



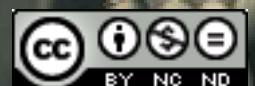
THE NURSING POST Magazine

thenursingpost.com

LO SPECIALE

THE NURSING POST MAGAZINE

Edizione Unica 2021





THE NURSING POST Magazine

thenursingpost.com



Rivista Online Creata da Mirco Montinari per The Nursing Post

Copyright: The Nursing Post

Serie: 01/2021

Costo: Gratuito

Diffusione: Libera e uguale all'opera originale

Sito Web: www.thenursingpost.com

Email: redazione@thenursingpost.com

Le foto e le immagini contenute in questa rivista sono o del proprietario del blog thenursingpost.com oppure di Pixabay ad uso gratuito e commerciale, senza obbligo di citazione.

I Diritti degli articoli contenuti nella presente rivista sono protetti da copyright DMCA.

Questa rivista online non è registrata e non ha scopo di lucro.

Ogni fonte utilizzata è segnalata nei link a fine articolo.

Per qualsiasi richiesta oppure contestazione scrivere a redazione@thenursingpost.com

Sommario



In Copertina

Nella Edizione Speciale di The Nursing Post Magazine, si è inteso utilizzare immagini proprietarie, come nel caso della copertina, che è uno scatto eseguito da Mirco Montinari, all'interno del Museo della Psichiatria di Reggio Emilia

4 L'Editoriale dell'Autore

5 Perché l'Italia non guarirà dalla Pandemia

7 Ma Quali Eroi! Noi Infermieri Siamo Carne da Cannone

9 Negazionismo, Complotto e Sciacallaggio ai tempi del Coronavirus

13 Perché per i giornalisti gli Infermieri "Disertano"?

14 Sanità e Mafia: La Borghesia Mafiosa e il Business della Salute...

17 Coronavirus, Mafia e Sanità: I ritardi dello Stato che arricchiscono i Clan

19 EPIDEMIE: Tour tra le infezioni degli ultimi decenni

24 SOCCORSO E 118: Mafia e Imprese a fare business sulla vita dei cittadini

26 Risk Management, Safeguarding e Gestione delle Crisi. Le strategie dell'Aviazione Civile applicate al Sistema Sanitario

32 Se questo è Essere umani...

36 CONTENZIONI: Come trasformare un uomo libero in un prigioniero della Sanità

40 ALLEVAMENTI INTENSIVI: La crudeltà che è causa di fame, antibiotico-resistenza e surriscaldamento terrestre

44 PROFESSIONE INFERMIERE: Giorno dopo giorno, muore una parte di noi



THE NURSING POST
THE NURSING POST

MOBBING E INFERMIERI

PIÙ DEL 25% DEGLI INFERMIERI È VITTIMA DI COMPORTAMENTI OSTILI UNA O PIÙ VOLTE A SETTIMANA
IL RISCHIO È DI PARI 7 VOLTE RISPETTO AD UN NORMALE IMPIEGO LAVORATIVO

IL 42% DEL PERSONALE OSPEDALIERO, ASSISTE AD ATTI DI VIOLENZA, SENZA RIPORTARLO ALLE AUTORITÀ
LE RICADUTE SONO SIA SUL DIPENDENTE, CHE SULLE SUE PRESTAZIONI E SULL'EFFICIENZA DEI SERVIZI

PERCHÉ STARE A GUARDARE: DENUNCIA LA PROSSIMA VITTIMA POTRESTI ESSERE TU!

L'Editoriale dell'Autore

Gentile Lettore,

Il portale The Nursing Post, di cui sono Proprietario e Editore quest'anno compierà sette anni di esistenza, tra difficoltà e piccole conquiste.

In questi anni ho dovuto creare una piattaforma che rispettasse al meglio l'importante impegno preso nei confronti di questa professione, mantenendo però limpida la moralità e l'etica che, personalmente, hanno permeato sin da subito la mia vita lavorativa e di attivista.

Ogni progetto e creazione, ogni articolo e editoriale hanno avuto sempre come obiettivo quello di divulgare, nel modo più limpido possibile, pensieri e problematiche vissute ogni giorno dai professionisti infermieri.

Per chi come me, ha iniziato questa professione, dopo un corso di Laurea, e ha sempre studiato per specializzarsi ed aggiornarsi, ha visto sempre nell'Infermieristica Italiana, un'identità ancora tutta da scoprire e pronta ad evolversi.

L'Emergenza Coronavirus, d'altro canto, ha dimostrato ancora una volta, che sebbene per mesi ci abbiano categorizzato come eroi, la valenza politica della classe Infermieristica italiana è ancora troppo inefficace per smuovere la necessità di cambiamento.

Come Infermieri, ci vediamo a dover affrontare le nuove sfide del futuro, in un sistema normativo ancora arcaico e medico-centrico che si contrappone alla buona volontà di Professionisti quali Infermieri e anche Medici, che provano a determinare dei nuovi percorsi e protocolli assistenziali che velocizzino le prestazioni per il paziente, in virtù di offrire la migliore assistenza, nel minore tempo possibile.



Infine, come Professionisti, siamo chiamati a dimostrare che il nostro comportamento e la nostra professione, segue in primis dinamiche di tipo etico e morale; e che le nostre azioni e le nostre decisioni si basano, non più su abitudini, credenze e paure, ma su scienza e coscienza.

Spero dunque che questa Edizione Speciale di The Nursing Post Magazine, che raggruppa tutti i reportage più noti consultabili su TheNursingPost.com, sia a lei gradita, ricordandole che tutto il lavoro svolto, è e sempre sarà in visione dell'evoluzione di questa magnifica, seppur ardua, professione.

Mirco Montinari
Fondatore di The Nursing Post



Perché l'Italia non guarirà dalla Pandemia...



e continua del personale medico ed infermieristico, discorso ignorato da alcune Asl e Usl; ha portato ad una confusione ingestibile, che ha fatto collassare l'intero sistema sanitario nazionale per alcune settimane. Ed ecco che come nella primavera del 1917, l'Italia rivive una nuova disfatta, non dissimile da quella di Caporetto.

Gentile Lettore,

Inizio l'articolo con un riferimento velato titolo del nuovo libro di un uomo delle istituzioni, inspiegabilmente ritirato poco prima dell'uscita e per cui una nota trasmissione della RAI ha dedicato un interessante reportage.

In Italia, come si è sempre fatto, si procede ad indagare solo nei momenti di grave inadempienze, perdendo ogni volta la possibilità di eseguire il lavoro preventivo di monitoraggio, che dovrebbe evitare il ritrovarsi in queste situazioni emergenziali.

Partendo dal tema spinoso del Piano Pandemico, fino ad arrivare alle dubbie motivazioni dell'una dell'altra commessa, che ci porta a comprare carichi di Dispositivi di Protezione Individuale dall'estero, nonostante la nostra produzione ormai in grado di coprire il fabbisogno nazionale, la gestione di questa Pandemia, grazie anche al contributo dei cittadini, sembra andare sempre più alla deriva. In piena prima ondata, la presenza di un Piano Pandemico, che si indaga attualmente per verificare che fosse aggiornato, la mancanza di preparazione aggiornata

Non ci sono tedeschi e austriaci al fronte, ma un virus che viene da chissà quale parte del mondo e si muove tra la popolazione e sul territorio nazionale, da chissà quante settimane, o addirittura mesi. Non abbiamo al comando, Cadorna, ma un nuovo governo di larghe intese, tra sinistra e movimento cinque stelle. Infine, in modo non dissimile alla storica disfatta, abbiamo delle difese non aggiornate, in difficoltà e con scarse strumentazioni; tra i ranghi dei nostri "eserciti", personale stanco e già provato da una situazione lavorativa ospedaliera al limite della legalità, e in burnout o in totale disapprovazione con le linee di condotta della dirigenza.

La tempesta perfetta per vedere quella che passerà alla storia, per tutti coloro che questo ormai lo fanno come professione, come la più grande disfatta sanitaria italiana dell'ultimo secolo.

Finisce l'epoca d'oro in cui alcuni politici ed istituzioni, potevano lodare il SSN, per le poche eccellenze presenti sul territorio, ignorando le gravi carenze e facendo orecchie da mercante quando giornalisti, sindacalisti e professionisti facevano notare la dura realtà.

Le carenze, rimangono tali, e molti se la prendono con le gestioni locali, che però hanno avuto la capacità di governare e andare avanti indisturbate per più di un trentennio, senza che qualcuno mettesse bocca sulle loro decisioni e sulle loro condotte che talvolta si sono dimostrate immonde. Le eccellenze dimostrano le loro fragilità,

Perché l'Italia non guarirà dalla Pandemia... continua

tra privatismi, ed interessi personali, con poca pianificazione sul miglioramento delle capacità di risposta in caso di maxi emergenza e migliorando solamente l'aspetto privatistico della sanità, rendendo gli ospedali, delle vere aziende capitalizzate.

Le eccellenze mostrate nei programmi televisivi inoltre, non sono quello che in realtà dimostrano, vendute come centri di eccellenza, ma che dimostrano banchi di marciume che imputridiscono il lato più profondo dei professionisti, spesso sottopagati, e così insoddisfatti da lasciare le aziende dopo nemmeno pochi mesi, per le condizioni lavorative al limite della legalità; condizioni che con la pandemia, sono diventate ancora più pesanti. L'Italia delle istituzioni e della dirigenza, mostra il peggio di se in fase di crisi, tra piani pandemici con irruzioni delle fiamme gialle in tutta Italia, e chi vuol vendere prodotti alle Regioni, in pieno contrasto con le linee guida anticorruzione, che inavvertitamente hanno aperto nuovi campi di indagini, quello che ne esce è un quadro astrattista dai colori cupi e sanguinolenti, simbolo di quelle vittime fatte certamente dal Covid, ma ancor più da chi non ha saputo gestire e non ha voluto gestire.

I professionisti sanitari si ritrovano a curare le ferite di questa gestione, rimanendo allo sbando, e valutando di cambiare luogo di lavoro in cerca di migliori situazioni. Le aziende sanitarie hanno perso tutta la loro rispettabilità agli occhi dei dipendenti e dei cittadini.

No, non guariremo dai giorni più duri.

Di questo passo, non guariremo dal male che ci appesista da ormai decenni, ben più grave e mortale del Covid-19: La corruzione della classe dirigente...

Fonti:

- La commessa Cinese – Report
- PianoPandemico – Report
- Il rapporto agli atti della Procura di Bergamo: il mancato aggiornamento del piano pandemico avrebbe causato 10.000 morti – Report
- Dopo l'inchiesta di Report, indagato il cognato del presidente della Lombardia Attilio Fontana. – Report



“Napoleone fu amatissimo dalla Francia, ed oggetto ... di culto ai soldati, che egli chiamò carne da cannone, e trattò come tali”

Giacomo Leopardi

Ma quali Eroi! Noi Infermieri siamo Carne da Cannone!

Iniziamo l'articolo con alcune definizioni, essenziali per proseguire il nostro discorso, da qui partiremo con un'analisi, breve e concisa della paradossale situazione che stiamo vivendo noi infermieri in Italia, deprivati da quel minimo di onorabilità che ci è stata concessa in questa settimana, da una ammirevole definizione di “Eroe” ma poi affondati da una

orrenda sequela di politiche messe in campo dalle nostre istituzioni, che discriminano in modo quasi criminale le professioni, considerando economicamente “Eroi” le classi storicamente patronali e considerando invece “Carne da Cannone” i nostri professionisti in prima linea.

Ma quali Eroi! Noi Infermieri siamo Carne da Cannone!

Definizione di Infermiere, secondo taluni disdicevoli...

“Carne da cannone (dal francese chair à canon) è un'espressione informale utilizzata per indicare dei soldati che vengono utilizzati per missioni o compiti in cui c'è un'altissima probabilità di essere uccisi, solitamente con obiettivi di scarso valore strategico, implicando quindi una bassa considerazione da parte delle gerarchie militari per il valore delle vite dei soldati in questione.” Definizione di Wikipedia.org “Napoleone fu amatissimo dalla Francia, ed oggetto ... di culto ai soldati, che egli chiamò carne da cannone, e trattò come tali (Leopardi).” Treccani.it «Si era giunti a un tal punto di disprezzo per le vite degli uomini e per la stessa Francia, da chiamare i coscritti la “materia prima e la “carne da cannone”» (François-René de Chateaubriand, De Buonaparte et des Bourbons, testo on line su Wikisource in francese

Talvolta è meglio un folle che un incompetente...

Dopo anni vissuti in Inghilterra, come infermiere specialista, si impara a conoscere le possibilità e il futuro obbligato della nostra professione, che in una nazione, che per anni ha fatto scuola al resto del mondo, è certamente considerata eroica anche in tempi di pace. L'NHS è il più grande datore di lavoro del mondo intero, la figura infermieristica è famosa per tutte le sue sfaccettature e le cariche presenti in una scala lavorativa e sociale che permette di raggiungere l'apice e uno stipendio degno di un super-manager, partendo da una laurea in infermieristica. Nell'Nhs si possono trovare persone che devono la loro crescita alle competenze, e magari alla furbizia, all'intelletto e alla loro sconsiderata voglia di andare avanti, senza remora per il contendente.

Una nazione liberale anche nell'NHS, dove tutto sommato mostra segni laburisti di democraticità. Un esempio è un messaggio di un mio caro amico manager, che oggi mi scrive, affermando di essere stato spostato di reparto per via delle sue condizioni respiratorie pregresse che potrebbero portarlo a divenire bersaglio di questa infezione. Ricollocato dove gli compete, ma lontano dalla minaccia di una morte sul fronte.

Il loro primo ministro è un folle, ma l'NHS al suo interno tenta di lavorare per difendere se stesso, con soluzioni a volte bizzarre, ma comunque autoprotet-



tive. Difendere i più deboli che siano cittadini o lavoratori, organizzarsi con dei Reparti Covid-19 per tempo, sospendere le liste e attendere come tutti noialtri in Europa, i dispositivi di protezione individuale, che ovviamente scarseggiano anche nelle terre regali.

Ma quali eroi?

Nel frattempo in Italia, si rende onore ai nostri eroi, che giorno dopo giorno portano avanti una guerra di trincea. Ondata dopo ondata perdiamo professionisti, chi in quarantena, chi costretto per sempre in una bara, chi invece non aspetta che sia un virus a togliergli la vita, e ne facilita il compito, buttandosi da un ponte. Parliamo dei nostri colleghi infermieri, nostri fratelli, soldati, straccioni che a termine del turno, fanno in silenzio la fila al supermercato discount, per poi chiudersi in isolamento a casa rivivendo minuto dopo minuto l'incubo di quella strage annunciata.

Si rivive costantemente la lista di coloro che non sono riusciti a sopravvivere, con il flash orrido di poter essere noi stessi al loro posto, perché, purtroppo è da settimane che alcuni lavorano con un assorbente sulla faccia.

Ma quali eroi? Molti di noi non hanno scelto di combattere questa battaglia, gli è stata data solo una scelta, quella di morire per una bandiera che ormai ha lo stesso odore dei liquami che scorrono nelle tubature dei palazzi istituzionali italiani. Con quella stessa bandiera, mentre noi la difendiamo, chiamati dal senso del dovere, e dalla paura di non poter pagare più il mutuo, c'è qualcuno che la adopera come uno sciacallo, facendosi portatore di un messaggio alla nazione, per poi sputarci sopra, per non dir altro, in modo dissacrante.

Ma quali eroi? Noi siamo gli stessi che fino a poco tempo fa, voi tutti cittadini, avete chiamato fannulloni, amanti della pausa caffè, ci avete pestato, ci avete sputato e denunciato. Forti del fatto che, sempre lo stesso Stato complice di questa mattanza, non è mai corso in nostro aiuto.

Ma quali eroi? Siamo gli stessi che rischiano il licenziamento, per aver dichiarato di non avere i DPI necessari o per essersi lamentati della non rispettanza della normativa sulla sicurezza del lavoro.

Ma quali eroi? Siamo terribilmente sotto organico, siamo terrorizzati, indifesi e dimenticati dalle istituzioni, e persino di fronte a queste situazioni, ci viene offerto un contratto co.co.co., uno a collaborazione, una carica da sottufficiale (sebbene dovremmo riceverne una da ufficiale) oppure un determinato di tre mesi, ovviamente con incluso un bel calcione nel sedere qualora sia finita la nostra utilità. Ma nel mentre, si offrono contratti a tempo indeterminato alle altre professioni. Ma quali eroi? Non abbiamo nemmeno il diritto di rifiutarci di andare a lavorare, per richiedere diritti insindacabili. Lo sciopero in sanità è consentito nella seguente modalità: Vai a lavorare, non vieni pagato. Questo viene registrato come sciopero.

Come si può richiedere i nostri diritti a tali condizioni?

Ma quali eroi? Gli eroi non si remunerano con 100 euro in più in busta paga mensile. Magari fossero 200 euro al giorno...

Ma quali eroi? Alla fine di questa crisi, saremo nuovamente malvisti, denunciati, aggrediti e soprattutto sottopagati. Quel contratto da infami che ci proponete, sarà ancora una volta la motivazione per cui, c'è chi, questa emergenza, la sta affrontando chiamando

malattia o mettendosi in aspettativa.

Perché non ci chiamate con il nostro nome? Non Eroi, ma Carne da Cannone...

Negazionismo, Complotto e Sciacallaggio ai tempi del Coronavirus

L'emergenza da malattia da coronavirus (COVID-19) ha portato con sé molti timori e paure per le popolazioni dell'intera terra. Come succede sempre in momenti di preoccupazioni o terrore, gli sciacalli, che essi siano giornalisti propriamente registrati all'ordine, o che siano blogger o semplici utenti dei social, iniziano il loro lavoro di diffusione di notizie che contrastano con quelle ufficiali per accalappiare quante più visualizzazioni e like.

Ma perché questo succede? Ho provato ad analizzare il fenomeno in questo articolo.

Gli utenti su internet hanno la necessità ed il diritto di esprimere le proprie preoccupazioni agglomerandosi per tipologie, in diversi piccoli gruppi non ben identificabili. Ognuno di quei gruppi risulta già conosciuto sulla scena dei social. Ovviamente non analizzerò banalmente tutti i gruppi, credo basti sapere che tra di essi abbiamo: gli umoristi, i negazionisti, i credenti, i governativi, i complottisti, i disinteressati, i critici e tanti altri.

Tra le decine di gruppi esistenti, i negazionisti e i complottisti, per via della diffusione delle idee che spesso riescono a fare centro nei sentimenti

Negazionismo, Complotto e Sciacallaggio ai tempi del Coronavirus

delle persone, risultano i più virali e pericolosi.

Il motivo per cui sui social molte persone, ignoranti sul campo, decidono di abbracciare e condividere un'idea, è la speranza. Anche se l'idea risulta del tutto strampalata agli addetti ai lavori, che ovviamente predicano continuamente nell'evitare tali comportamenti, ci si ritrova in schiere di amici e conoscenti che pubblicano post di dubbia veridicità.

Quando Professori, Medici, Infermieri, Epidemiologi, provano a spiegare la situazione, nessuno di loro rilascia pronostici inverosimili, per questo, la situazione che l'utente si ritrova a fronteggiare risulta amara e, di conseguenza, difficile da accettare. In un periodo di paura e di



preoccupazioni come questo, ovviamente il popolo di internet, che poco ne sa del mondo sanitario o di quello medico-infermieristico, si espone in considerazioni degne di un laureato in virologia. Mentre i medici dicono di non avere armi efficaci al 100% contro questo virus, se non il trattamento sintomatico della malattia, qualche farmacista in Giappone o qualche turista italiano in Russia se ne esce con un farmaco salvavita. Farmaci che per carità, sono al vaglio delle autorità per una questione di chiarezza, ma che non hanno, a livello internazionale, ancora alcuna prova d'efficacia.

Dunque è giusto sottolineare come questo non significhi che queste molecole non siano efficaci o che non possano funzionare, ma che l'Agenzia del Farmaco, deve sempre e comunque garantire la salute dei cittadini, valutando prima attentamente l'immissione di un nuovo possibile farmaco sul mercato italiano.

Nel mentre L'AIFA ha appena rilasciato il suo NO, dovuto alle scarse prove d'efficacia e di sicurezza

che ci sarebbero dietro l'Avigan, alcuni comitati scientifici hanno anch'essi dichiarato formalmente il secondo NO nei confronti dell'Arbidol, il farmaco russo anti-influenzale che alcuni hanno reso famoso al mondo dei social, per essere di facile fruizione e totalmente funzionale. Risulterebbe, stando anche a quanto affermato dal Professor Burioni, solo un'altra Fake News. Ancora una volta, ci si trova di fronte ad un farmaco antivirale funzionale in parte, ma non dissimile da quelli che utilizziamo di già in Europa

per contrastare questa pandemia.

Un altro problema principale per la scienza è quindi quello di riuscire a comunicare con i non addetti ai lavori. Molte persone si ritrovano a preferire una finta e pericolosa speranza proclamata da un imbroglione o da un non esperto sul campo, piuttosto che

una visione realistica della situazione, espressa da un professore del settore.

Una delle chiavi del problema dunque è la speranza, che in un periodo di paura, rende tutti bersaglio di improponibili teorie che normalmente avrebbero avuto vita corta.

Inoltre c'è una predisposizione, nei confronti dell'ignoto, ad assumere delle posizioni critiche. Soprattutto per chi nella scienza, la medicina e per la propria professione, dedica tempo, lavoro e in parte rischia la propria vita, non è semplice stare a guardare mentre persone, senza alcuna conoscenza o competenza, dal divano del proprio soggiorno, sputano e vomitano sentenze e accuse nei confronti di chi lavora per salvare la vita dei cittadini.

Però spesso, i cittadini che si ritrovano a fare taluni affermazioni, trovano come fonte per il proprio "aggiornamento" o "studio" gli articoli negazionisti o complottisti di siti poco affidabili. Non riescono a discriminare quale può essere una fonte affidabile di

notizie e quale no.

Questo è molto preoccupante, perché nella tempesta mediatica in corso, ci si ritrova ad avere news rilasciate da fonti ufficiali che sono meno considerate delle news di qualche blog monetizzato e fondato sull'idea del guadagno.

Inoltre l'ignoto, una volta tramutato in paura, ed unito alla difficoltà di alcuni di comprendere alcuni modelli e realtà, diviene motivo di diniego e di condivisione di idee che seppure errate, pericolose o false, risultano più facili da capire dai non addetti ai lavori.

Ed ecco dunque la seconda motivazione per cui queste notizie prendono il sopravvento: l'ignoranza.

Esistono situazioni dove, persone di un certo livello sociale e di istruzione, si dimostrano sensibili ad alcuni argomenti. Dunque nonostante la conoscenza accademica e il livello sociale medio-alto, si ritrovano ad abbracciare idee che per lo più sono abbracciate dagli appartenenti ai due gruppi prima descritti.

Queste persone, solitamente, nascono con una propensione al complottismo, e durante anche i periodi meno neri della nostra umanità, sono sempre lì ad attaccare fantomatici nemici quali le "Big Pharma" i Medici Corrotti oppure le Agenzie di Rating. Queste persone, in questo periodo divengono motivo i veri sciacalli dei nostri tempi. Sfruttando e aggrappandosi alle paure, alle speranze e all'ignoranza delle genti, riescono a fuoriuscire da una nicchia solitaria di esilio scientifico, per guadagnare i propri cinque minuti di notorietà.

L'appello dunque è, se siete riusciti a leggere fino in fondo l'articolo, di non credere e condividere tutto ciò che leggete su internet, ma di affidarvi a coloro che per difendere la vostra salute e quella dei vostri cari, stanno rischiando la loro vita.

Se voleste dei link utili da dove trarre le vostre informazioni:

Ministero della Salute
Organizzazione Mondiale della Salute

Messaggio Pubblicitario GRATUITO

IL CIVES è il COORDINAMENTO INFERMIERI VOLONTARI EMERGENZE SANITARIE per maggiori informazioni collegati a

www.associazionecives.org

Banner inserito sotto autorizzazione dell'Associazione. Non sono stati ricevuti compensi per questa pubblicità. Per maggiori informazioni collegati a www.associazionecives.org

ISCRIVITI A CIVES È GRATUITO!
L'iscrizione all'associazione CIVES per l'anno 2021 sarà gratuita.
Per iscriversi sarà necessario visitare il sito www.associazionecives.org compilare la domanda in ogni sua parte ed inoltrare la documentazione richiesta.

IL RINNOVO DELL'ISCRIZIONE PER I SOCI CIVES È GRATUITO!
Nel ringraziare tutti i soci che si sono prestati in questo periodo pandemico, il direttivo del CIVES ha decretato la gratuità per il rinnovo dell'iscrizione per il 2021.
Visita il sito www.associazionecives.org

Associazione Nazionale CIVES O.d.V.
Coordinamento Infermieri Volontari Emergenze Sanitarie
Ricorda di seguirci sui Social!
@associazionecives
Collegati anche sul nostro Sito Web Ufficiale www.associazionecives.org

Perchè per i giornalisti gli Infermieri “Disertano”?

“[...] Infermieri e assistenti sanitari disertano il bando di Arcuri per i “vaccinatori”, [...]” tuona giudizioso il titolo dell’articolo di un noto quotidiano.

I titolisti, si sa, guadagnano molto di più di articolisti o un editorialisti, considerando che proprio dal titolo si da l’impronta di lettura dell’articolo nel totale.

L’articolo in questione, risulta quasi come un monito nei confronti degli infermieri, soffermandosi per lo più alla grande partecipazione dei medici al bando, e al fatto che i soldi per pagarli non bastano. Infatti con que-

sto bando si è sperato di prendere per la maggiore, personale “a basso costo” col fine di fare eseguire una stessa procedura a stipendi variabili.

Partiamo però dal titolo: questo giornale sanitario, ha deciso di improntare il pezzo, sembrerebbe quasi in modo accusatorio, nei confronti di Infermieri e Assistenti Sanitari. Senza nemmeno virgolettare la parola (nel titolo, considerano che nel testo viene poi virgolettato), si utilizza la parola “Disertare”, che ora per dovere della cronaca dobbiamo approfondire etimologicamente, sperando che l’autore dell’articolo si soffermi sull’errore concettuale commesso.

disertare: a. Abbandonare un luogo b. Non andare in un luogo dove si ha il dovere di essere presente

Disertare – Vocabolario Treccani

1. abbandonare senza autorizzazione il reparto di appartenenza o non farvi ritorno dopo un’assenza autorizzata [+ da]: disertare dall’esercito, dal proprio reparto | passare al nemico

2. abbandonare un’idea, una causa, il partito a cui si apparteneva; venir meno a un dovere, a un obbligo

Disertare – Garzanti Linguistica

1 Abbandonare illegittima-



Perché per i giornalisti gli Infermieri “Disertano”?

mente il corpo dove si presta servizio militare: interi reparti hanno disertato passando nelle file nemiche

2 Abbandonare il proprio posto, il proprio ufficio, il proprio gruppo: d. da un partito politico

3 Sottrarsi a un obbligo:

Disertare – Dizionari Repubblica

La parola disertare dunque, ha come significato intrinseco, non tanto il rifiuto di partecipare ad un bando, poco favorevole e conveniente per i professionisti infermieri e assistenti sanitari, quanto il disertare, quello che il giornalista in questione, valuta come una vera e propria “missione”.

Chiedere agli editorialisti, di smetterla di considerarla una Missione ma piuttosto, ciò che è, ovvero una Professione Intellettuale, è ormai una causa persa. Rimane lampante che la scarsa capacità di utilizzare le giuste parole, venga da una deficitaria conoscenza della professione infermieristica.

Lo stesso termine, difficilmente viene utilizzato per la categoria medica, che spesso gode di protezione giornalistica e che tendenzialmente viene vista come una professione che “rifiuta” una proposta considerabile non degna di riscontro.

Questo è quanto accaduto con il bando dei vaccinatori: Infermieri e Assistenti Sanitari, con obbligo di esclusività, e con una compagine di Liberi Professionisti, che per ora sono spesso sfruttati dalle aziende private e non, come dipendenti a basso impegno contrattuale. Il dato da leggere non è dunque il rifiuto (e non “disertare”) del bando, quanto le condizioni in cui contrattualmente e socialmente sono costretti a vivere queste due professioni, che hanno timore per il futuro, e temono di addentrarsi in un vicolo cieco contrattuale. Non di meno, parliamo dei compensi iniqui, che portano a guadagnare per la stessa procedura, stipendi differenti.

Infermieri Disoccupati in Italia non ci sono, e i contratti offerti non sono allettanti, sia per riscontro economico che per durata contrattua-

le. Il Bando dunque non è stato “disertato” bensì è stato “rifiutato” o per meglio dire “ignorato”, considerando i rischi e comparandoli con i benefici.

Un Professionista della Salute, non “diserta” ma rifiuta un’offerta, tenetelo bene a mente...

Sanità e Mafia: La Borghesia Mafiosa e il Business della Salute...

Gli Italiani sono un popolo di artisti e navigatori, di chef stellati e grandi scienziati, ma soprattutto di ottimi professionisti sanitari e temibili boss mafiosi. Un finale non inaspettato, considerando il titolo, ma soprattutto considerando, che un italiano nel corso della sua vita ha una probabilità altissima di entrare in contatto con il sistema mafioso. Spesso non ci si rende conto, ma in questa Nazione è molto probabile, che un giorno o l’altro, si incrocierà la strada con qualcuno affiliato a questa antichissima e pestilenziale organizzazione.

Percentualmente, parrebbe di dire che più si va a Sud, più le possibilità si fanno reali, considerando che la patria della mafia è il meridione (un triste primato di cui faremmo piacevolmente a meno). Sembrerebbe invece, dalle ultime inchieste antimafia, che la nuova dirigenza mafiosa abbia trovato una nuova luce e una nuova scappatoia, esattamente nei luoghi che per anni abbiamo considerato “mafia-free” e che per lo più si limitavano ad essere noti per fatti di cronaca, corruzione o per la presenza di aziende truffaldine. Quei boss, delle mafie e delle ‘ndrine maggiori, hanno lavorato nel corso di decenni all’inserimento di nuove dirigenze istruite, in modo tale che divenissero capi insospettabili delle nuove frontiere di business. Certamente parliamo di maglie che si divincolano nel substrato della società colpendo tutti i campi, incluso però, quello sanitario.

Cliniche Private, Farmacie, Case di Riposo, Asl e Ospedali in generale, questi ricchi obiettivi della Sanità

Lombarda, Laziale, Umbra e praticamente di tutto il territorio nazionale, sarebbero diventati bersaglio della ‘ndrangheta, o della mafia in generale, che con mosse degne di veri strateghi, hanno potuto inserire, parenti e affiliati all’interno della dirigenza pubblica. In un report di Business Insider (Link a fondo pagina) vengono definiti i “Principi Mafiosi”, lontani dal calcestruzzo e dal sangue causato dalla rivoltella, e più vicini alla contabilità sanitaria, ai pazienti e alla dirigenza in generale.

Un processo ritenuto minuzioso e insospettabile, che intreccia medici, infermieri, farmacisti e amministrativi, con le famiglie ‘ndranghetiste. Persone con cui è possibile “parlare” perché loro “capiscono il discorso”.

Qualcuno potrebbe affermare che talvolta si vuol vedere la Mafia laddove non esiste, ma la realtà dei fatti dimostra, come questa situazione, non sia solo un congettura giornalistica. Lo stato delle cose è stato descritto dal Cross, L’Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell’Università Statale di Milano. Questa tesi inoltre non è solo un sospetto o una teoria priva di fondamento.

Nel 2018, infatti, si hanno, per la prima volta, prove di queste incredibili dichiarazioni. Sono diverse le Farmacie di Milano che vengono chiuse o colpite da interdittive antimafia e ritiri di licenza. In alcune di queste, si troveranno persone legate ai clan: figli e nipoti. Sebbene poi nessuno di essi verrà mai ufficialmente accusato. Ilda Boccassini capo del DDA di Milano affermerà di come sia peculiare, che molti giovani appartenenti ad alcune famiglie, decidano di intraprendere la carriera di farmacisti. Infatti, proprio nel Cross, si descrive come le Farmacie diventino attività di interesse per le mafie. Le caratteristiche interessanti di quest’ultime per i clan, sono la natura privata delle stesse, il loro connubio con il mondo sanitario pubblico e il fatto che, per questioni di operatività, siano sottoposte a controlli più agevoli.

Nelle farmacie, ormai oggetto di ossessione per la ‘ndrangheta, si esplora un campo mai esplorato dalle attività illecite. Stando al rapporto del Cross, avere una farmacia renderebbe i mafiosi possessori



di enormi rubriche relazionali per stringere accordi e fare affari, li porterebbe a contatto con denaro pubblico, permetterebbe di riciclare enormi quantità di denaro e soprattutto li potrebbe portare a gestire anche traffici illeciti di farmaci e droghe.

Ovviamente la situazione non interesserebbe solo le farmacie, ma anche le ASL e gli ospedali pubblici. In un articolo de “La Stampa” si denuncia come gli appalti fossero pilotati a favore dei clan di Cosa Nostra, Camorra e ‘Ndrangheta e ancora una volta si fa riferimento non solo al meridione, ma a tutto lo Stivale. Partendo dalla Calabria e arrivando fino in Lombardia. Una situazione paradossale, che vede dirigenti interdetti dai pubblici uffici per associazione mafiosa, ma stipendiati comunque per anni. In alcuni casi, stipendiando persino chi si trovava in prigione a scontare la propria pena. In un interessante reportage di Quotidiano Sanità si racconta come la Direzione Antimafia lanci l’allarme di questa infiltrazione che colpisce il lato sanitario. La stessa segnala un mutamento nella natura della Mafia, realtà preoccupante, per via dei nuovi scenari aperti nel business criminale sanitario. Un’evoluzione simile ad un batterio che sviluppa un antibiotico-resistenza, attaccando l’organismo laddove non è mai stato attaccato e difendendo brillantemente da quelli che erano un tempo delle armi letali.

Gli strumenti, come nei casi prima citati, sono affinati, non si usa più la rivoltella o la lupara, si utilizza la corruzione, le tangenti e il riciclaggio. In una catena ben ingrassata, dove l’imprenditore colluso o mafioso ha la possibilità di entrare in circuiti di gare

Sanità e Mafia: La Borghesia Mafiosa e il Business della Salute...

d'appalto, oliando il meccanismo e mettendo sul libro paga, funzionari e politici. Una figura di rilievo sarà il mediatore, talvolta un professionista, che diventa motivo di legame tra un business e l'altro. Anche in questo articolo, infatti, ritorna ridondante la figura del "Principe Mafioso" o della "Borghesia Mafiosa", gettando le basi a quelli che sono i nuovi modelli di mafia. Non più spietati killer, ma dirigenza ben istruita e di fine intelletto. Sullo stesso Quotidiano in un altro articolo si scopre come, questo problema di infiltrazione, sia stato fatto notare agli enti ordinistici di professione, che tendenzialmente hanno mostrato apertura e disponibilità nel ripulire i propri albi da questo marciume, chiedendo però alle Procure, più collaborazione a livello provinciale, in modo da agire tempestivamente per contrastare il problema.

Nessuna regione è esente dal problema, le notizie sui giornali si succedono, giorno dopo giorno, si inizia dalle regioni del Sud Italia, per una naturale attenzione mediatica, passando però dal centro arrivando fino al Settentrione.

Non si può che sperare nel lavoro della magistratura, degli enti e delle associazioni che lavorano per dare trasparenza alla nostra preziosa sanità. Che comunque rimane e rimarrà, sempre, colma di onesti Infermieri, Medici, Farmacisti, Amministrativi e Dirigenti.

Se aveste bisogno di maggiori informazioni, come è ovvio che sia, lascio le fonti con i relativi Link.

Fonti:

-La 'ndrangheta ha una strategia per mangiarsi la sanità lombarda: i parenti dei boss diventano medici e farmacisti – Business Insider

- Appalti pilotati e truffe: Così la borghesia mafiosa condiziona la sanità – La Stampa
- Mafia. Da Nord a Sud la sanità è bottino ghiotto. Allarme Direzione Antimafia su appalti e servizi – Quotidiano Sanità
- Medicina e odontoiatria a rischio di infiltrazioni mafiose e criminali: audizione Fnomceo alla Commissione antimafia

Messaggio Promozionale per la Professione. Italian Nurses Society di Luigi D'Onofrio

Luigi D'Onofrio
Italian Nurses Society.
Infermieri italiani nella sanità britannica
Luigi D'Onofrio
ilmiolibro self publishing, 2020
EBOOK Medicina
4,99 €
Disponibilità immediata

Luigi D'Onofrio
Italian Nurses Society.
Infermieri italiani nella sanità britannica
Luigi D'Onofrio
ilmiolibro self publishing, 2020
LIBRI Medicina
Formato: Brossura
14,72 € ~~15,50 €~~
Disponibile in 3 settimane

“Italian Nurses Society non è solo la testimonianza di un'esperienza individuale, ma anche la sintesi di un racconto collettivo, quello degli infermieri italiani nel Regno Unito. Il libro riassume anni di articoli e post pubblicati online, in quella che vuole essere una guida per chi vuole espatriare Oltremarina, ma anche un resoconto del percorso della più grande comunità professionale italiana all'estero.

Coronavirus, Mafia e Sanità: I ritardi dello Stato che arricchiscono i Clan



L'emergenza Coronavirus non ha solo portato alla luce, scheletri del ferruginoso sistema Italiano in materia di sanità e welfare, ma ha sicuramente ingigantito il problema, sin troppo noto della criminalità organizzata, che in periodo Coronavirus, ha deciso di diversificare la propria economia, esattamente in linea con quanto fatto da multinazionali e grandi aziende.

Le Mafie, nella totalità, in Italia hanno un fatturato annuale di circa 130 Miliardi di euro, un valore che si aggira dal 6.5 al 7.5% dell'intero PIL annuale del Paese Italiano, una percentuale di produzione, che in Italia nessuno può vantare. Il sistema “produttivo” di queste organizzazioni criminali, inoltre vanta di una dicotomia perfetta di business, essendo onnipresenti

sul territorio ed avendo denaro a sufficienza per comportarsi da vere corporazioni e multinazionali

L'Economia di queste mafie, si aggira principalmente su alcuni business essenziali: Primo su tutti, quello delle droghe. La commercializzazione sul mercato nero di sostanze stupefacenti, senz'altro aggiunge, in questa equazione, la più ampia fetta di guadagno a disposizione delle Mafie. Sarebbe che nel periodo antecedente al Lockdown, precisamente come è accaduto con i generi alimentari e di prima necessità, molti consumatori, abbiano fatto scorte per garantirsi la dose giornaliera nel periodo di chiusura imposto dal governo. Al contempo però le Mafie non sono

state a guardare: A seguito della chiusura delle piazze di spaccio, hanno dovuto reinventarsi, forti di un capitale solido, seguendo le metodiche utilizzate dai ristoranti nelle consegne a domicilio, e dunque effettuando servizio di consegna, noto nei paesi anglosassoni come Dial-a-Dealer.

Le mafie dunque, avendo garantito il business principale, hanno poi sfruttato, quello che la lenta macchina arrugginita ed inefficiente dei sussidi statali non è riuscita a garantire per tempo.

Sono note a tutti, impresse nei nostri occhi, le immagini di povera gente che chiedeva di poter lavorare, problema che attualmente sembra essere ritornato, come un incubo persistente nelle nostre notti più insonni. Nel mentre lo stato, ritardava con le casse integrazioni, i sussidi alle aziende e nel mentre le banche offrivano prestiti a tassi dubbiamente ragionevoli, Mafie come la Camorra hanno iniziato ad offrire servizi più rapidi ed economici. Il supporto economico offerto dalla criminalità organizzata è stato rapido, efficiente e a tassi di interesse addirittura più bassi di quelli bancari, data l'alta richiesta di aiuti da parte dei cittadini in difficoltà. Non solo in Italia e nel Meridione. La stessa strategia è stata utilizzata in Messico, dal Cartello di Sinaloa, che ha distribuito viveri ai cittadini in difficoltà, in grosse scatole di legno, con su impressa la faccia de El Chapo, come simbolo di supremazia del territorio.

Questa strategia risulta vincente, considerando che nei periodo più difficili, le Mafie danno il segnale di esserci per le povere genti, guadagnandosi il benessere della popolazione locale, e screditando le azioni e la presenza dello stato, che risulta disinteressato e dittatoriale.

Queste problematiche, in piena prima ondata, vennero più volte denunciate da giornalisti, commissioni antimafia e uomini di legge, finendo purtroppo nel baratro dell'inascoltato.

Altro importante business, nonché enorme profitto per le Mafie, è quello delle infiltrazioni negli appalti pubblici e privati. Un giro d'affari di decine di miliardi di euro, che interessa anche gli ambiti delle Forniture, dell'Edilizia e dello Smaltimento Rifiuti. Punti critici per la Sanità.

Durante questo periodo, è stato necessario, agire in deroga e ridurre, smaltire e sfoltire, il pesante calcolatore e controllore statale riguardo gli appalti nel pubbli-

co, che necessitava di una velocizzazione delle procedure, in risposta ad una crisi che risultava immediata. La Sanità Italiana, e questo si sa, si è ritrovata ad essere impreparata, a gestire l'emergenza, non solo dal punto di vista del personale, come più volte denunciato, ma anche dal punto di vista di risorse e strutture, che vivevano in una crisi oramai decennale.

Le Regioni, per evitare scenari peggiori, attuano nuove procedure per la scelta dei bandi. Riducendo i controlli, ed agendo in deroga a molte delle normative anti-corruzione, anti-riciclaggio e anti-mafia.

Ma non è solo questo il problema. Le mafie hanno sempre agito in anticipo rispetto a qualsiasi tipo di azienda, fiutando i mercati e dando risposte veloci, rapide e soprattutto senza la necessità di regolamentazioni ferree che strozzano la concorrenza legale. Per questo motivo, l'Europa, che considera erroneamente il problema della Mafia, un problema del tutto Italiano, presenta le sue titubanze sui fondi destinati per il risanamento della crisi Post-Covid. Proprio dall'Italia, in risposta a queste titubanze, il giornalista Roberto Saviano, e con lui schiere di giornalisti specializzati in queste tematiche, segnalano, che il rischio di infiltrazioni mafiose, è un problema divenuto europeo. La sola 'ndrangheta "fattura" annualmente circa 60 miliardi di euro, capitale sufficiente per guardare, non più al solo mercato italiano, ma anche verso quelli europei.

Dalla relazione semestrale della Direzione Investigativa Antimafia arriva un monito: "La Mafia non si sta infiltrando, sta colonizzando la Sanità". La presenza mafiosa in sanità, precedentemente descritta in un altro reportage (Vedi l'Articolo), è ormai consolidata da anni, non è un problema nuovo; questa nuova situazione però alleggerisce i clan dal vigile occhio statale, che adesso è rivolto verso altre criticità. La Sanità, come suddetto, ha sempre avuto tre punti critici, fonte di guadagni per le associazioni mafiose: L'Edilizia, come la storia ci insegna, già divenuta di interesse di tutte le Mafie, prime tra tutte Camorra e 'Ndrangheta; Le Forniture, i quali Corleonesi, per primi fiutarono l'immenso guadagno, sin da prima dell'instaurazione del Sistema Sanitario Nazio-

nale come lo conosciamo; e lo Smaltimento Rifiuti, campo d'azione prediletto per la Camorra. In questo periodo, diviene lampante, che le strategie consolidate delle organizzazioni malavitose, per venire meno ai controlli serrati dello Stato, ora si ritrovano a funzionare come una macchina oliata e roduta che corre senza esitare, in un percorso priva di ostacoli.

In un Dossier della DIA (Direzione Investigativa Antimafia) si può leggere:

"La semplificazione delle procedure di affidamento, in molti casi legate a situazioni di necessità ed urgenza, potrebbe favorire l'infiltrazione delle organizzazioni criminali negli apparati amministrativi, specie di quelli connessi al settore sanitario. In proposito, la massiccia immissione sul mercato di dispositivi sanitari e di protezione individuale, in molti casi considerati infetti dopo l'utilizzo in ambienti a rischio, pone un problema di smaltimento di rifiuti speciali, settore notoriamente d'interesse della criminalità organizzata". [...]

[...] sono prevedibili, pertanto, importanti investimenti criminali nelle società operanti nel ciclo della sanità, siano esse coinvolte nella produzione di dispositivi medici (ad esempio mascherine e respiratori) nella distribuzione (a partire dalle farmacie, in più occasioni cadute nelle mire delle cosche), nella sanificazione ambientale e nello smaltimento dei rifiuti speciali, prodotti in maniera più consistente a seguito dell'emergenza. Non va, infine, trascurato il fenomeno della contraffazione dei prodotti sanitari e dei farmaci. Un polo di interessi, quello sanitario, appetibile sia per le consistenti risorse di cui è destinatario, sia per l'assistenzialismo e il controllo sociale che può garantire, come dimostrano i commissariamenti per infiltrazioni mafiose, nel 2019, delle Aziende Sanitarie di Reggio Calabria e Catanzaro.

Fonte: La Repubblica

In questo momento però diviene difficile tracciare quali di questi flussi di investimenti entrano nelle tasche delle mafie, e come è prevedibile, solo a fine emergenza, faremo i conti con questa enorme disfatta della burocrazia.

EPIDEMIE: Tour tra le infezioni degli ultimi decenni



Il Covid-19, o popolarmente chiamato, sotto il termine non specifico, "coronavirus" non è l'unico dei virus circolanti negli ultimi trent'anni che hanno preoccupato il genere umano. Sottolineando che l'attuale CoVid-19 è una tipologia di coronavirus che, nella fattispecie, causa SARS ovvero una sindrome severa respiratoria, bisogna affermare che negli ultimi anni, ci siamo imbattuti in molte altre epidemie che ci hanno tenuto con il fiato sospeso, non conoscendone la possibile evoluzione.

I virus, o agenti patogeni in generale, che si sono succeduti negli ultimi anni, ci hanno insegnato le difficoltà che si possono presentare nel gestire caratteristiche e tipologie differenti, che ci portano a modificare velocemente le nostre strategie di contenimento.

Si è fatto un gran parlare della difficoltà di contenere questo virus, per via della alta trasmissibilità e contagiosità e la nostra preparazione probabilmente inadeguata a far fronte a questo tipo di agente patogeno. La stessa OMS ha dichiarato alcuni giorni fa, che il mondo non è pronto alla gestione del problema.

Non è un problema solo italiano, dunque, (sebbene abbiamo conquistato un triste primato euro-

Epidemie: Tour tra le Infezioni degli ultimi decenni

peo), ma un problema molto più complesso e non analizzabile da una semplice sterile critica.

Bisogna riconoscere che queste situazioni ci aiutano a comprendere dove i nostri sistemi “difensivi” e organizzativi falliscono e dovrebbero lasciarsi un'eredità storica di cosa fare e non fare in talune situazioni. Infatti, la verità è questa, nonostante un'organizzazione impeccabile, cosa che attualmente mi discosta dal sostenere, quando parliamo di epidemie e virus, l'imprevedibilità della situazione gioca un ruolo fondamentale.

Ma quali sono le epidemie che negli ultimi anni ci hanno portato a mettere in dubbio il futuro della nostra salute collettiva?

MUCCA PAZZA (Encefalopatia Spongiforme Bovina)

Nel 1986, il laboratorio centrale di veterinaria di Weybridge in Regno Unito, identifica per la prima volta un esemplare di bovino con un quadro clinico preoccupante.

Successivamente si ritenne che l'insorgenza della malattia era da ricollegarsi all'uso di farine animali, per anni trattati con dei solventi, che seppur identificati come cancerogeni, ne avevano garantito l'inattivazione di alcuni prioni patologici contenuti nelle carni. All'ordine di sospensione dell'utilizzo di questi solventi, con l'obiettivo di ridurre il rischio di tumori, in realtà si scatenò una delle epidemie più famose del nostro secolo.

Infatti questa malattia è causata da un prione, ovvero una proteina patogena conosciuta anche come agente infettivo non convenzionale.

Questa situazione dunque era attribuibile all'uso di farine animali, generate da carcasse contaminate di altri animali di allevamento. La contaminazione portò nel solo Regno Unito all'abbattimento di centinaia di migliaia di animali, e nel mondo addirittura di milioni, di capi di bestiame. La causa di questa infezione erano dunque le carni ormai infette, la misura contenitiva di perpetuare un abbattimento categorico di massa di tutti i capi di bestiame possibilmente alimentati con farine contaminate portò a dei buoni

risultati ai fini del contenimento del problema. Fino ad oggi si possono contare circa 500 casi nell'uomo. Il tasso di letalità di questo prione è di circa il 100% dei casi.

Inizialmente la comunità europea ha ratificato dapprima la sospensione della pratica dell'utilizzo di queste farine, ma dopo alcuni anni fu ristabilita sotto alcune condizioni più restrittive.

In teoria questa forma velata di cannibalismo, dovrebbe insegnarci l'innaturalità della nostra economia, che ai fini del risparmio ci porta a mettere a rischio la nostra salute perpetuando pratiche che razionalmente sarebbe considerabili inaccettabili. AVIARIA (Virus Influenzale Orthomyxovirus H5N1)

L'influenza aviaria tendenzialmente torna a diventare protagonista delle cronache da ormai quasi 150 anni. In primis fu osservata in Piemonte nel 1878, non però riconosciuta come virus. Nel corso dei decenni successivi, fu continuamente studiata e in modo cadenzato si è riproposta al mondo, coprendo l'intero globo a poco a poco. Nel 2003 però avviene quella che per noi fu definita come l'Epidemia dell'Aviaria, il ceppo in questione fu H5N1 definito dalla rivista Nature “La Brutta Bestia”. In effetti il tasso di mortalità di questa non comune influenza raggiunse circa il 50%. In questo momento il virus è sotto osservazione, infatti, il contagio avvenendo da uccelli a umani (solo in alcuni casi è documentato il passaggio tra umani, ma solo nella prima generazione di contatto), ha interessato per lo più persone che dal punto di vista professionale si sono trovati a lavorare con il pollame in condizioni igieniche scarse. L'Oms non esclude la possibilità di un mutamento di questo virus e una possibile capacità di trasmissione su larga scala tra umani, candidati adatti per una nuova pandemia.

SARS (SARS-CoV – Famiglia Coronavirus)

Nel Novembre del 2002 per la prima volta inizia ad essere sotto osservazione una tipologia di coronavirus, che normalmente causa di sintomi simili a quelli del raffreddore comune, ma che in questo caso inizia a indurre nella popolazione sindromi

severe di insufficienza respiratoria. Quest'epidemia si sviluppa dal sud della Cina, causando 8,098 casi e 774 morti in circa 17 paesi mondiali. Originariamente partita per zoonosi, si trasmette e muta nell'uomo divenendo contagiosa uomo-uomo tramite droplets e fomite. L'infezione causa polmoniti gravi che richiedono il supporto respiratorio, in una percentuale alta dei casi. Il tasso di mortalità di questa infezione raggiunge il 9,6%. Nel Maggio del 2004 gli ultimi due casi vengono registrati in Cina. L'OMS considera questo virus, relativamente pericoloso, motivo per cui l'attenzione delle autorità internazionali deve rimanere alta per evitare eventuali nuovi casi ed epidemie. Come in tutte le infezioni virali, le popolazioni a rischio risultano quelle immunodepresse o portatrici di malattie croniche, l'uso di antibiotici è totalmente inutile e sconsigliata.

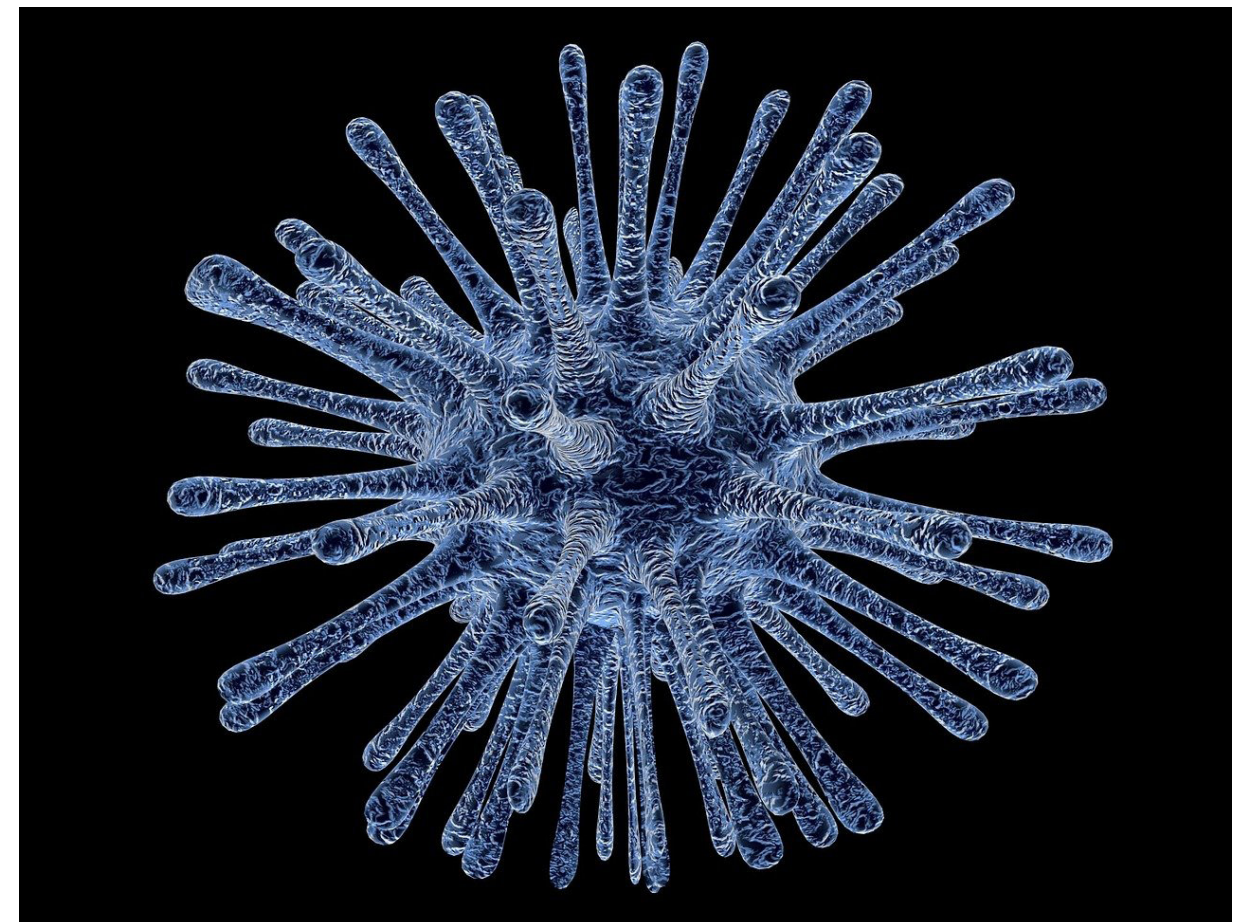
SUINA (Virus influenzale Orthomyxovirus H1N1)

Il virus della suina sembra avere origini altrettanto lontane. La prima volta fu descritto, per via della sua diffusione, nel 1918 stando a quanto affermato dall'Università di Pittsburgh. Questo virus sembra esistere e diffondersi tra i suini con una certa regola-

rità, ma nel 2009, in Messico, avvengono i primi casi di contagio umano. Da quel momento, grazie ad una trasformazione, il virus diviene specifico per l'uomo e la trasmissione tra individui della stessa specie diviene arma disponibile del virus (le capacità di trasmissione sono ancora non ben definite) sembra che il virus abbia raggiunto circa 80 paesi nel mondo.

L'Influenza Suina fu definita nel 2009 Pandemia Globale, divenendo la prima pandemia del XXI secolo. I casi confermati sono circa 482.000 di cui 6.000 mortali, come ovvio, le persone con pregresse patologie croniche risultarono più sensibili e colpite dal morbo. Il numero di affetti da questa infezione in realtà rimane un mistero, si è stimato che molti abbiano contratto la malattia per poi guarire spontaneamente, senza che si rendessero conto di averla avuta. Si stima dunque che il tasso di mortalità dell'Influenza Suina è tra lo 0,02% e lo 0,1%, addirittura inferiore a quello dell'influenza stagionale (0.2%)

Successivamente fu creato un vaccino, efficace



Epidemie: Tour tra le Infezioni degli ultimi decenni

contro la malattia, ma che la diffusione tra la popolazione fu minore di quella preventivata. Alcune case farmaceutiche richiesero il rimborso per gli ordini effettuati direttamente ai governi centrali.

MERS (Sindrome Respiratoria del Medio Oriente – Coronavirus)

Un altro coronavirus fa la sua apparizione nel 2012, inizialmente chiamato novel coronarivirus e successivamente rinominato MERS-CoV. La sua diffusione, prevalentemente in paesi del medio oriente, quali Arabia Saudita, Giordania, Qatar, Egitto e altre 17 nazioni mondiali (tra le quali, gli ultimi casi in Corea del Sud), risulta essere molto più lenta e controllabile dai sistemi nazionali sanitari. Anche questa infezione nata per zoonosi e passata dai pipistrelli ai cammelli e successivamente agli umani, risulta avere un alto tasso di letalità, si stima intorno al 20%-30%. L'OMS considera questa infezione ad alto rischio di futura mutazione, ed è in corso la progettazione di un vaccino come difesa ad una possibile pandemia.

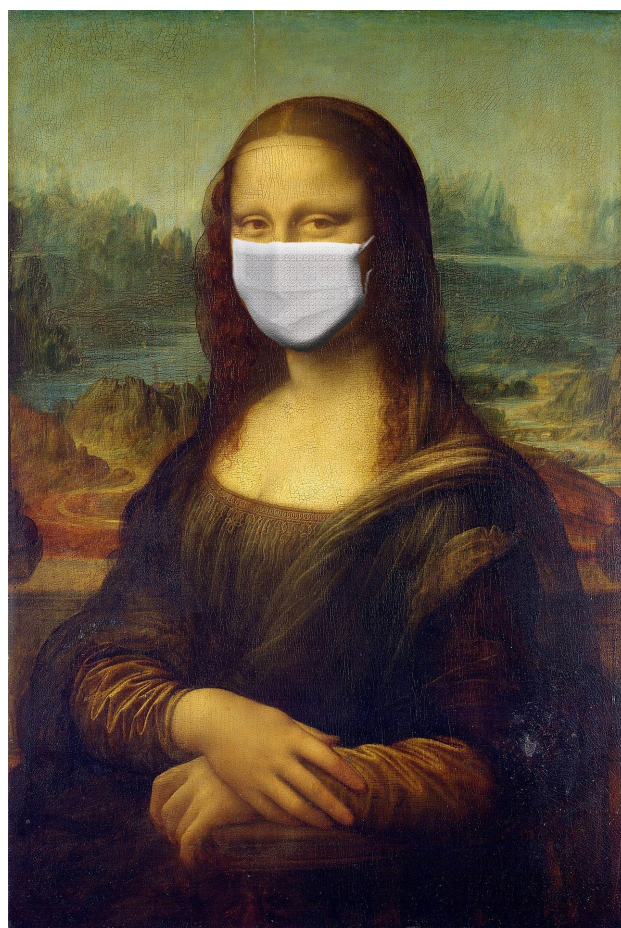
Ancora una volta questo virus causa una severa sindrome respiratoria, ha un alta mortalità soprattutto nelle popolazioni a rischio.

EBOLA (Ebolavirus)

Questi virus sono un gruppo di 5 specie, di cui 4 sono responsabili di quella che è la malattia da virus Ebola. Gli umani risultano molto suscettibili a questo virus, colpiti da una febbre emorragica con un alto tasso di letalità.

Lo Zaire Ebolavirus è la specie di riferimento, costituito da un solo ceppo noto e chiamato semplicemente Virus Ebola. Il nome viene dalla zona dove è stato per la prima volta ritrovato (nello Zaire) e il nome Ebola è preso dall'omonimo fiume. La prima descrizione del virus avvenne nel 1976, nella regione suddetta.

L'Ebolavirus risulta molto aggressivo, causando quella che è definita febbre emorragica. Si inizia con temperature superiori a 38,8° per poi iniziare ad avere diarrea e vomito sanguinolenti, occhi rossi e dilatati con presenza emorragica sulla sclera, danni agli organi quali reni, milza e fegato, risultato di una necrosi sistemica diffusa.



Il problema maggiore della diagnosi è l'inizio dell'infezione con sintomi molto generali, che causano spesso un ritardo nel riconoscimento della malattia e dunque un inizio di focolaio. Il sovrappollamento e la scarsa qualità dei sistemi sanitari africani, hanno ovviamente creato il clima perfetto per il diffondersi di questa infezione.

L'Ebolavirus si trasmette per contatto diretto con i fluidi corporei, tra cui il sudore, e uno dei veicoli di trasmissione più importanti sono proprio gli operatori sanitari.

Si è dimostrato che questo virus si è sviluppato dalle grandi scimmie, e il periodo di incubazione va da 2 ai 21gg.

La natura di Ebolavirus non permette la predisposizione attualmente all'avvento di una grande pandemia. Nonostante ciò, negli scorsi anni si è provveduto a sviluppare un vaccino, che si tende a somministrare dapprima agli operatori sanitari, in modo da spezzare la catena di contagio e ovvia-

mente prevenire che ne diventino bersaglio. L'OMS costantemente a lavoro...

L'OMS, dunque, veglia su di noi, monitorando la situazione e tentando di preparare le difese per una possibile futura pandemia che potrebbe minacciare il genere umano, incoraggiando le nazioni a prepararsi al meglio per quello che è sempre di più un rischio possibile.



L'Ora di Medicina Podcast di Paolo Sarteschi!



L'ora di Medicina è un progetto tutto italiano nonché il tuo appuntamento settimanale dedicato all'educazione sanitaria.

Questi Podcast sono stati creati da Paolo Sarteschi un infermiere che ha avuto l'intuizione di trasmettere settimanalmente importanti informazioni riguardanti l'educazione sanitaria. Ad accostare il lavoro di Paolo c'è anche una sua collega, Brenda Rebecchi, che lo aiuta nella stesura delle puntate.

Il progetto ha come obiettivo quello di scoprire le principali patologie di interesse pubblico, di insegnare a riconoscerle e prevenirle in tempo, anche attraverso consigli pratici da attuare ogni giorno.

Cercalo su Spotify, Apple Podcast oppure su The Nursing Post



SOCORSO E 118: Mafia e Imprese a fare business sulla vita dei cittadini

In Italia ogni anno si spende un budget vicino al miliardo e mezzo per gli interventi di soccorso. Una quantità di denaro che non è passato inosservato a mafie, politici e imprenditori.

Per aprire un Onlus che presta servizio soccorso non è necessaria alcuna qualifica, non è necessaria la laurea o un'autorizzazione speciale. Apri l'associazione, ti iscrivi all'albo regionale, compri o affitti le ambulanze, trovi i tuoi volontari e inizi a fare business. Inizi a fare soldi, tanti soldi. Ogni vita in pericolo è liquidità che entra nelle tue casse.

Gli operatori non c'entrano nulla in questo business, loro a stenti vedono il rimborso spese, spesso intorno ai 48 euro a turno (anche se alcune associazioni ci fanno il ricarico anche in quello, dandone 25). Lavorano durante il tempo libero, guadagnandosi la qualifica di angeli delle strade. Veri e propri eroi che mettono al servizio le proprie qualità per salvare vite umane. Ovviamente non è tutto oro quell che luccica, esistono tra di loro file di lavoratori a nero, persone che fanno quello come lavoro, e alzano circa 1.500\1.600 euro al mese di rimborsi spese.

L'origine del problema

Il ministero della Salute ha permesso questo scempio molti anni fa, cedendo il controllo alle Regioni, che ovviamente hanno deciso di affidarsi a privati. Dalle Alpi a Santa Maria di Leuca la musica non cambia. Nelle regioni del nord è possibile vedere associazioni più grandi e che sembrano meglio organizzate. Nelle regioni del sud abbiamo piccole associazioni da 3 ambulanze che fanno parte di reti sottocutanee che fanno impressione per la loro complessità ed efficienza. L'obiettivo è sempre uno: il Dio Danaro. Un esempio è Nunzia De Girolamo, che ha perso la poltrona di ministro proprio per uno scandalo sugli appalti



del 118. L'efficienza è massima, i soldi scorrono a fiumi nelle casse delle associazioni, ma l'efficienza è ridicola, disservizi in ogni dove, una risposta molte volte lenta, molte volte troppo lenta. Mirella Triozzi, responsabile del settore per il sindacato medici italiani afferma di aver scoperto casi di autisti alcoolizzati e soccorritori zoppi. Uno scempio causato dall'arrivo

“Se stai male, non chiamare le nostre ambulanze, sennó muori”

ambulanze costano 68 milioni di euro. La cascata di denaro che ha investito la regione più ricca del sud Italia, ha fatto crescere l'interesse da parte di imprenditori, e dei pregiudicati. Una concorrenza che ha fatto sgomitare le diverse onlus per conquistare una fetta di quel ammontato di denaro. Per ogni ambulanza sono 40.000 euro al mese, il Massimo consentito è tre, quindi un incasso mensile di minimo 120.000 euro al mese. Ad ogni presidente rimane circa 6.000 euro al mese. Un ottimo stipendio per la regione Puglia, un ottimo stipendio per qualcuno che non è nemmeno qualificato per prestare assistenza. Marco de Giosa, responsabile 118 della Asl di Bari afferma che c'è più di un sospetto su come siano stati assegnati gli incarichi alle e nelle varie associazioni. Sembrerebbe, infatti, esserci un Sistema di tangenti che sarebbero smistati ai funzionari arbitri degli appalti. Stando alle inchieste i controlli fanno acqua da tutte le parti. Un esempio è M.L., ex presidente di Operatori emergenza radio, un ente

del privato, un affare che ha fatto scordare che il lato importante della questione è la sopravvivenza del cittadino.

La Puglia delle onlus in guerra

Un esempio perfetto è la Puglia, le 141 basi delle

morale locata tra Bari e Modugno, con più di 50 ambulanze al servizio. Nessuno ha mai controllato la sua fedina penale, nessuno ha mai fatto domande, e nel mentre veniva stipendiato per salvare le vite dei cittadini, diveniva, a detta dei carabinieri che indagano sul caso, anche il ruolo chiave di un attacco ad un furgone portavalori che ha fruttato

circa due milioni e mezzo di euro.

In Puglia il business delle ambulanze è mantenuto con una vera e propria Guerra di mafia. Bombe incendiarie per le onlus nemiche, ciò che è accaduto tra Bari, Trani, Barletta e Foggia. L'obiettivo è evitare che le vere associazioni di volontari possano spezzare il monopolio dei cartelli del soccorso.

Personalmente, premetto che avevo un impiego, mi presentai ad un paio di Onlus in Provincia di Lecce. La prima mi "offriva" un rimborso spese di 25 euro, la seconda dichiarò apertamente che non erano interessati al mio essere infermiere ma dovevo fare quanto dettato. Ovviamente lasciai perdere e segnalai il fatto.

Milano soffre lo stesso male

Non è solo il meridione, o la Puglia, è un problema italiano. Ogni anno il Pirellone stanziava 315 milioni per dare assistenza rapida. Fatture, guadagni e danaro. Sempre e solo danaro. Ma un incidente stradale ha mostrato un sistema marcio fino all'osso. Non lontano da quello meridionale o pugliese. L'autista che ha avuto un incidente stradale mentre era la guida di un'ambulanza non dormiva da tre giorni. Le indagini sono partite da quell'incidente, e sono arrivate a scoprire quanto marcio fosse divenuto il business del soccorso. Nemmeno la capitale italiana europea è dunque esente. Precari a bordo di ambulanze, pagati a cottimo, obbligati a turni massacranti, mezzi fuori norma e corsi d'addestramento mai eseguiti. Alcuni presidenti di onlus sono addirittura stati accusati di avere dirottato il denaro pubblico destinato all'assistenza a vacanze, videopoker, auto personali e case. Nelle intercettazioni cinicamente affermavano

"Se stai male, non chiamare le nostre ambulanze, sennò muori"

Articolo basato ed estratto da un report de L'Espresso "Sanità, il soccorso diventa business 'L'Obiettivo non è salvare, ma incassare'

Risk Management, Safeguarding e Gestione delle Crisi. Le strategie dell'Aviazione Civile applicate al Sistema Sanitario

Gentile Lettore, durante la mia esperienza in Regno Unito, ho vissuto decine di situazioni e realtà che ho definito, per leggerezza, stranezze anglosassoni. Inizialmente queste situazioni, mi hanno portato a storcere il naso, ma ammetto che nella routine della vita e nella visione progressiva e complessiva ho dovuto cedere alla convinzione di aver avuto un'iniziale, erronea e pretestuosa valutazione. Solo in alcuni mesi ho compreso il livello avanzato che gli inglesi possono vantare in campo di risoluzione e gestione delle problematiche quando parliamo del mondo sanitario.

Dapprima, avevo considerato la loro passione nei meeting, i briefing, i debriefing e chi più ne ha più ne metta, un'inutile perdita del mio prezioso tempo; Consideravo a tratti fastidioso, la non possibilità di dedicare il mio tempo a progetti e a miglioramenti da apportare. Incredulo, passavo il tempo a fare brainstorming oppure a discutere decine o centinaia di volte quell'unico caso, che per finire, diveniva un puzzle frammentato di azioni idee e pensieri.

Nel tempo però, ho avuto occasione di comprendere che la mia valutazione era stata affrettata e semplicistica.

L'obbligo imposto di parlarne sempre e comunque; inizialmente vista come un'imposizione poco valutativa, costringendo a discutere persino di casistiche, di cui si conoscevano di già le cause e i miglioramenti da apportare; divenne, giorno dopo giorno, più chiaro e portatore di una filosofia di management dei rischi molto più ampia di ciò che si presentava di fronte ai miei occhi.

Mi resi conto che non era il concetto di voler parlare continuamente di discorsi che talvolta risultavano inutili, anche a detta degli stessi manager, bensì quella di utilizzare una procedura standard per ogni caso, che evitasse la perdita, tra gli innumerevoli casi avversi, di quello che con una profonda analisi, avrebbe portato al miglioramento delle misure standardizzate e customizzate nell'unità operativa.

Fu così necessario, alla mia promozione, seguire due corsi importanti, stando a quello che la mia manager continuava a ripetermi: Il primo corso, basato sul modello di business e marketing sanitario, diretto da un Manager che si occupava di finanza ed analisi dei business mondiali, quali Amazon, Facebook e correlati; Il secondo corso invece diretto da un analista dell'Aviazione Civile Inglese, che portava con sé, procedure standard e modelli di indagini utilizzati in Aviazione.

Riguardo al modello di business, ne discuterò più avanti, tentando di riportare le sfaccettature di quel corso e parlarvi delle strategie di marketing sanitario che perseguiva il mio trust; In questo articolo invece tenterò di portare all'attenzione, l'importanza delle strategie di Risk Management e di Indagine utilizzate dall'Aviazione Civile, riportate nel mondo sanitario ed ospedaliero.

Definizione, Ruolo e Caratteristiche base del Risk Management, dell'Emergency Management e il Disaster Manager...

La gestione del rischio (in inglese risk management) è il processo mediante il quale si misura o si stima il rischio e successivamente si sviluppano delle strategie per governarlo.

Definizione Wikipedia.org

Il risk management o processo di gestione del rischio è "l'insieme di attività, metodologie e risorse coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento ai rischi"

UNI 11230. Vocabolario, marzo 2007

Il Concetto di Gestione del Rischio, inizia probabilmente in campo finanziario e delle grandi aziende, che per la prima volta, includono nella loro squadra, interi team di ricerca di gestione del rischio perpetuando delle strategie che difendano capitali e strutture, da rischi in parte prevedibili o perlomeno valutabili.

Non dissimile da quanto il Ministero della Salute fornisce alla nostra professione quanto si parla di Rischio Clinico (Immagine di Confronto):



Si tenta dunque di dare priorità a ciò che può causare il maggior impatto sull'azienda e sul budget e che, al contempo, ha una una probabilità di rischio maggiore.

Si standardizza anche il processo di "Gestione del Rischio" con i famosi cinque passi del Risk Management, ormai utilizzati in tutti i campi applicabili:

- Stabilire il contesto
- Identificare i rischi
- Analizzare i rischi
- Valutare i rischi
- Controllare i rischi

Queste fasi diventano importanti alla nascita di un nuovo progetto. Diviene essenziale durante la stesura di una nuova idea, di un nuovo investimento o un nuovo protocollo da attuare, la valutazione del contesto, l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed infine il controllo dei rischi che perdura per tutta la durata del progetto in atto.

Ovviamente, questa definizione risulta affrettata e decisamente striminzita. Sul Risk Management, ci sarebbe, e molti lo hanno già fatto, da scriverci interi libri. L'obiettivo però di questo articolo è differente.

Parlando dunque di Risk Management, è ovvio che le fasi del processo sopra elencate, rimangono valide anche quando si parla di sanità e salute pubblica. Ad essere, in Italia come nel resto del mondo, si creano campi e figure quali l'Emergency Management e Il Disaster Manager.

L'Emergency Management, largamente utilizzato in Protezione Civile, in realtà si può ritrovare anche in grandi aziende o istituti finanziari. Come suggerito dalla parola stessa, questo campo serve a prevedere e organizzare un piano di risposta in caso di Emergenza, e ovviamente diviene il Team Specializzato da attivare qualora ci si trovasse di fronte ad una situazione di crisi, tale da non poter essere convenzionalmente gestita.

Il Disaster Manager, invece è quella figura professionale attiva in Protezione Civile definita come segue:

Professionista della protezione civile in possesso

delle conoscenze, abilità e competenze nel campo della previsione e della prevenzione dei rischi e della preparazione e della risposta alle emergenze, tali da fornire supporto alle decisioni per la gestione delle attività connesse alla previsione, alla prevenzione, alla gestione e al superamento delle conseguenze derivanti dalle catastrofi naturali o causate dall'uomo, in funzione del grado di complessità dell'evento catastrofico e dell'Organizzazione per la quale presta la sua opera.

UNI 11656:2016

Anche in questo caso troviamo 5 campi o fasi di azione per questo professionista:

I compiti afferiscono alla seguenti cinque aree:

- Previsione dei rischi
- Prevenzione dei rischi
- Preparazione all'emergenza
- Superamento dell'emergenza
- Valutazione post emergenza

Per quanto a colpo d'occhio potrebbero sembrare simili, i due casi hanno fasi profondamente differenti. Nel primo caso, oltre alla dissimile valutazione del contesto, ci si ritrova ad identificare i rischi (che sono tecnicamente presenti), per poi analizzarli, valutarli e infine controllarli. In caso di disastri invece, l'obiettivo è arrivare preparati all'emergenza, avendo attuato un'opera di previsione, prevenzione e preparazione al fine di superarla e valutare in seguito ciò che è accaduto e come si è risposto alla crisi. In entrambi i casi, queste valutazioni, spesso si intersecano, considerando che una situazione può facilmente degenerare in qualcosa di molto più grave.

Cosa si intende per Safeguarding?

La parola "Safeguarding" letteralmente significa "Salvaguardare", l'obiettivo è difatti quello di proteggere una categoria a rischio, mettendo in atto dei protocolli specifici, che consentano di evitare che un qualcosa riaccada oppure degeneri in modo irreparabile. In Regno Unito, è principalmente utilizzato nelle categorie a rischio quali: bambini, adulti con fragilità o disabilità; ma questo concetto di salvaguardia in realtà può essere applicato a qualsiasi categoria, sia necessario proteggere da un preciso o indefinito stress che potrebbe portare a

ledere una specifica classe.

il Safeguarding per gli inglesi è discorso serio, molti protocolli impongono, agli operatori, quali infermieri e medici, di segnalare eventuali criteri che possano suggerire una situazione di criticità per la categoria scelta. Una condizione sine qua non, che costringeva a segnalare fatti, anche se nel complesso potevano sembrare di poca rilevanza. Faccio un esempio:

Al ricovero di un minorenne, per patologia X, si ritrovano degli ematomi sul corpo del piccolo paziente. Per quanto giustificati dai genitori con valide ragioni, la segnalazione era assolutamente obbligatoria. Le indagini successive avrebbero svelato le ragioni di quegli ematomi.

Un altro esempio, potrebbe essere invece, il ricovero di un paziente, che afferma di avere figli a carico. Il paziente risulta un consumatore abituale di droghe, la moglie non è presente al ricovero, e il marito segnala che potrebbe non essere con i bambini. Nonostante non vi sia la certezza di quanto affermato, è fatto obbligo all'operatore, segnalare per opera di Safeguarding la situazione dubbia, in modo da attivare nuove indagini.

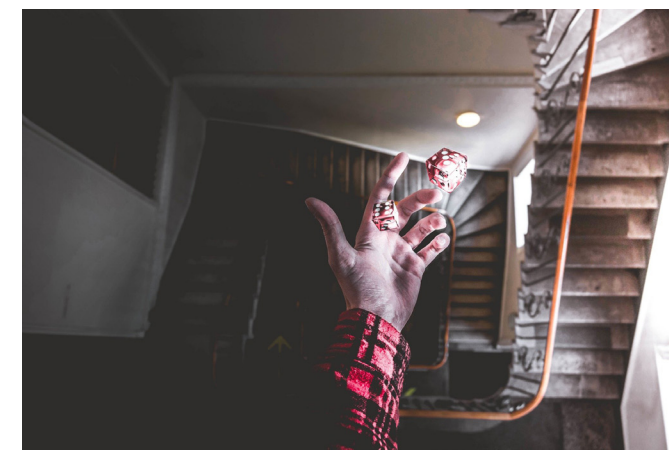
Lo stesso vale per pazienti adulti fragili o con disabilità.

Nonostante questo sembri un interessamento troppo morboso alla vita personale altrui, ignorare tali segnali, sarebbe stato motivo sufficiente per incorrere a licenziamento e accusa su lato penale nei confronti dell'operatore.

Certamente, in Italia queste condizioni esistono, ma la cattiva gestione organizzativa esistente e la mancanza di normativa soddisfacente portano ad un irrimediabile zona d'ombra che porta, per esistente carenza strutturale, ad una perdita di casistiche rime-diabili. In parole povere, quanto suddetto, fa riferimento alle classiche tragedie evitabili.

In Inghilterra esistono, a tal proposito, delle normative che nello specifico si identificano nel Safeguarding Children Act (2010/2015/2018) e nel Care Act (2014).

Inserisco i passaggi da definire quando si esegue una



valutazione per l'attivazione di un possibile protocollo di Safeguarding:

- Si sta verificando una negligenza?
- Perché si sta verificando una negligenza?
- Qualè la situazione per i bambini/adulto fragile?
- Ci sono miglioramenti nella famiglia da sostenere?
- Quali bisogni devono essere soddisfatti per assicurarsi una salvaguardia a lungo termine per i bambini/adulti fragili?

L'Aviazione Civile, in campo di Gestione del rischio (Risk Management)...

Arriviamo dunque al punto saliente dell'articolo, che per chi di voi ha avuto la pazienza di leggere, potrebbe essere un interessante campo da esplorare: Le Strategie di Risk Management, Safeguarding e Incident Reporting dell'Aviazione Civile in Sanità.

Sebbene i concetti di Risk Management siano stati affrontati in ambo le realtà, praticamente nella contemporaneità, i livelli di qualità ed efficienza sono difficilmente paragonabili. Le ragioni potrebbero essere differenti, ma senza alcun dubbio, bisogna considerare due fatti molto importanti: In primis, l'ampio budget a disposizione dell'aviazione che considerando i modelli di business permettono ampi margini di azione, in secundis abbiamo l'enorme impatto in materia di vite umane e/o danni economici che un errore o una crisi possono causare.

Ovviamente, considerando le tante aziende private che operano nel settore dell'aviazione, il ruolo di controllore è in mano ad enti spesso governativi

Risk Management, Safeguarding e Gestione delle Crisi. Le strategie dell'Aviazione Civile applicate al Sistema Sanitario

o paragonati, in Italia ad esempio è compito dell'ENAC (Ente Nazionale Aviazione Civile) assicurarsi che i principi di Safety Risk Management, siano applicati dalle compagnie aeree in modo corretto.

Proprio sul sito dell'ENAC risalta l'importanza che l'ente pone sul Safety Risk Management, sulla Safety Analysis e sui Safety Performance Indicators.

Del primo abbiamo dato dei cenni nella prima parte dell'articolo, ma quando parliamo di Safety Analysis e Performance Indicators potremmo rischiare di cadere nella tentazione di divenire troppo prolissi. Basti sapere che gli Indicators (Indicatori di Performance) misurano le prestazioni di Safety, ed ad essi l'ENAC, come tutte le agenzie nazionali sulla sicurezza in aviazione, pongono dei target (obiettivi) da raggiungere, che nello specifico si denominano SPT, Safety Performance Targets. Ovviamente il monitoraggio dei progressi e dei risultati è essenziale e questo dovrebbe determinare un'identificazione del livello di sicurezza raggiunta, denominato Level of Safety Performance (Livello di Performance di Sicurezza). Per Maggiori Informazioni a riguardo lasciamo il Link al sito dell'Enac raggiungibile: [QUI](#)

Anche la gestione delle catastrofi e delle emergenze è materia complessa e differente quando si parla di aviazione civile e sanità.

Quando uno di questi eventi più o meno tragici avvengono, viene chiamata in causa l'Agenzia Nazionale Sicurezza Volo, istituita da un decreto legislativo del 1999. Essa ha il ruolo di investigare in maniera indipendente a ciò che è accaduto, e successivamente rilasciare i propri report su quanto scoperto.

Ovviamente la magistratura, in caso di eventi con possibili penali, apre subito un fascicolo, perpetuando le proprie indagini in attesa del rapporto dell'ANSV.

In sanità questo non è contemplato, o per lo meno, lo è solo in parte, in modo frammentario, locale e talvolta del tutto straordinario.

Questi obblighi, derivanti dalle commissioni mondiali di sicurezza in aviazione, unite ad un miglioramento delle conoscenze in campo di Risk Manage-

ment, e soprattutto al modo pro-attivo di risolvere le varie problematiche, hanno portato l'Aviazione Civile, e le sue strutture, ad essere una delle principali contribuenti di innovazione in questo campo. La Sanità e il Risk Management...

Quando accade un evento grave a tal punto da richiedere un'indagine, è direttamente l'Azienda o l'Unità Sanitaria Locale ad investigare, in parallelo alla magistratura. In talune situazioni, solitamente più gravi, può esserci un interessamento diretto del Ministero della Salute che apre una commissione per supportare le indagini. Il team chiamato in campo è quello, che per normative regionali, dovrebbe essere istituito in ogni realtà sanitaria, e spesso sono professionisti interni alle aziende (Medici ed Infermieri), specializzati nella Gestione del Rischio Clinico.

Nel paese della regina invece, la presenza di più enti indipendenti, permette ai Trust (il corrispettivo delle nostre Aziende Sanitarie) di perpetuare indagini interne, nel mentre enti esterni come il CQC (Care Quality Commission) e la giustizia fanno le loro perizie ed indagini.

Proprio alla CQC è dato potere, di fare quello che l'ENAC fa in Italia per l'Aviazione Civile. Questa commissione, che annualmente valuta tutte le strutture di interesse sanitario del paese, ha il compito ed il dovere di effettuare una valutazione globale della situazione, rilasciare un punteggio (non dissimile al Level of Safety Performance quando si parla di Safety) e richiedere migliori o rivisitazioni nel rapporto rilasciato dopo alcune settimane. Esempio preso dal Sito Ufficiale della CQC England

In Italia non esiste un modello di Commissioni soddisfacente, simile alla "Commissione di Qualità dell'Assistenza" Inglese, pertanto il monitoraggio e le miglie, esistono solo in base alla volontà delle Aziende, che provano, non sempre con successo, a rispettare le normative e raccomandazioni nazionali e regionali, lasciando che il controllo di tali livelli di performance venga affidato alle sole forze dell'ordine.

Per questo motivo, in Italia, spesso i cambiamenti



avvengono a seguito di un evento importante, e quasi mai per opera di risposta ad un monitoraggio da parte di agenzie terze.

Inoltre, proprio questa frammentazione regionale, inclusa all'affidamento dei controlli e del monitoraggio a comuni forze dell'ordine e non basando la propria valutazione di qualità ad enti indipendenti ed esterni, portano ad un'inefficienza intrinseca, che è difficile da colmare.

Ma senza alcun dubbio, si può affermare che si stanno facendo passi da gigante all'interno della nostra sanità, affinché la gestione del rischio clinico, diventi più unificata e specializzata ma soprattutto standardizzata.

Si analizzerà in un diverso momento, le basi e le strategie della sanità pubblica italiana, essendo certi che sia più che corretto, dedicare più di un piccolo paragrafo. Conclusioni

Sono certo, che sintetizzare tutte queste informazioni in un articolo è materia non semplice. Risulta complesso, considerata la vastità del campo, tentare di entrare nel merito di ogni definizione e valutazione. L'introduzione però all'argomento è un inizio, la sanità pubblica nell'ultimo ventennio ha dedicato molto tempo al miglio-

ramento delle attuali strutture di Gestione di Rischio Clinico, ma bisogna rivoluzionare le intere strategie, finora applicate, perché ormai inefficienti.

Il Contributo dell'Aviazione Civile in campo di Risk Management è fondamentale, e molte nazioni, quali il Regno Unito, avendo edotto la questione, hanno inserito esperti del campo, nelle strutture sanitarie, per modificare comportamenti, abitudini e modelli, al fine di migliorare il Livello di Performance di Sicurezza, divenuto protagonista indiscusso dei nuovi modelli di Gestione del Rischio Clinico nei sistemi sanitari d'oltremare.



Se questo è Essere umani...

Gentile Lettore, mi scuso in anticipo per l'ennesimo articolo che parla di etica e morale nel campo delle cure, dei trattamenti e della qualità di vita dei pazienti, senza escludere la sfera psicologica degli operatori sanitari.

Introdurrei quest'analisi, dando alcune definizioni, secondo varie fonti, di "Uomo" o "Umanità", donando un'impronta più razionale possibile a questo ragionamento che spero possa far riflettere un po' tutti:

Essere cosciente e responsabile dei propri atti, capace di distaccarsi dal mondo organico oggettivandolo e servendosene per i propri fini, e come tale soggetto di atti non immediatamente riducibili alle leggi che regolano il restante mondo fisico

Treccani – Definizione di Uomo

Mammifero caratterizzato dalla stazione eretta, dallo sviluppo straordinario del cervello, delle facoltà psichiche e dell'intelligenza, dall'uso esclusivo del linguaggio simbolico articolato e dalla conseguente capacità di fondare, trasmettere e modificare una cultura;

Dizionari – Corriere – Definizioni di Uomo

Sentimento di solidarietà umana, di comprensione e di indulgenza verso gli altri uomini

Treccani – Definizione di Umanità

Sentimento di fratellanza e solidarietà fra le persone; capacità di comprendere e condividere i sentimenti degli altri: una persona piena di umanità; trattare il prossimo con grande umanità;

Garzanti – Definizione di Umanità

Lavorare e vivere in un contesto ospedaliero e sanitario, comporta costruirsi un bagaglio di idee, esperienze e talvolta ferite che permangono nella nostra vita, come un macigno o come una ferita, che si fa più greve e sanguinolenta ogni qual volta ci si ritrova a dover affrontare situazioni, che, nella società di oggi, non siamo più abituati ad affrontare.

L'essere umano ha raggiunto livelli tecnologici e assistenziali impressionanti, che sembrano utopia, se solo guardassimo all'oggi con gli occhi di un uomo di 150 anni fa. Questo ha garantito la sopravvivenza a milioni di uomini e donne ma nel contempo ha generato un grossissimo dilemma di tipo etico e morale.

Chi lavora negli ambiti assistenziali, conosce bene le possibilità, che le nuove tecnologie, danno nel garantire la sopravvivenza di un paziente. Le modalità, la qualità e soprattutto le metodiche per ga-



rantire la vita però aprono scenari etici incredibili. In alcune situazioni o patologie è possibile mantenere l'organismo in vita, sebbene questo merito sia da dare a tecnologia e farmaci, finendo anche per soprassedere al concetto di coscienza del paziente.

Un esempio può essere il Caso Englaro, che aprì discussioni in Italia per circa 17 anni. Eluana, a seguito di un incidente stradale entrò in uno stato vegetativo irreversibile che fu mantenuto per ben 17 anni.

L'11 febbraio del 2009, dall'esame autoptico effettuato su ordine della procura della Repubblica di Trieste, si evinse che la causa del decesso di Eluana Englaro fu arresto cardiaco derivante da disidratazione, compa-

tibile quindi con il protocollo previsto e citato nella perizia. L'esame autoptico rivelò inoltre le condizioni gravemente deteriorate del fisico della donna ed in particolare dei polmoni e dell'apparato respiratorio in generale; di fatto, a causa della paresi e del prolungato decubito, i polmoni di Eluana erano irrigiditi ed ossificati e le orecchie deformate a causa delle ore trascorse distesa su un fianco. Il cervello della donna, inoltre, presentava lesioni di devastante gravità, ad ulteriore conferma che la sfortunata giovane, fin dal momento dello schianto automobilistico, aveva irreparabilmente perso le proprie funzioni cognitive e comunicative

Pagina Eluana Englaro – Wikipedia

Eluana, inconsciamente, porse dei problemi alla comunità italiana di tipo etico:

Quando è tempo di dire basta?

Come definiamo un limite al trattamento?

Come possiamo accettare che la difesa alla vita, sia vastamente dettata, anche con le attuali tecnologie, che permettono ad un corpo di rimanere in vita, sebbene non sia più presente alcuna coscienza?

Perché si continua a martoriare un corpo, quando il suo proprietario, la mente, non è più presente?

Anche a questo, anche se in estremo ritardo, ricordando i 17 anni di sofferenza della Englaro, la politica rispose con una normativa che favoriva il Testamento Biologico. Una norma definibile simbolicamente importantissima. Un piccolo passo in avanti per la definizione della propria libertà individuale anche riguardo la morte, ma comunque un grande passo per la nostra libertà.

Sicuramente non si può non citare l'Associazione Luca Coscioni, fondata da egli stesso, ed affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica. Nonostante la sua morte, l'Associazione si fece carico di problematiche molto importanti, quale la famosa vicenda di Dj Fabo, il ragazzo gravemente ferito in un incidente, e che chiedeva a gran voce la possibilità di mettere fine alla sua vita, dopo essere stato costretto per anni in un letto e totalmente cieco. Fu Marco Cappato, il Tesoriere della stessa Associazione Luca Coscioni, che accompagnò DJ Fabo nel suo ultimo viaggio verso la Svizzera. Marco Cappato per questo dovette subire un processo per "istigazione al suicidio", ma fu assolto perché il fatto non sussiste.

Quale fu la colpa di Marco Cappato?

Nessuna, quello è ovvio, ed una sentenza lo conferma; egli accompagnò e sostenne Dj Fabo nelle sue scelte.

Quando è tempo di dire basta?

Riprendendo dunque le domande suddette: Quando è tempo di dire basta?

La persona ha diritto assoluto sulla propria vita, o quasi, e dunque siamo noi stessi a poter dire basta. In una situazione di fine vita, possiamo chiedere di passare al servizio palliativo, che ci può aiutare a vivere gli ultimi momenti della nostra vita senza dolore.

Un discorso chiaro e scorrevole, se non fosse per la presenza di molte difficoltà che si pongono in questo percorso. Essenzialmente, bisognerebbe prima di tutto riconoscere che siamo esseri mortali, e prendere in considerazione che un giorno o l'altro dovremo affrontare l'ultimo passo importante della nostra vita.

Avendo riconosciuto questa realtà, bisognerebbe domandarsi,

fino a quanto si è disposti a provare, prima di gettare la spugna. Purtroppo, talvolta, cure e tecnologie non sono sufficienti ed ogni tentativo di trattamento, allontanerà momentaneamente e inesorabilmente il momento in cui spireremo il nostro ultimo respiro. Ma a che pro? Se non si guadagna di qualità o benessere di vita, perché sottoporsi a torture per guadagnare giorni o al massimo mesi?

Ognuno deve decidere per se stesso, facendosi consigliare dal Medico, affrontando con il massimo della serenità il discorso fine vita, seguendo il percorso proposto dal nostro specialista medico. Inoltre, non va mai dimenticato, che il vostro punto di vista, è importante, anzi importantissimo.

Quando è tempo di dire basta dunque?
Quando decidete che è tempo di dire basta...
Come definiamo un limite al trattamento?

Per gli operatori sanitari questo punto è molto difficile da affrontare. Quando è tempo per il medico di tirare una linea di demarcazione che divide trattamento e accanimento terapeutico?

Una delle risposte più complesse da dare, soprattutto per chi si confronta con gli specialisti medici, ci si rende conto, che alcuni specialisti hanno una idea di tollerabilità di alcuni trattamenti più alta di altri. Ma ovviamente esiste una definizione di base, che tutti i medici provano a rispettare, ma che talvolta la legge non sembra condividere:

L'accanimento terapeutico consiste nell'esecuzione di trattamenti di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulti chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica.

Accanimento Terapeutico – Definizione Wikipedia

Molti potranno essere oltraggiati da tali affermazioni, ma la storia ci racconta tre famosi casi riconosciuti come "Accanimento Terapeutico": Il Caso Englaro, su descritto; Il Caso Giovanni Nuvoli, che alla fine decise di lasciarsi morire di fame e di sete, dopo che i Carabinieri avevano bloccato il medico Anestesista che lo stava per scollegare dal respiratore; Il Caso Piergiorgio Welby, che dopo non pochi dibattiti, trovò un Medico Anestesista che soddisfacesse le sue

richieste di interruzione dei trattamenti.

Come si definisce dunque questo limite? Ancora una volta, è il paziente che decide, laddove però alcuni trattamenti sono assolutamente inutili, il Medico ne dovrà discutere con il Paziente, seguendo un piano coordinato e condiviso da entrambi. Come possiamo accettare che la difesa alla vita contrasti con la difesa della qualità della vita?

Non è raro dunque affrontare situazioni dove la qualità di vita è fortemente compromessa, ma le tecnologie più moderne, garantiscono la sopravvivenza del paziente. Inoltre, capita non raramente, che alcuni di questi pazienti si ritrovano in stato vegetativo, con un macchinario che respira al posto loro.

In questo caso, quella che si segue, è una linea di profonda difesa del concetto di vita, nel senso più puro del termine, dimenticandoci purtroppo di importanti argomentazioni quali la qualità o la mancanza di sofferenza fisica o psicologica.

Chi è dunque che sceglie? Ancora una volta, siamo noi a scegliere. La nuova normativa sulle definizioni delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) ci dà "pieni poteri" su quello che vogliamo fare di noi stessi. (LINK)
Il "Do Not Resuscitate Orders"

La normativa che istituisce le DAT, come precedentemente affermato, non è completa. Essa getta solo le basi ad un lavoro di politica etica più importante e avveniristica, che il nostro paese deve avere la forza di affrontare.

Nella mia esperienza inglese, mi sono ritrovato di fronte a quello che si definisce come DNRO. (DO NOT RESUSCITATE ORDERS), un documento che lascia disposizioni, precedentemente discusse con il paziente, che porta ad essere autorizzati a non praticare alcuna manovra rianimatoria in caso di arresto cardio-respiratorio.

Che sia chiaro, non significa abbandonare a se stesso il paziente, bensì occuparsi non tanto sulla necessità di mantenerlo in vita, ma di lavorare sull'aspetto palliativo o di qualità del vissuto, e nell'eventualità di non praticare alcuna manovra rianimatoria invasiva.



Questa regolamentazione, ha portato l'intero Regno Unito, a discuterne attivamente e farlo divenire possibile tema di discussione al momento del ricovero. Un altro piccolo passo, che bisognerebbe avere il coraggio di affrontare anche qui in Italia. Liberi fino alla fine... Sempre...

Non è raro, ritrovarsi nei reparti persone fragili, molto anziane che affetti da una particolare patologia, risultano gravemente debilitate e con pochissime probabilità di sopravvivenza, nonostante l'intervento medico o chirurgico. Talvolta l'intervento chirurgico stesso, diventa una delle cause di non sopravvivenza del paziente, che per stato di necessità, tra la scelta di morire, o di avere poche chance, opta per la seconda scelta, nonostante le sofferenze che dovrà affrontare.

La scarsa informazione mediatica e politica e il dialogo inefficace con paziente e famiglia, ci portano alla talvolta errata idea, che provare il tutto per tutto fino alla fine sia la soluzione migliore.

Ed ecco che molte persone fragili o anziane, trasportate in una barella scomoda e accomodate in un letto di ospedale, si ritrovano a vivere i loro ultimi giorni o mesi, circondati da sconosciuti, che essi siano pazienti o operatori.

Nel tempo di ricovero, che potrebbe rivelarsi l'ultimo periodo di vita rimanente, si ritrovano a dover subire manovre invasive come accessi vascolari di ogni genere, sondini naso-gastrici o sonde rettali. Le braccia e le gambe si trasformano in un quadro astrattista, puntellato e chiazato da aghi e ematomi. Il corpo viene, operato, tagliato, mutilato e ricucito.

Il dolore diviene una costante, con cui bisogna imparare a convivere, nonostante i farmaci. La posizione ormai obbligata nel letto diventa una tortura, un obbligo che si accetta malvolentieri. La solitudine diviene una costrizione; l'orario di visite dei parenti, è sempre troppo limitato, rispetto al tempo che si passa da soli e non è raro trovare un paziente a rimuginare sulle scelte della propria vita, a piangere o in solenne silenzio, perduto nei suoi pensieri. La paura di morire, diviene una compagna sempre presente accanto al letto, che si prova a scacciare via, parlando con gli operatori di passaggio, che spesso sono troppo occupati per dare il tempo necessario a garantire una sana conversazione. In conclusione...

Ogni Essere Umano ha (o dovrebbe avere) diritto assoluto sulla propria vita, ed è necessario implementare le informazioni e il dialogo riguardo il fine vita.

Bisogna discutere e dichiarare chiaramente con il proprio medico le proprie scelte, lasciando le proprie Disposizioni Anticipate di Trattamento. La classe politica deve riaprire le discussioni sui diritti fondamentali dell'uomo.

Inoltre bisogna potenziare i servizi di Hospice, garantendo sempre il massimo del supporto di assistenza infermieristica, medica e psicologica alle persone che hanno deciso di seguire questa strada.

La Morte è inevitabile ed è una fase importante della nostra vita;

Una cattiva gestione, può disestare la nostra intera esistenza...



CONTENZIONI: Come trasformare un uomo libero in un prigioniero della Sanità

Caro Lettore, suppongo che il titolo abbia già di per se espresso tutta la mia idea riguardo all'utilità di questa antica, medievale ed inaccettabile pratica, ancora, purtroppo, così largamente diffusa, soprattutto in RSA oppure reparti di tipo geriatrico/psichiatrico.

Prima di analizzare gli aspetti etici e morali, che un professionista sanitario deve affrontare quando all'occorrenza è chiamato, per causa di "forza maggiore", ad applicare questa pratica discutibile, è interessante fare un excursus delle modalità e tipologia di contenzioni esistenti.

Contenere a tutti i costi

Durante i periodi più oscuri della nostra società, di cui ne siamo partecipi esattamente in questo momento, contenere il problema dilagante, sembra una soluzione più efficace di trovare una soluzione, che spesso sembra molto più complessa. Questa pandemia, ci ha fatto capire, come contenere una problematica, ci dia il tempo, senza alcun dubbio, di riorganizzare, affrontare o magari risolvere il problema principale; ma prevedendo che questa scelta ci costerà un'enormità in termini economici e sociali.

L'esempio del Lockdown appena passato ci ha mostrato come, contenere un problema, diventi dispendioso e spesso sia causa di tante altre problematiche. L'Italia, si è presentata in Europa, chiedendo aiuti per le gravose perdite dei mesi di inattività, atte a ridurre la velocità di contagio, che si è trovata ad affrontare, nelle fasi iniziali di quella che è tra le più gravi pandemie dell'ultimo secolo.

Il problema non è ancora risolto, ma in attesa di una seconda ondata, il sistema contenitivo sembra essersi allentato.

Allo stesso modo, si reagisce in situazioni di acuta emergenza, quando si parla di libertà umane in ospedali e strutture sanitarie annesse.

Contenere un paziente è l'atto più riprovevole che un medico o un infermiere possano fare. Si lede direttamente le libertà personali di un cittadino, che nel corso della sua vita, ha goduto, sempre e comunque, della libertà di uno stato democratico.

Non si può senz'altro accusare il diretto professionista, per aver messo in atto quanto la legge, nella sua inadeguatezza, gli consenta; bensì bisognerebbe puntare il dito contro quel sistema legislativo, e in parallelo quello aziendale, di non trovare soluzioni adatte a garantire, in uno stato di diritto, le libertà personali, anche a chi non è in grado di intendere o volere.

Quando parliamo di contenzioni, le più comunemente usate sono di quattro tipi:



Contenzione Fisica o Meccanica
Contenzione Farmacologica
Contenzione Ambientale
Contenzione Relazionale

La Contenzione Fisica o Meccanica è il grande accusato, sia dal mio articolo che in generale dai comitati etici che si esprimono a riguardo di questa pratica da tempi lugini. Con essa si intende altresì la messa in atto di procedure, mezzi e dispositivi applicati al corpo della persona o nello spazio circostante atti a limitare la libertà di movimento. Rientrano quindi nei sistemi di contenzione fisica (detta anche meccanica) i mezzi applicati direttamente sul paziente a letto come le fasce e cinture, le spondine, oppure applicati nelle carrozzine. Si intendono inoltre i mezzi di contenzione per segmento corporeo (cavigliere, polsiere ecc.), i mezzi che obbligano a determinate posture.

Per contenzione farmacologica si intende la somministrazione di medicinali con la finalità di modificare il comportamento della persona e di limitarne i movimenti e i comportamenti. E' di difficile definizione, in realtà, in quanto non possiamo farla coincidere con ogni tipo di sedazione.

Per contenzione ambientale si intendono le misure

consistenti in sistemi di ritenuta di porte e finestre al dichiarato fine di evitare l'uscita incontrollata dalle strutture.

Per contenzione psicologica o relazionale o emotiva, si intende invece la pratica con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto, che sentendosi rassicurato, diviene più collaborante e riducendo il rischio di comportamenti violenti contro se stessi o contro altri.

I Danni da Contenzione Fisica

L'utilizzo delle contenzioni fisiche è causa di due gruppi di conseguenze:

I danni diretti, causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione;

I danni indiretti, comprendono tutte le possibili conseguenze dell'immobilità forzata (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione).

La Legge è in silenzio...

Come già affermato, quando si parla di contenzioni, le normative non si espongono a riguardo, lasciano un profondo abisso normativo che continua a dare dei grattacapi a professionisti, giudici ed avvocati. Nonostante ci siano alcuni articoli del Codice Penale che prevedano delle pene per l'abuso di questa discutibile azione, non esiste una normativa che indirizzi e identifichi le motivazioni e gli "stati di necessità", lasciando, di fatto, la decisione al professionista medico.

Di conseguenza, una prescrizione medica deve essere applicata, qualora le condizioni siano necessarie, dal professionista infermiere, discutendone eventuali alternative, cambi di situazioni e soprattutto rifiutandosi qualora intravedesse un possibile contrasto, con l'articolo 571 o 610 del codice penale:

L'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice Penale ("Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente...") e all'articolo 610 del Codice Penale ("L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di

CONTENZIONI: Come trasformare un uomo libero in un prigioniero della Sanità

aggressione e violenza”). Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (articolo 33 codice deontologico dell'infermiere).

Quando serve la contenzione – Federazione IPASVI – FNOPI www.fnopi.it

Il risultato, è un profondo paradosso, ma soprattutto una confusione e male-interpretazione della (non)normativa che espone tutti i professionisti, che mettono in atto tale pratica, ad un rischio effettivo sul piano giudiziario.

Dopo la Legge Basaglia (180/1978) gli unici riferimenti normativi riguardo la contenzione in campo psichiatrico e dunque sanitario, spariscono ufficialmente dalla scena normativa; le uniche leggi attualmente esistenti, sono dirette per lo più, nell'ordinamento penitenziario (legge 354/75), che però risulta non applicabile perchè si propone come impedimento a eventuali tentativi di evasione o fuga.

Contro questa orribile pratica, invece, viene in aiuto la Costituzione Italiana con l'articolo 2 sull'autodeterminazione, l'articolo 13 sul diritto all'inviolabilità della libertà personale e l'articolo 32 sul diritto alla salute e alla dignità.

Quando si è senza legge, si fa riferimento alle sentenze

Nel profondo vuoto legislativo riguardante le contenzioni, bisogna dunque affidarsi alle sentenze, laddove, ci siano stati dei precedenti giudiziari.

Viene in “aiuto” il caso Mastrogiovanni, (V sezione, sentenza 20 giugno 2018, n. 50497) paziente divenuto famoso alla cronaca italiana, per essere stato ricoverato in un reparto di psichiatria ospedaliera, contenuto per 87 ore continuative e successivamente deceduto in questo stato di deprivazione delle libertà personali; ha delineato delle “definizioni” sui limiti di questa pratica non normata.

Si inizia dunque, a considerare la contenzione, non più un atto medico, valutando la proprietà non terapeutica di tale azione, ma una coerci-



zione delle libertà personali, a scopo cautelare.

Inoltre si definiscono gli stati di necessità come:

- il pericolo attuale di un danno grave alla persona;
- le inevitabilità altrimenti del pericolo;
- la proporzionalità del fatto.

Il pericolo dunque deve essere puntuale ed immediato, e l'utilizzo della contenzione NON può avere ruolo preventivo, considerando sempre la proporzionalità del fatto.

I Professionisti e i Codici Deontologici

I codici deontologici delle varie professioni, considerano e delineano normativamente, questa pratica dedicandoci un articolo:

Nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019) si fa riferimento esplicitamente alla Contenzione nell'Articolo 35

coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona”

Articolo 32 Contenzione – Codice di Deontologia Medica FNOCEO

I Fisioterapisti invece inseriscono nel loro Codice Deontologico l'Articolo 28 che fa diretto riferimento alla pratica in questione:

“La contenzione è una pratica clinica eccezionale che deve salvaguardare il rispetto della dignità e della libertà della persona.

Nel caso di persone incapaci, ancorché non sottoposte a misure di sostegno giuridico, la contenzione deve proporsi l'obiettivo di tutelare la salute della persona e non può essere mezzo vicariante le carenze assistenziali dell'organizzazione”.

Articolo 28 Contenzione – Codice Deontologico dei Fisioterapisti

Il Modello Inglese

Senza dilungarmi molto, sulla normativa inglese, basti sapere che le contenzioni fisiche, nel paese della regina, sono assolutamente vietate. Nel caso il paziente risultasse a rischio e necessitasse di maggiore o speciale assistenza, i trust (Gli ospedali) sono tenuti a aumentare il numero di personale o utilizzare personale dedicato per queste persone, applicando metodiche semplificative e preventive, abbandonando totalmente quelle coercitive.

Un esempio potrebbe essere l'uso dell'High/Low Bed, un letto che si posiziona a livello del pavimento, con un secondo materasso accanto che eviti la caduta del paziente confuso. Il paziente comunque dovrà sempre avere personale di sorveglianza in stanza, che provveda a tutte le necessità dello stesso.

Il personale invece, spesso degli healthcare assistant (i nostri OSS), vengono forniti dalle Agency (a carico dell'Ospedale e non del paziente/parente), per tutto il periodo del ricovero nell'unità operativa.

Conclusioni

Le contenzioni sono una pratica che contrastano con la nostra Costituzione, specialmente quando

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita”.

Articolo 35 Contenzione – Codice Deontologico Professioni Infermieristiche FNOPI

Nel Codice di Deontologia Medica invece l'articolo di riferimento è il numero 32

“Il medico prescrive e attua misure e trattamenti

si parla di ambito ospedaliero, residenziale e sanitario. La mancanza di normativa a riguardo, dopo l'emanazione della legge Basaglia (180/1978) ha portato la magistratura a dover provvedere in autonomia, a "legiferare", tramite sentenze, riguardo questo pericoloso vuoto normativo, che dura da ormai più di 40 anni e che dovrebbe essere motivo di preoccupazione per cittadini e professionisti.

L'utilizzo delle contenzioni fisiche, dovrebbe essere totalmente vietato e le aziende dovrebbero essere portate a dedicare del personale ad hoc (con rapporto 1:1) per i pazienti a rischio e dedicando il proprio budget all'acquisto di ausili preventivi e non contenitivi/coercitivi.

Fonti utilizzate:

Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione di LUCA BENCI

Quando serve la contenzione – Federazione IPASVI – FNOPI – Articolo su Ordine Medici Latina



ALLEVAMENTI INTENSIVI: La crudeltà che è causa di fame, antibiotico-resistenza e surriscaldamento terrestre

Cos'è l'allevamento intensivo?

Per allevamento intensivo si intende una forma di allevamento che utilizza tecniche industriali e scientifiche per ottenere la massima quantità di prodotto al minimo costo e utilizzando il minimo spazio, tipicamente con l'uso di appositi macchinari e farmaci veterinari. La pratica dell'allevamento intensivo è estremamente diffusa in tutti i paesi sviluppati; la gran parte della carne, dei prodotti caseari e delle uova che si acquistano nei supermercati viene prodotta in questo modo. Perché l'allevamento intensivo è così problematico per la nostra società?

Le ragioni per le quali l'allevamento intensivo è un problema per la nostra società sono multiple:

- Ragioni Sanitarie
- Ragioni Etiche
- Ragioni Ambientali
- Ragioni Alimentari

Ognuna di esse, racchiude al suo interno molteplici realtà che stanno visibilmente modificando la nostra società, la nostra salute e il nostro ambiente.

Ragioni Sanitarie

L'allevamento intensivo o industriale ha la necessità implicita, dovuta alla quantità di capi di bestiame abitante, di prevenire in ogni modo la possibilità di insorgenza di malattie nei capi e di isolare e trattare quelli infetti.

Questa prevenzione, secondo le regolamentazioni, deve essere effettuata tramite un avanzato livello di igiene dell'animale (quindi condizioni igienico-sanitarie adeguate), la profilassi sanitaria, la presenza e la visita di un medico veterinario aziendale che abbia una tracciabilità sanitaria dei capi di bestiame e che ne disponga gli eventuali trattamenti o l'eventuale isolamento. Al medico veterinario è affidata anche l'obbligatorietà della trasparenza nel caso della presenza di patologie trasmissibili per zoonosi da animale a uomo.

Antibiotico-Resistenza: Questo genere di regolamentazione però risulta costosa e, in taluni casi, poco sostenibile. Per questi motivi alcune aziende, preferiscono l'uso indiscriminato di antibiotici di basso dosaggio ma a lungo termine per la profilassi costante di patologie batteriche. Questo, non solo inficia sulla qualità della carne, che comunque termina sulle nostre tavole, ma cosa più preoccupante è la causa principale dell'antibiotico-resistenza, problema che stiamo

affrontando giornalmente ma che peggiorerà nelle prossime decadi.

In Italia, circa il 70% degli antibiotici venduti (compresi anche quelli a consumo umano) è destinato agli animali. Siamo il terzo maggiore utilizzatore di antibiotici negli animali da allevamento in Europa, e il nostro uso è più alto di quello di altri paesi di simili dimensioni (il triplo della Francia, il quintuplo del Regno Unito). Il danno economico celato dietro questo largo uso di antibiotici è la necessità di trattare patologie molto più resistenti. Ogni anno, in UE, la resistenza agli antibiotici provoca 33 mila decessi e una spesa sanitaria di 1,5 miliardi. A detta dell'OMS è "una delle maggiori minacce per la salute globale". Questo significa, senza fare troppi allarmismi, che tra 20/30 anni, forse meno, non saremo in grado di trattare infezioni comunemente trattate finora. Con queste condizioni, infezioni fino ad ora sconfitte facilmente con terapie antibiotiche, diverranno nuovamente mortali.

Ormoni nella carne: L'utilizzo di ormoni nella carne è del tutto vietata in Europa. Questa pratica, di conseguenza, è rara. In nazioni estere alla comunità europea sembra invece che l'uso e la presenza di ormoni, non solo non è illegale, ma largamente utilizzata. Questo con conseguenze sul consumatore che assimila la sostanza tramite il consumo di carni con additivi ormonali.

L'alimentazione degli animali: Un'altro motivo di preoccupazione, è destato dall'alimentazione degli animali. Essendo infatti noi,

consumatori finali, non siamo esenti dalla possibilità di assimilare quanto assorbito dai capi d'allevamento. Un motivo in più per permettere agli animali un'alimentazione sana e naturale. Un esempio di danni provocati dall'alimentazione è il caso dell'Encefalopatia Spongiforme Bovina, anche conosciuta come Mucca-pazza, il tutto scatenato dall'uso di farine di origine animali, che in un primo momento fu vietato, ma che nel 2012 l'UE ne ridiede l'autorizzazione all'utilizzo.

Ragioni Etiche

L'allevamento deve sempre essere supportato dal rispetto delle realtà naturali dell'animale. Questo ovviamente deve intercettare con le necessità economiche e organizzative dell'azienda di allevamento. Ciò nonostante, è sicuramente corretto un aumento del prezzo delle carni, in misura di un ridotto utilizzo delle stesse, già di per se dannose per la salute se consumate in grandi quantità. Inoltre è necessaria una sensibilizzazione dietro al mercato delle carni. Ogni animale deve sicuramente vivere in un contesto che si affacci più possibile alla sua naturalità. I principi etici fondamentali per l'animale sono:

Corretta alimentazione

Ambiente fisico adeguato (un riparo e spazio sufficiente all'aperto)

Condizioni igienico-sanitarie eccellenti (No amputazioni, no ferite o maltrattamenti, no a spazi insalubri e presenza di medico veterinario che tratti eventuali patologie)

Libertà di comportamenti specie-specifici (Lo spazio necessario e corretto, in compagnia di animali della propria specie, per l'espletazione dei comportamenti naturali dell'animale)

Ambiente sereno (un ambiente libero da paura e disagio che aiuti l'animale a affrontare le proprie fasi vitali fino al momento dell'uccisione e macellazione)

Questi principi etici, sono tutti in contrasto con la definizione di Allevamento Intensivo.

Ragioni Ambientali

Le ragioni ambientali che porterebbero alla necessità della totale estinzione dell'Allevamento Intensivo sono multiple:

Impatto sulle risorse idriche

Impatto sul suolo (deforestazione, impoverimento del suolo)

Emissioni di gas serra

Perdita della biodiversità

1. Risorse Idriche

Le risorse idriche del pianeta sono limitate, questo ovviamente è risaputo da anni ed è maggiormente visibile nelle zone più equatoriali e calde della nostra terra. La parte dell'acqua richiesta dal sistema zootecnico moderno che è impiegata per abbeverare gli animali è: per un manzo fino a oltre 80 litri di acqua al giorno, per un maiale oltre 20 litri e per una pecora circa 10 litri. Considerando che l'ammontare di capi di bestiame macellati ogni anno è di quasi 56 miliardi (pari a 8 volte la popolazione umana mondiale) è implicito pensare che abbeverare e nutrire questi animali diventa dispendioso ed incide fortemente sulle risorse presenti.

L'impronta idrica che è utilizzata per l'allevamento è di circa 2422 miliardi di metri cubi l'anno pari ad un quarto di tutta l'impronta idrica mondiale. È stato calcolato che l'impronta idrica di un chilogrammo di carne di pollo è di 4330 litri di acqua, 5990 per

un chilo di carne di maiale, e 10.400 per un chilo di carne di pecora. Per un chilo di carne di manzo occorrono 15.400 litri di acqua o, secondo altre stime, ben 100.000, se l'allevamento è intensivo, e addirittura 200 000 se l'allevamento è estensivo, un volume di acqua quest'ultimo sufficiente a soddisfare i consumi domestici complessivi di una famiglia europea di quattro persone per sei mesi.

A confronto, la produzione di cibi vegetali richiede una quantità di acqua decisamente più ridotta: per un chilogrammo di riso, la coltura a più alta richiesta idrica, occorrono 2500 litri di acqua; per un chilo di soia ne bastano 2145, 1827 per un chilo di grano, 1220 per un chilo di mais e 290 per un chilo di patate.

Le risorse idriche però, non solo vengono consumate in quantità eccessive, ma anche contaminate dalle deiezioni animali rendendo molte delle falde acquifere inutilizzabili.

2. Impatto sul suolo

L'allevamento in principio richiede un largo utilizzo di spazi, per questo sin dagli inizi del XX secolo, l'umanità ha proceduto ad una sistematica deforestazione del pianeta, per far largo alla maggiore necessità di pascoli rappresentati dalla crescita esponenziale di richiesta di carni. La deforestazione però è solo il primo punto di questo problema. L'alta densità e la necessità di riutilizzare gli stessi pascoli continuamente, rendono impossibile la generazione di nuovi germogli che portano al conseguente isterilimento del terreno. La continua pressione dello zoccolo provoca compattamento del terreno, mentre l'estirpazione della vegetazione effettuata dall'animale per nutrirsi provoca impoverimento della flora. Il compattamento del terreno diminuisce la capacità della terra di trattenere acqua e di rigenerarsi, mentre l'impoverimento della flora compromette la resistenza del suolo non più trattenuta dalle radici e riduce funzioni essenziali svolte dai sistemi vegetali quali l'assorbimento dell'acqua e il riciclo degli elementi nutritivi: la terra finisce così per essere sempre più esposta all'erosione del vento e dell'acqua e destinata all'isterilimento agricolo.

3. Emissione di Gas Serra

Il Worldwatch Institute, ha concluso, a seguito di analisi critiche nei confronti dei rapporti sui gas serra redatti dalla FAO, che il totale delle emissioni di gas serra attribuibili al settore zootecnico rappre-



senterebbe una quota pari o superiore al 51% delle emissioni totali. Per fare un esempio delle dimensioni di queste emissioni, se prendessimo l'intero settore dei trasporti (stradale, aerea, navali e ferroviari) ammonterebbe ad una quota del 13,5% di emissioni totali. L'allevamento intensivo dunque è responsabile di più della metà dei gas serra prodotti e per transitività è il maggiore responsabile del riscaldamento terrestre e dello scioglimento dei ghiacciai.

4. Perdita della biodiversità

Secondo la FAO, «il settore zootecnico può essere considerato il principale fattore nella riduzione della biodiversità». Questo di fatto è facilmente deducibile in primis da quanto precedentemente affermato, inoltre bisogna tenere conto dell'impatto delle specie aliene inserite in diversi ecosistemi. L'introduzione di nuove specie allevabili (e dunque aliene) in regioni di differente ecosistema mette in serio pericolo le specie native sotto diversi aspetti. Primi tra tutti abbiamo quello infettivo, ovvero l'introduzioni di agenti patogeni endemici in talune specie, ma totalmente sconosciute ad altre, che porta allo sterminio di quelle native. Inoltre è da riconoscere la necessità di modificare l'ecosistema per rendere i pascoli più produttivi, rendendo necessario l'introduzione di nuove specie vegetali, spesso infestanti. Infine non è da dimenticare l'impatto diretto della specie aliena sull'ecosistema; un bovino, ad esempio, consuma 400 chilogrammi di vegetazione al mese, brucando erbe, cespugli e alberelli, e il calpestio degli zoccoli schiaccia le piante selvatiche al suolo.

Ragioni Alimentari

L'allevamento intensivo è inoltre causa della scarsità di alimenti nel mondo. Basti pensare al fatto che nel solo

2007 si sono utilizzate circa 745 milioni di tonnellate di cereali per nutrire il solo bestiame. Questa quantità è pari ad un terzo della produzione mondiale di cereali. L'impatto sulla nostra economia di conseguenza è sotto gli occhi di tutti. In Italia, oltre il 50% dei cereali prodotti è utilizzato per nutrire gli animali e il 36% del terreno finalizzato alla coltivazione dei cereali è utilizzato in ultimo per nutrire gli animali. Per quanto riguarda la soia, l'altro principale componente dei mangimi moderni, oltre il 70% della produzione mondiale è usata negli allevamenti.

L'allevamento intensivo, dunque, non è solo responsabile del consumo delle risorse alimentari ma soprattutto di uno spreco e di una inefficienza enorme alimentare. Mentre da un lato, utilizziamo risorse alimentari atti al nutrimento e al sostentamento degli animali, dall'altro essi ci forniscono carne, latticini e svariati derivati. Ma in che percentuale?

Considerando che nel 1979 negli Stati Uniti siano state somministrate al bestiame circa 145 milioni di tonnellate di cereali e soia, e di queste solo 21 milioni sono tornate ad essere disponibili per l'alimentazione umana sotto forma di carne e uova: «il resto, equivalente a circa 124 milioni di tonnellate di cereali e soia, è stato sottratto al consumo umano». Se queste 124 milioni di tonnellate di cereali e soia fossero state convertite per l'alimentazione umana, avrebbero fornito «l'equivalente di una ciotola di cibo per ogni essere umano del pianeta per un intero anno»

Parlando invece di proteine alimentari, per 1 kg di proteina animale, abbiamo la necessità di un utilizzo di 6 kg di proteine vegetali.

Se usassimo un Manzo come esempio, nel corso della sua vita, e dunque prima di essere pronto alla macellazione, utilizzerà un quantitativo pari a 5000 Kg di mangimi. Al momento della macellazione il peso del bovino si aggirerà attorno ai 600 Kg, e successivamente alla macellazione, la componente che verrà venduta sul mercato sarà di un massimo di 300 Kg. Questo significa che a seguito di un utilizzo di circa 5000 Kg di mangimi e di 4 milioni e mezzo di litri d'acqua produrremmo un quantitativo di 300 Kg di carne commestibile.

Parlando di percentuali, solo il 6% degli alimenti utilizzati nella produzione, sarà nuovamente disponibile per la nostra alimentazione. Rimane implicita la scarsa efficienza di questo sistema di

produzione sul lato alimentare.

Le Soluzioni

La soluzione è ovviamente il passaggio all'allevamento estensivo ed al controllo demografico dei capi di bestiame. Necessaria è l'eliminazione dalla dieta di tutti i giorni delle carni ed un ritorno alla dieta mediterranea, basata più su piante leguminose e piante tipiche della dieta tradizionale delle differenti regioni. L'uso dell'allevamento deve essere largamente diminuito per quanto NON eliminato. Sebbene una dieta vegetariana sia complessivamente più sostenibile e salutare, la completa eliminazione della carne proveniente dall'allevamento estensivo comporterebbe la perdita di specie ed habitat associate a questa pratica tradizionale. Mantenere sul territorio forme di allevamento estensivo pertanto, permette la conservazione di molte specie ed habitat naturali. È necessario però garantire un equilibrio: l'eccessiva pressione del pascolo causa l'erosione del suolo, una bassa pressione comporta l'evoluzione della vegetazione in bosco e la scomparsa del pascolo.

Concludendo, la riduzione drastica del consumo di carni è principalmente un guadagno per la nostra salute, considerando l'incidenza di cancro dovuta al consumo eccessivo, e infine un guadagno in moralità ed integrità come essere umani nel rispetto della vita.



PROFESSIONE INFERMIERE: Giorno dopo giorno, muore una parte di noi

Gentile Lettore,

Sono al sesto anno di carriera infermieristica e nonostante le difficoltà e la criticità gravi di questa nobile professione, non posso negare le soddisfazioni e le passioni che tuttora mi dona.

Noi infermieri siamo così strettamente legati nel connubio infermiere-paziente, che troppo spesso ci si ritrova a somatizzare ed condividere le esperienze dei nostri pazienti. Vediamo da prospettive differenti quelle realtà che i più sfortunati affrontano una volta nella vita, preferibilmente nella loro anzianità. Siamo costretti a rivivere queste esperienze giorno dopo giorno, in una sequenza che talvolta sembra mirare all'infinito, con la consapevolezza, che un giorno potremmo provarle sulla nostra pelle.

La nostra carriera è dipinta da una lista di esperienze che si colorano di cupi momenti di tristezza, malinconia e stress, contornati da più vividi momenti di serenità.

Non dimenticherò mai A., un mio paziente sulla quarantina che si presentò nell'unità di assessment per dolore in quadrante superiore destro. Sospettendo una litiasi della colecisti, decisi di effettuare degli esami ematici e prenotare un'ecografia urgente. Come da protocollo però, prenotai una lastra del torace, per escludere una possibile perforazione (interpretabile come aria sotto il diaframma). La lastra si presentò pressapoco come quella accanto. Allarmato da un'immagine che mostrava delle "ombre sospette" chiamai urgentemente il chirurgo di turno, chiedendo di controllare l'RX; dall'altro capo del telefono mi rispose: "Quelle sembrano metastasi, facciamogli una TAC". La prenotai e il risultato fu quanto sospettato. Le lesio-

ni tumorali nei polmoni erano secondarie a metastatizzazione di lesione carcinomatosa del colon. Ricordo ancora chiaramente quando io e il chirurgo chiamammo A. nella saletta per comunicargli quanto scoperto. Lui era shockato, ma sembrasse non realizzare la gravità del problema. Io dall'altra parte ero stato colpito in pieno stomaco e guardavo il paziente quasi a chiedere perdono per quanto scoperto.

Strana sensazione quella di sentirsi in colpa per essere colui che ha trovato la diagnosi che ti ha condannato. Quella diagnosi che molto probabilmente non ti da scampo. Vorresti chiedergli scusa. Ma di cosa esattamente? Risulta difficile persino consolarlo. Non puoi dirgli che tutto andrà bene o che risolveremo il problema. Quindi rimani lì con il tuo paziente, aspettando che ti chieda qualcosa, sperando di essere in grado di rispondergli. Lui parla e tu ascolti, senza mai interromperlo.

Quella però fu la prima di una lunga lista. Tra un'appendicite ed un'ascenso, tra una colica renale ed una colecistite c'era sempre una "scoperta accidentale". Quando inizi ad investigare, si trova sempre qualcosa, forse per questo che nell'ambito sanitario gli operatori sono così negletti. Si lavano le mani 200 volte in una giornata ma difficilmente andranno a indagare sui loro problemi.

Ogni volta che uno dei tuoi pazienti muore a seguito di una tua scoperta accidentale, qualcosa in te cambia: inizi a fare amicizia con i tuoi pazienti, sempre di più; senti il dovere di dargli il massimo supporto e la maggior parte dei pazienti sembrano capire, che sei più premuroso con coloro che si portano il macigno più pesante.

Come potrei mai dimenticarmi di J., una donna sulla cinquantina, innamorata del mio accento italiano e dei lineamenti mediterranei. Ogni volta che veniva nell'unità operativa, portava qualcuno di diverso, le amiche, la madre, le figlie e persino il marito. Voleva che li conoscessi tutti. E voleva che loro conoscessero di persona l'italiano che si prendeva cura di lei e delle innumerevoli ferite causate dai trattamenti chirurgici. Io sorridevo e chiacchieravo con tutti. La diagnosi di J. non era per niente buona. Il chirurgo nel suo caso pronunciò la parola che ti condanna a morte certa: "inoperabile". Cancro, sempre cancro. Ogni volta è quella la condanna a morte. J. veniva in clinica facendomi complimenti per il nuovo taglio di capelli, i baffi ed ogni volta sembrava



flirtasse. Io ridevo, gli cantavo canzoni italiane mentre la accompagnavo in saletta con la sedia a rotelle. Gli altri pazienti in sala d'attesa non erano per niente turbati da questi comportamenti. J. ormai era costretta su una sedia a rotelle, non aveva più capelli, J. stava morendo, sotto gli occhi di tutti. Un giorno mi chiese di controllare una delle sue ferite chirurgiche, sentiva una massa. Pensai ad una ernia incisionale, non rara in soggetti con stomie e con una cronologia chirurgica così vasta. La portai in sala ed esplorai la ferita, mi resi conto sin da subito che non era quanto sospettato. Nella cavità addominale si "nascondeva" un'ascenso di vaste dimensioni e quantità. In pochi minuti avevo raccolto circa 900ml di liquido, che aveva il classico odore di batteri gram negativi. Rimasi così sorpreso dalla quantità del drenato che dovetti chiamare il chirurgo, lui visitò J. e decise di effettuare una TC. Il report di quella scan era funesto, mentre lo leggevo, sembrava quasi fosse infinito, per un momento pensai non descrivesse nemmeno la stessa persona. Come poteva ancora essere in vita? L'ultima volta che l'ho vista, mi disse di aver visto una pubblicità in TV di un trimmer per i miei baffi, e che me l'avrebbe regalato per natale. J. non vide mai quel natale.

Le relazioni ogni volta sono differenti: con alcuni stringi un rapporto più stretto, con altri sei costretto a rimanere più distante ed altri invece con te non vogliono avere niente a che fare. Tu sei un infermiere, il tuo lavoro è prenderti cura di loro ed accetti qualsiasi sia il rapporto che loro vogliono avere. Ricordo a me stesso che si deve essere amichevoli con tutti i pazienti, ma non essere mai amici, per non influenzare il proprio giudizio clinico. Magari fosse così facile.

La vigilia di natale ricevetti una notizia inaspettata.

