerogrammi.

4.2 Risultati delle domande degli infermieri

Domanda 1:

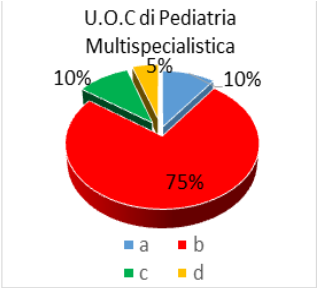
L' accoglienza è …

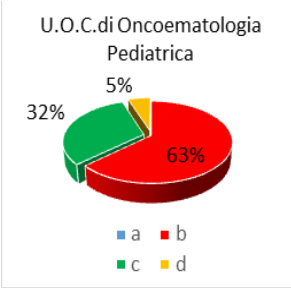
a) ☐ Solo un'attività burocratica-amministrativa?

b) ☐ Preparare i pazienti ad affrontare i trattamenti diagnostici e terapeutici con consapevolezza coraggio e fiducia negli Operatori sanitari

c) ☐ E' l'atto di ricevere una persona che ha diritto ad un servizio di qualità

d) ☐ Altro

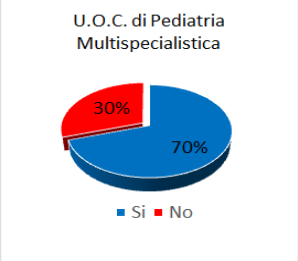


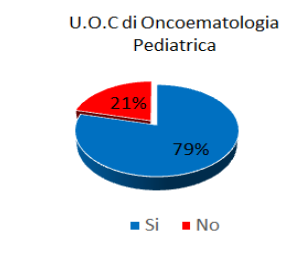


Dalle risposte date emerge che prevale in modo netto la risposta b)"Preparare i pazienti ad affrontare i trattamenti diagnostici e terapeutici con consapevolezza coraggio e fiducia negli Operatori sanitari"

Domanda 2 (Domanda aperta)

Chi dovrebbe fare l'accoglienza?

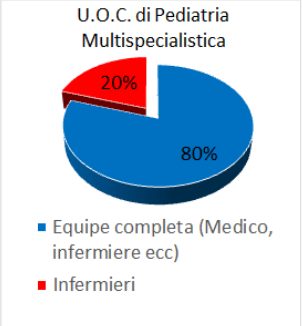


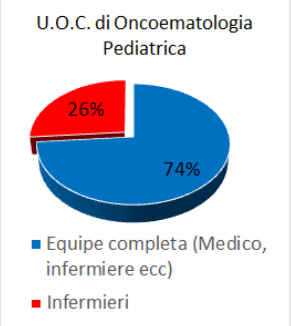


Dalle risposte date emerge che prevale in modo netto la risposta "Equipe completa".

Domanda 3

Ritieni che sia fondamentale <u>la partecipazione</u> del gruppo operativo per formalizzare l'accoglienza ? Si NO

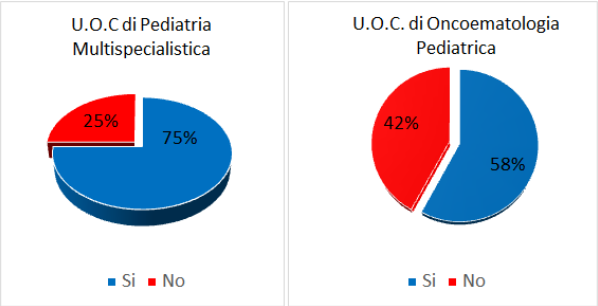




Come si può notare dal grafico emerge che nel caso dell' UOC DI Pediatria Multispecialistica prevale il Si (70%), anche UOC di Oncoematologia Pediatria prevale il Si (79%).

Domanda 4

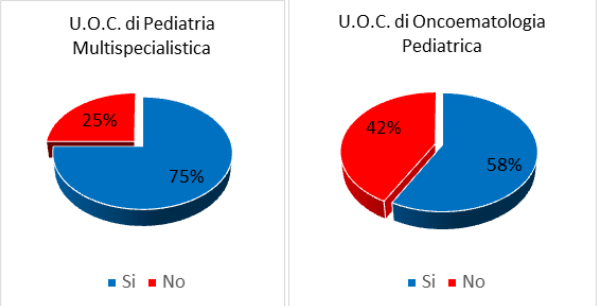
Per fare accoglienza è richiesta una adeguata preparazione SI NO



Come possiamo notare da questi grafici emerge che nel caso dell' UOC DI Pediatria Multispecialistica prevale il Si (75%), anche UOC di Oncoematologia Pediatria prevale il Si (58%).Quindi possiamo notare che per fare accoglienza il personale deve avere una adeguata preparazione.

Domanda 5

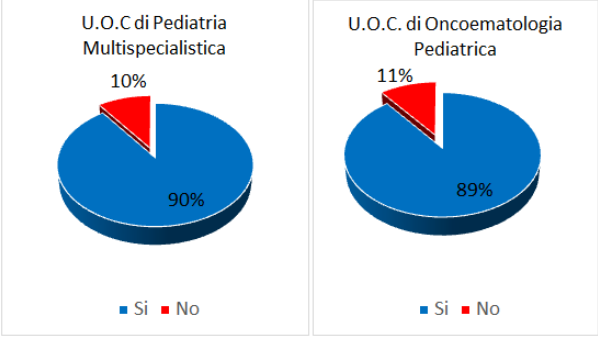
Pensi che l'accoglienza vada migliorata con delle linee guida? SI NO



Dalle risposte date emerge come possiamo notare dal grafico che nel caso dell' UOC DI Pediatria Multispecialistica prevale il Si (75%), anche UOC di Oncoematologia Pediatria prevale il Si (58%).

Domanda 6

Ritieni che sia importante lavorare in un gruppo di miglioramento SI NO



Come possiamo notare da questi grafici emerge che nel caso dell' UOC DI Pediatria Multispecialistica prevale il Si (90%), anche UOC di Oncoematologia Pediatria prevale il Si (89%).Con questi dati netti si rileva l'impotante di lavorare in un gruppo di miglioramento.

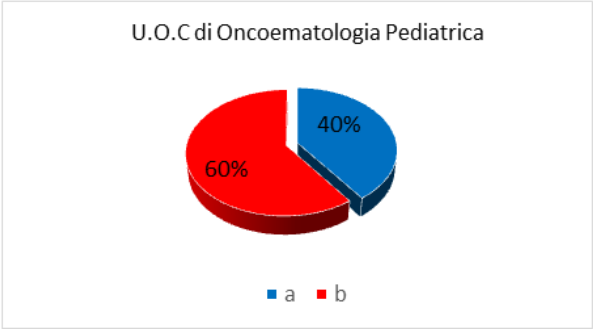
4.3 Risultati delle domande dei bambini

Domanda 1:

L'accoglienza è:

a) ☐ Solo un'attività burocratica-amministrativa?

b) ☐ Altro

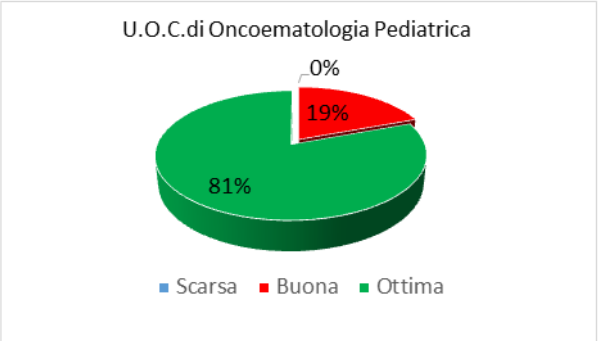


Dalle risposte date emerge che prevale in modo netto la risposta b),l accoglienza non è solo un ' attività burocratica-amministrativa.

Domanda 2

Ritieni di essere informato/a al meglio nell'affrontare i trattamenti diagnostici e terapeutici con consapevolezza coraggio e fiducia da parte degli Operatori sanitari?

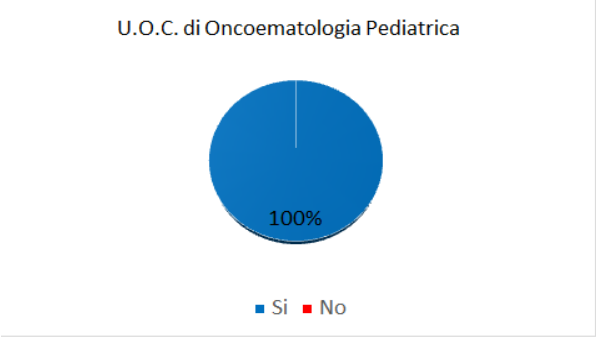
- ☐ scarsa
- ☐ buona
- ☐ ottima



Come possiamo notare da questi grafici emerge che i piccoli pz ritiene di essere informato/a al meglio nell' affrontare i trattamenti con 81% ottimo e il 19% buono.

Domanda 3

Gli operatori sanitari ti offrono un servizio di qualità SI NO



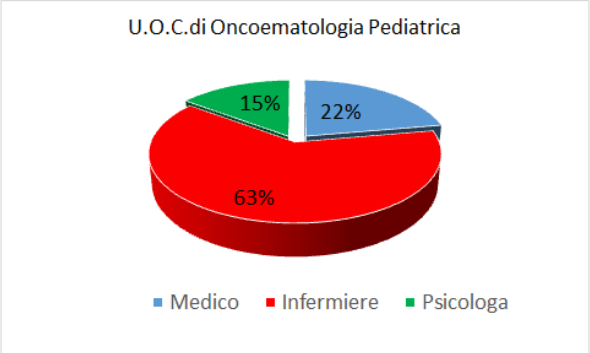
Dalle risposte date emerge che prevale in modo netto al 100% la risposta SI

Domanda 4

Secondo te chi dovrebbe fare l'accoglienza (medico, infermiere psicologa) ?

Dalle risposte date emerge che prevale medico

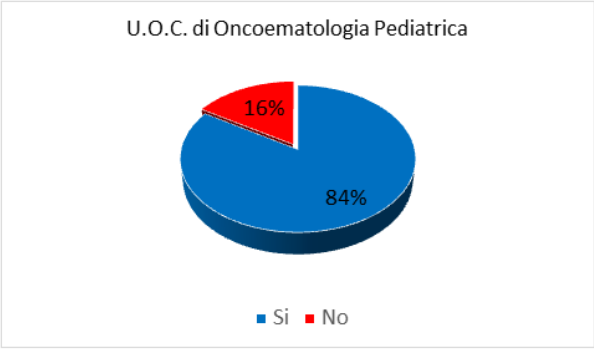
- ☐ infermiere
- ☐psicologa
- ☐ altro operatore sanitario , se SI chi?



Come possiamo notare da questi grafici emerge che l' infermiere deve fare l accoglienza con il 63%,il medico con 22% e lo psicologo con il 15%. Quindi notiamo che il ruolo dell'infermiere molto importante nell' accoglienza costituisce un valore determinante nel rapporto operatore/paziente.

Domanda 5

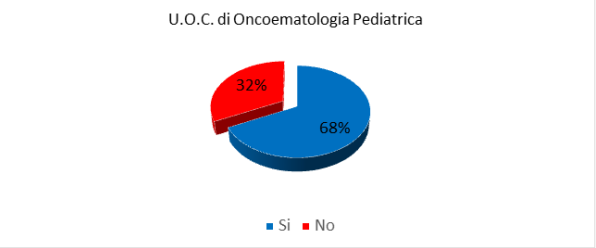
Ritieni che sia fondamentale <u>la partecipazione</u> del gruppo operativo per formalizzare l'accoglienza ? SI NO



Dalle risposte date emerge che prevale la risposta SI con 84%.

Domanda 6

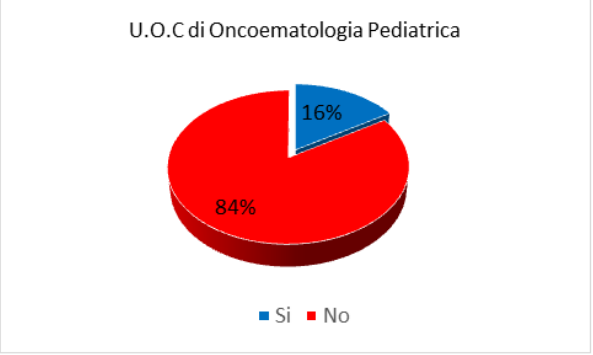
Secondo te per ricevere accoglienza è richiesta una adeguata preparazione ? SI NO



Come possiamo notare da questi grafico emerge la risposta SI che per ricevere accoglienza è richiesta una adeguata preparazione, solo il 32% hanno risposto NO.

Domanda 7

Ritieni che l'accoglienza vada migliorata? SI NO



Dalle risposte date emerge che prevale in modo netto la risposta NO con 84% si nota che l'accoglienza non vada migliorata.

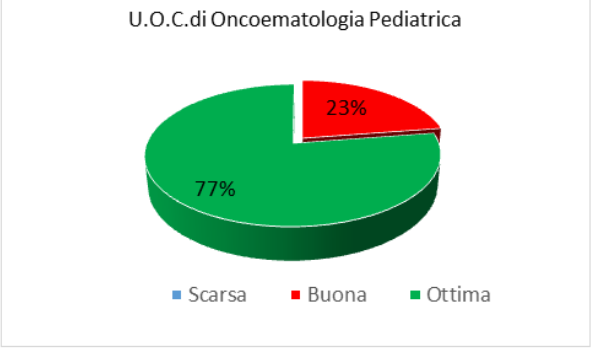
Domanda 8

Ritieni che l' assistenza globale soddisfano il tuo bisogno di accoglienza (Associazione Genitori, Clown terapia, scuola, servizi…..)

☐ scarsa

☐ buona

☐ ottima



Dalle risposte date emerge che prevale la risposta OTTIMA con il 77%.

CONCLUSIONI

Questo lavoro mi ha portato a conoscere meglio il compito che mi aspetta , qualunque sia il paziente che andrò ad assistere. E' chiaro che lavorare in una U.O.C., come è quella dell'Oncologia pediatrica, comporta attitudini particolari, avere la possibilità di

sviluppare talenti sommersi, possibili con l'aiuto dell'utente che si incontra. Infatti per me il quadro che abbiamo di fronte, varcando la soglia di questa U.O.C è quella di: una madre (per lo più che seguono in modo più continuativo il percorso ospedaliero del proprio figlio) con il suo bambino in attesa di capire perché si trovano in quel reparto, indifesi di fronte ad un muro, nudi impotenti, ma nello stesso tempo impazienti ,desiderosi di sapere cosa gli aspetta, quale sarà il loro destino è giusto parlare di: "loro destino" perché è la famiglia che infondo attende insieme ma soli con se stessi in un ambiente nuovo ,prigionieri di un evento che gli sta sconvolgendo la vita, perseguitati e condannati da un male sconosciuto senza aver la possibilità di difendersi, senza un processo, in ansia, aspettando un giudizio, inermi di fronte ad una comunicazione crudele che non mostra alcuna via di fuga. In questo scenario dove gli attori principali sono una famiglia sconvolta da un evento nuovo e misterioso subentriamo noi operatori sanitari e l'ambiente dove lavoriamo. Si evince dai questionari in modo chiaro dai dati ottenuti dai risultati dei questionari somministrati agli infermieri si notano le differenti esigenze di informazioni, aggiornamenti, linee guida tra il personale che lavora in Pediatria multispecialistica (che si trova di fronte pazienti con patologie per lo più curabili, con periodi di degenza più o meno brevi, con pazienti e famiglie sempre più preparate, sempre più esigenti) ,ha la necessità di volere migliorare la loro preparazione sull'argomento. Come abbiamo notato da questi risultati nell'item 2 (domanda aperta) "Chi dovrebbe fare l'accoglienza?" fondamentale risulta l'aiuto che l'equipe e, in particolare lo psicologo,offrono nell'accompagnamento all' esperienza di malattia tumorale in età evolutiva. Bisogna mantenere con i bambini e con i genitori, una comunicazione aperta e sincera, se pur rispettosa del desiderio di sapere e delle capacità che ciascun membro della famiglia mostra avere. Come vediamo dagli aerogrammi la richiesta di ulteriori preparazioni diventa meno esigente per il personale che lavorare in Oncoematologia Pediatrica, (dove ho fatto un lungo percorso formativo sia dal punto di vista professionale che personale) in quanto l'aggiornamento è continuo. Analizzando i questionari dei bambini e dei loro genitori, seppur in one day study (che mi ha permesso di campionare pazienti che sono tutti passati dapprima in un regime di ricovero, nei vari accessi ambulatoriali e di day hospital) , mi sono accorta di come loro hanno vissuto "l'accoglienza" nei vari momenti del loro percorso terapeutico:

Il loro "sentirsi a casa, seppur lontani da casa", è stato possibile grazie anche al personale che li ha in cura.

Dai dati ottenuti osserviamo che il ruolo fondamentale nell'accoglienza è quello infermieristico (63%), è la prima fonte di assistenza pertanto da essa dipende tutto l'approccio assistenziale :

- Saper interpretare ed anticipare le esigenze dei piccoli pazienti
- far sentire a suo agio una persona sradicata dalle sue abitudini e dai suoi affetti (Anziani, giovani, bambini, al primo ricovero o con precedenti esperienze di ricovero, ricoverati di elezione o di urgenza "*Orientati-disorientati*", con alta o bassa scolarità, con deficit o handicap, che provengono da altri ospedali ,da istituzioni, dal domicilio e/o che hanno problemi di comunicazione: perché non parlano la nostra lingua).
- informazione professionale data con un sorriso in un ambiente sereno, solare ,idoneo a chi vi deve permanere

- **È dimostrare all'altro che il servizio di qualità atteso, erogato, esiste realmente nella concretezza dei** servizi .

Fornire informazioni quando vengono richieste e rispettando i tempi e le capacità di comprensione, dando spazio per far esprimere dubbi e perplessità, è necessario, come il riconoscere prontamente quelle situazioni in cui la persona vorrebbe chiedere, ma non ha il coraggio di farlo.

L'infermiere in U.O.C. di Oncoematologia Pediatrica, durante l'accoglienza e la comunicazione del percorso terapeutico-assistenziale, Assume un ruolo importante in quanto è il tramite tra "*il sapere del medico" (*che comunica una diagnosi *) e i genitori e i bambini che "il percorso lo devono subire" (*percorso inizialmente incomprensibile dai genitori e dai bambini *)*. La percezione della disponibilità di un'ottima organizzazione che include un'adeguata informazione in modo che la persona comprende e collabori in modo attivo all'efficienza del servizio o unità operativa per una migliore qualità degli stessi .

Durante la somministrazione dei questionari, Cecilia, una bambina di 10 aa, affetta dalla sindrome di "Bernard Soulier" che studia il violoncello al conservatorio e frequenta la scuola con ottimi voti, ha voluto, oltre che rispondere al questionario, lasciarmi uno scritto sull'accoglienza perché, il questionario comprendeva "*poche domande*" secondo lei, che non racchiudevano appieno a quello che per lei rappresenta l'accoglienza nella UOC di Oncoematologia Pediatrica…

" Ciao, sono Cecilia ,ho 10 anni, frequento la quinta della scuola primaria e il reparto di pediatria emat-oncologica da circa 10 anni. "L'accoglienza per me è soprattutto un gesto di gentilezza per far sentire meglio le persone in difficoltà. Vi racconto un po' di come vengo "accolta" in questo reparto: solitamene arrivo con codice giallo con " urgenza ma non in pericolo di vita ". Quindi i miei genitori sono un po' "schioccati" Io, invece, mi sento tranquilla perché sono sicura che ci sono delle persone che si dedicano a me. In reparto le prime ad "accogliermi" sono le infermiere con ago e flebo in mano e un sorriso stampato sul viso. Mi dedicano costante attenzioni che quasi quasi mi sento la protagonista del momento. Dopo aver eseguito la procedura per il ricovero mi assegnano la stanza e per me inizia la vacanza… per i miei genitori un po' meno… Io mi sento in vacanza perché non vado a scuola e sono coccolata da tutti.

*L'associazione che aiuta questo reparto è l'Agape che ha lo scopo di far sentire "a casa" i bimbi ragazzi ricoverati , riescono benissimo nell' intento. Ecco questa per me è un' altra parola che racchiude il significato di accoglienza " **sentirsi a casa propria** " in un luogo che dovrebbe essere triste e noioso. Coloro che hanno il compito più importante in questa "casa" sono i dottori, super eroi con il camice bianco. Quando vengono a visitarmi entrano in fila uno dietro l' alto, sono dritti e composti. Loro hanno il difficile compito di dirmi come sta il mio corpo, ma, poi con uno sguardo mi "accolgono" e fanno capire che in realtà non sono solo un numero di stanza, un paziente da visitare ma una bambina alla quale donare tanto amore. "*
L'accoglienza "sta nello sguardo, in un sorriso, in un abbraccio; "l' accoglienza" sta nell' amore che ognuno di riesci a dare al prossimo; "l ' accoglienza" sta nelle parole dette al momento giusto, nella gentilezza, nelle coccole. L'accoglienza è anche fede, amore verso dio, l'accoglienza ha il sapore del conforto, sa di Suor Maria Lucia dolce e premuroso, calda e affettuosa. L'accoglienza è ciò che accade ogni giorno nella mia seconda casa, il reparto di pediatria emato-oncologica!"

Da tutto questo si evince che molto c'è ancora da fare, e forse siamo solo agli inizi di un cammino e, non dobbiamo dimenticare che:

L'accoglienza riesce solo se l'altro vuole essere accolto, ma il nostro "*altro*" vorrebbe solo non essere "*l'altro*".

Se vi chiedete perché questa tesi, perché questo argomento, perchè …

Ho conosciuto la parola "*accoglienza*" in quella UOC che ringrazio, ma nonostante con la mia famiglia mi sono sentita a casa , ho lasciato una parte del mio cuore, e in quel momento " ***non avrei voluto essere l'altro***…".

Evento formativo: “Etica e management: legame decisivo per un’assistenza di qualità”

Riassunto e riflessioni

A cura di: Ciro Antonio Tampone

La scelta della tematica dell’evento formativo del 3 novembre 2018 “Etica e Management” è scaturita da una attenta analisi delle richieste da parte degli iscritti dell’Opi di Foggia. Considerata la rilevanza dell’argomento, il Consiglio Direttivo dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Foggia ha ritenuto doveroso chiamare a relazionare un collega esperto in etica e bioetica, il dott. Pio Lattarulo.

Il dott. Lattarulo apre i lavori invitando i discenti ad esprimersi sul concetto di etica e di management, lavori che sono durati oltre sei ore senza pause, né interruzioni. Come si può immaginare il ruolo di “manager infermieristico” per le sue peculiarità rivolte agli aspetti organizzativi e di gestione delle risorse umane è assolutamente importante e carico di responsabilità. Il dirigente governa all’interno di strutture che contengono persone, che a seconda della propria personalità e delle proprie attitudini sono in grado di incidere positivamente o negativamente sulla vita di altri esseri umani.

Parafrasando un celebre film “Chi ha grandi poteri ha grandi responsabilità”.
Niente di più vero!

Attualmente si possiedono conoscenze, frutto anche di un percorso storico ben definito , per delineare chiaramente ciò che il manager dovrebbe essere; cioè un individuo con determinate e peculiari caratteristiche che però opera in un contesto affidato spesso a logiche di mercato prestabilite, ciniche, talvolta impregnate di incompetenze non solo tecniche ma soprattutto relazionali, etiche e di giustizia. Noi oggi sappiamo come il manager “eticamente corretto” deve essere!
Il manager svolge un’attività gestionale, finalizzate a “soddisfare” l’organizzazione attraverso il lavoro di altri professionisti. Sicuramente la gestione delle risorse umane è il fattore più importante, per questo sono importanti le conoscenze che riguardano gli aspetti socio antropologici, psicologici ed etici dell’individuo. Il dirigente infermieristico da alcuni anni possiede maggiore voce in capitolo rispetto al passato e deve avvalersi sempre di più di questa voce per poter dimostrare che il governo delle strutture sanitarie deve essere imprescindibile dall’esercizio di una competenza globale che include tecnica e fattori umani. Ma non solo i dirigenti hanno questa responsabilità, ma tutti i professionisti: dai manager a coloro che erogano una assistenza diretta.

Il macrocosmo aziendale è composto a sua volta da microcosmi (dipartimenti scomposti in UO) i quali devono intervenire in modo energico e incisivo per poter esercitare un cambiamento nel sistema che col tempo deve assimilare il “pensare etico” come paradigma essenziale e irrinunciabile.

Come la società è fatta di uomini che individualmente la influenzano sommando vicendevolmente le loro idee, anche nella "società sanitaria" tutti i professionisti, a seconda della funzione svolta, devono potersi esprimere per attuare un miglioramento.

L'etica, la deontologia, la formazione, rappresentano i pilastri portanti per una professione in continua evoluzione che però non dimentica mai di porre al centro la salute dell'individuo olisticamente intesa.

[1] Il pensiero manageriale infermieristico la cui dimensione assistenziale è intesa come disciplina, ha cercato di trarre il meglio. Le teorie manageriali hanno caratterizzato l'ambito lavorativo del secolo scorso e da cui conseguentemente il pensiero manageriale infermieristico. Dal punto di vista dell'organizzazione infermieristica aziendale risulta determinante che il concetto di uomo sia condiviso ai diversi livelli del sistema. Lo stesso concetto di uomo-persona è frutto di una rielaborazione che il Modello delle Prestazioni Infermieristiche ha tratto dalla Teoria dei sistemi

[2] L'etica è nata in tempi lontani, anche se affrontata con un approccio diverso da quello attuale, e le teorie e i concetti presenti si rifanno comunque in qualche modo ai precursori antichi che hanno gettato le basi per un confronto e una riflessione moderna. Tanto per citare i più importanti si parte da Aristotele (384-322 A.C) che studiò la condotta umana riflettendo sui criteri su cui ci si basa per un determinato comportamento o una scelta, l'epicureismo, lo stoicismo, il razionalismo cartesiano fino ad arrivare a Kant che ipotizza la presenza di una legge morale intrinseca nell'uomo valida per tutti e sempre; segue poi Kierkegaard fino a giungere al periodo contemporaneo

Il Presidente, il consiglio direttivo e i revisori dei conti augurano a tutti i colleghi e famiglie un buon Natale e felice 2019