

ISSN 2281-9479

Settembre 2014 - N. 56



Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB - Como

La rivista è consultabile sul sito www.ipasvico.com

Sostra - Piano delle Alpi Casasco Intenlvi

ELEZIONI PROVINCIALI: LE RAGIONI DI UN IMPEGNO

a cura del dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Nei giorni 28,29 e 30 novembre prossimi si terranno le elezioni provinciali per il rinnovo del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei Conti del nostro Collegio.

Certamente, le elezioni, in ogni ambito associativo, costituiscono il momento privilegiato per **trarre un bilancio del periodo** in fase di conclusione ma, rappresentano anche una possibilità di approfondimento delle ragioni di un impegno cui ciascuno di noi è chiamato: **andare a votare o candidarsi**.

Per quanto riguarda il bilancio di questo triennio, ciascuno di voi ha sicuramente un giudizio legato alle occasioni con le quali si è confrontato con la realtà del collegio: la partecipazione alle assemblee annuali (sicuramente pochi), la frequenza ad un corso di aggiornamento o formazione (sicuramente molti), la stipula di una polizza assicurativa, una domanda di chiarimento o una informazione, un colloquio con i consulenti del collegio o con un membro del consiglio direttivo, la partecipazione ad una delle commissioni, l'invio di un articolo per la rivista del collegio, il ricevimento di una circolare, il pagamento della quota annuale, l'utilizzo di una convenzione stipulata a favore degli iscritti, la semplice lettura di Agorà oppure una visita al nostro Sito Internet. Tutte queste, e probabilmente altre ancora, rappresentano delle modalità con cui ognuno di voi partecipa alla "vita associativa" del Collegio e con le quali formula un giudizio circa l'operato e della utilità dell'Istituzione che oggi ho il compito di rappresentare.

Non mi dilungo in dettagli specifici sulle diverse attività sostenute nel triennio, limitandomi a sottolineare il costante e lodevole impegno di tutti i membri del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei Conti, cui va il mio personale ringraziamento, e a rimandare a quanto già detto e scritto nelle assemblee periodiche, nelle approvazioni dei bilanci e sulla nostra rivista (www.ipasvico.com).

EDITORIALE

Elezioni Provinciali: le ragioni di un impegno **2**

ATTUALITÀ

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. | 4 |
| Beatificazione Suor Giovannina Franchi | 13 |
| La malattia da Virus Ebola | 20 |
| Basta blocchi dei contratti: i professionisti hanno perso il 22% di potere di acquisto e i servizi rischiano di saltare | 25 |
| Vigilatrici d'infanzia e infermieri pediatrici disegnano il proprio futuro: sondaggio Ipasvi in occasione del rinnovo dei direttivi dei Collegi | 26 |
| Malattia renale cronica: il ruolo essenziale della prevenzione e dell'educazione del paziente. Documento di indirizzo approvato in conferenza Stato-Regioni NursesforEXPO | 27 30 |

RUBRICHE FISSE

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| È evidente che..... Lo Yoga nella schizofrenia: una scelta per migliorare la qualità di vita | 31 |
| Dalla parte del bambino - L'infermiere e la Nasal Continuous Positive Airway | |
| Pressure in Terapia Intensiva Neonatale: la prevenzione delle lesioni da pressione a livello nasale | 34 |
| Infermieristica e cure complementari - La musicoterapia | 37 |
| Infermieri al cinema | 40 |
| Posta e risposta | 42 |
| News from the web | 45 |

ARTICOLI ORIGINALI

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| L'associazione OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani) pag. 47 | 47 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|

DAL COLLEGIO

| | |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| Cogecaps - dati triennio IPASVI Como | 50 |
| Eventi formativi | 57 |
| Iscrizioni e cancellazioni | 58 |
| Requisito iscrizione - residenza o domicilio professionale | 59 |
| Elezioni prossimo triennio - candidature | 60 |
| Convocazione elezioni | 61 |



In generale abbiamo riscontrato consenso circa le iniziative intraprese da questo Consiglio Direttivo, il quale ha ricevuto numerosi attestati di stima sotto varie forme ma, va detto, anche poche critiche o suggerimenti "esterni". **Complessivamente, le persone con un impegno attivo e diretto sono risultate inferiori alle attese, specie se paragonato alle aspettative che ciascuno attende per una istituzione di questo genere.**

Troppo spesso la partecipazione al Collegio è stata di "tipo passivo", orientata cioè ad usufruire di un beneficio messo a disposizione dall'impegno di altri, piuttosto che a dare un contributo personale.

La partecipazione al Collegio, coincide con l'impegno professionale.

L'impegno nel Collegio è sempre possibile per chiunque, purché eserciti la professione, indipendentemente dal contesto di attività (LP o dipendente) e dalla possibilità o meno di impegnarsi direttamente nell'Istituzione.

Occorre cioè far bene l'infermiere. Per fare ciò occorrono oltre alla competenza tecnica (sapere assistere la persona) anche una passione e un interesse per il proprio lavoro, una concezione professionale e non solo mercenaria o ancillare del nostro impegno quotidiano.

Occorre cioè, ritrovare il senso più profondo dell'ESSERE INFERMIERE OGGI, nell'attuale contesto.

Occorre possedere e sviluppare una capacità critica del reale, una capacità di giudizio sul proprio e altrui operato che trascende l'impostazione ideologica ma che va al cuore dell'assistenza infermieristica, cioè la persona. La persona è quel livello della natura, nel quale la natura stessa prende coscienza di sé, è quell'insieme di esigenze e desideri (felicità, bellezza, giustizia, ...) che esigono un compimento o una realizzazione.

Per fare l'infermiere oggi, è necessaria una passione per l'umano, una capacità di cogliere il valore delle cose dentro ogni circostanza comprese la malattia e la sofferenza che frequentemente accompagnano il nostro operato. Tutto ciò non solo per fare bene l'infermiere per gli altri, ma anche per se stessi, per ritrovare quel gusto per la nostra professione che generalmente, dopo gli entusiasmi

dell'inizio viene a mancare. È chiaro che la buona volontà da sola, non è sufficiente. Va sostenuta dentro un contesto più ampio.

Accanto a questa dimensione personale deve esserci la consapevolezza che la professione non è solo una questione intima che si gioca nel rapporto con il mio paziente o con i miei colleghi di reparto. Ma, come tutte le cose serie ed importanti, ha bisogno di un riverbero istituzionale, di un luogo dove la rappresentanza professionale possa dare il proprio contributo all'attuale contesto sociale e sanitario. Senza essere presenti nel mondo istituzionale è difficile poter tutelare la propria professionalità o sperare di poter assistere meglio il nostro malato.

Il ruolo di una istituzione come il Collegio è quello di contribuire a creare le condizioni

affinché il gruppo professionale possa esprimere la competenza che gli è propria per garantire alla persona (infermiere e assistito) il miglior benessere possibile.



Il Collegio "vive e si nutre" dell'impegno quotidiano che ciascuno getta nell'esercizio del proprio lavoro e delle ragioni che lo sostengono.

Dentro questa responsabilità comune è possibile una vera rappresentanza per chi verrà eletto e una vera partecipazione per tutti gli altri.

Il Collegio non può essere concepito come una istituzione costituita da circa 15 persone (il Consiglio Direttivo) cui viene delegata assieme alla rappresentanza anche la **responsabilità di un impegno professionale**, che invece per sua natura è personale e non cedibile.

Concretamente, l'impegno richiesto è quello di andare a votare o di candidarsi come espressione del valore attribuito alla professione e come possibilità di mettersi al servizio dei colleghi per un migliore futuro professionale.

Ringrazio fin da ora chi deciderà di candidarsi oppure di venire a votare.....grazie per l'attenzione.



Libro bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia

A cura della redazione

Venerdì 4 luglio è stato presentato il **Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia**, un documento «finalizzato a rendere partecipi tutti gli attori istituzionali e sociali delle riflessioni che Regione Lombardia ha svolto sul sistema sanitario e sociosanitario lombardo».

Questi i principi cardine su cui si basa lo sviluppo del sistema lombardo:

- Conferma della specificità culturale e sociale lombarda: l'affermazione della libera scelta;
- Passaggio dal "to cure" al "to care";
- Organizzazione di un modello che separi le funzioni chiave di programmazione, erogazione delle prestazioni e controllo;
- Articolazione del sistema sanitario organizzato in Agenzie Sanitarie Locali (ASL), Aziende Integrate per la Salute (AIS) e una Centrale unica di committenza.

Il documento è frutto di un percorso condiviso che

ha visto la partecipazione dell'Assessorato alla Salute, Assessorato alla Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato, della Commissione Sviluppo Sanità presieduta dal Prof. Umberto Veronesi, da Eupolis e dagli stakeholder istituzionali e sociali.

I vertici regionali hanno aperto il confronto a chiunque voglia presentare delle proposte. Per questo è possibile trasmettere contributi, scrivendo alla casella di posta

librobianco@regione.lombardia.it

oppure inviandole a Regione Lombardia, Direzione Generale Salute oppure Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato, Piazza Città di Lombardia 1, 20124, Milano.

DI SEGUITO PUBBLICHIAMO IL DOCUMENTO, GIÀ TRASMESSO IN REGIONE ELABORATO DAI COLLEGI IPASVI LOMBARDI E DA TUTTA LA COMUNITÀ PROFESSIONALE DELLA NOSTRA REGIONE.

Notizie in pillole

a cura di S. Citterio

Emanate le linee di indirizzo per la terapia dell'emofilia e delle coagulopatie congenite

Ad oggi non vi è nessuna evidenza clinica che dimostri la superiorità di uno dei tipi di concentrati FVIII e di FIX disponibili, siano essi di origine plasmatica o ricombinante: entrambi sono similmente efficaci nell'arrestare o prevenire le emorragie e hanno caratteristiche di elevata sicurezza. Davanti a queste evidenze, e in accordo anche con le più recenti indicazioni fornite dalla Federazione Mondiale dell'Emofilia, un gruppo di esperti - nella consapevolezza che oggi sia possibile ottimizzare le risorse senza abbassare il livello di efficacia e sicurezza o la qualità di vita del paziente con coagulopatia congenita - ha redatto per la Lombardia delle "Linee di indirizzo per la terapia dell'emofilia e delle coagulopatie congenite", approvate con decreto n. 437 del 27/01/2014. I concentrati di origine ricombinante disponibili già a inizio anni '90 sono stati impiegati in terapia accanto a quelli di origine plasmatica, dal momento che questi ultimi non potevano offrire allora lo stesso livello di sicurezza: negli anni '70-'80 vi era un certo rischio per il pi uno di origine ricombinante. Ma, se sostanzialmente uguale è la resa in termini di efficacia e sicurezza, non uguale è l'incidenza perché non solo garantisce la disponibilità di plasma-derivati anche in caso di carenza di prodotti commerciali, ma assicura anche l'utilizzo pieno e ottimale della donazione. Il quadro tracciato dalle Linee d'indirizzo illustra tutti questi fattori, per poi dettagliare le raccomandazioni e principi per la terapia a seconda della casistica (emofilie A e B, con o senza inibitore, malattia di von Willebrand, i deficit dei vari Fattori) e le modalità di erogazione dei concentrati. In appendice al documento sono riportati il foglio informativo ed il questionario da sottoporre direttamente al paziente o ai genitori, nel caso di paziente minorenne.

(tratto da www.sanita.regione.lombardia.it)





Il contributo della comunità professionale Infermieristica Lombarda allo sviluppo socio sanitario

5

30 luglio 2014

**Alla c.a.
Presidente Commissione III Sanità
Dottor Fabio Rizzi
fabio.rizzi@consiglio.regione.lombardia.it**

I Collegi Provinciali IPASVI della Regione Lombardia unitamente al Comitato Infermieri Dirigenti sezione Lombardia (CID) agli Infermieri Dirigenti dei Servizi Infermieristici Tecnici e Riabilitativi delle Aziende Sanitarie regionali/ e gli Infermieri Docenti universitari degli Atenei regionali sia pubblici che privati, condividono pienamente il principio ispiratore su cui si basa lo sviluppo del futuro sistema socio-sanitario, che prevede il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura". Infatti da sempre l'infermiere non si limita a curare patologie, ma risponde ai bisogni assistenziali della persona, mantenendo e valorizzando l'autonomia residua, in un'ottica olistica di "presa in carico". Tale concezione nell'erogare assistenza infermieristica risulta particolarmente efficace, come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale con la tipologia di utenti oggi emergente caratterizzata da pluripatologie, patologie ad andamento cronico spesso accompagnate da disabilità. Di fatto il principio del "to care" vs "to cure" è insito nell'assistenza infermieristica sin dalle origini della sua storia moderna. Il documento allegato alla presente vuole essere un contributo della Comunità professione infermieristica lombarda, per la nascita di un sistema sanitario regionale sempre più efficace, come peraltro già anticipato in precedenti nostre comunicazioni, quali il Position Statement poiché si richiedono provvedimenti innovativi e discontinuità dal passato, soprattutto alla luce dei cambiamenti epidemiologici e demografici compiutamente analizzati nel Libro Bianco. In uno scenario regionale futuro, dove l'ospedale e il territorio, il sociale e il sanitario, si ricongiungono

a garanzia della continuità assistenziale, la comunità professionale infermieristica molto può offrire: in particolare si ritiene fondamentale sottolineare il ruolo che l'infermiere può ricoprire in ambito territoriale, in particolare nella presa in carico della persona e della sua famiglia, attraverso l'istituzione, ormai irrinunciabile, dell'infermiere di famiglia o di comunità. Inoltre, nel rivedere la normativa di accreditamento sarà necessario ed utile tener conto in particolare dei modelli organizzativi adottati, privilegiando quelli che garantiscono la personalizzazione dell'assistenza, ad esempio attraverso l'istituzione di equipe polispecialistiche all'interno degli ospedali o degli ambulatori infermieristici, anche attraverso il coinvolgimento di infermieri con competenze specialistiche avanzate. Gli infermieri ritengono che debba essere valorizzata la ricerca e la formazione universitaria al fine di garantire ai cittadini della Lombardia un'assistenza sempre più qualificata e all'avanguardia. Poiché nel documento allegato sono esplicitate solo alcune osservazioni al Libro Bianco ed agli allegati tecnici relativi all'assistenza territoriale ed al sistema ospedaliero, la comunità infermieristica lombarda auspica vivamente un concreto coinvolgimento del gruppo professionale nelle fasi consultive successive, per definire ad una normativa istitutiva del SSSR che sia più efficiente e al contempo garantisca un'adeguata risposta ai bisogni di salute espressi dai cittadini, pertanto rinnova la piena disponibilità ad ogni utile forma di collaborazione.

Cordiali saluti.



ANALISI DEL DOCUMENTO

Pag. 25 Punto 1.1.6 Il processo di aziendalizzazione

Analisi del sistema esistente

"... Nuove logiche di gestione del personale sono state introdotte con l'aziendalizzazione, in particolare la responsabilizzazione della dirigenza, attraverso l'assegnazione di obiettivi e un sistema di valutazione permanente dei risultati ..."

Commenti

Interessante il riferimento ai nuovi assetti organizzativi modulati sulla base di complessità assistenziale e di cura, ma tale concetto non è ripreso nella seconda parte del testo relativa all' "Evoluzione del sistema"

Richiesta di modifica e/o integrazione

Nel nuovo assetto organizzativo sarà opportuno prevedere l'istituzione di strutture semplici e complesse a direzione infermieristica, finalizzate a garantire il necessario raccordo tra l'assistenza erogata alla persone con patologia acute e quelle con polipatologia cronica.

Pag. 64 Punto 1.3.3 Le risorse umane e strutturali: confronto con l'U.E.

Analisi del sistema esistente

"...Di sicuro nella logica della presa in carico del paziente la professione infermieristica gioca un ruolo decisivo e si auspica, anche con le adeguate istanze, che la Lombardia potrà effettuare a livello nazionale, che anche nel nostro paese le competenze dei medici e degli infermieri possano mutare promuovendo una vera logica di equipe nella quale, gli aspetti gestionali ed organizzativi dei percorsi assistenziali possano essere indirizzate in termini di diagnosi e di terapia dai medici ma decisamente attuate e governate da personale infermieristico".

Commenti

Non si evidenzia una formulazione esplicita circa il mantenimento del ruolo di governance già assegnato alla Direzione infermieristica - SITRA (ai sensi della DGR 8 agosto 2003 n. VII/14049).

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si rimanda al commento per la pag. 102 Punto 4.2.4.4. Ipotesi di Aziende Integrate per la Salute.

Pag. 87

la parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"La gestione della cronicità richiede cultura, strumenti, competenze e organizzazioni innovative, un'integrazione e "continuità di sistema" tra i soggetti di tutta la rete dei servizi, che garantisca la continuità individuale del processo di cura. Pertanto l'obiettivo è garantire al malato cronico il miglior compenso clinico, ritardando il danno d'organo, le acuzie, le invalidità e/o disabilità, con conseguenti ricadute sulla riduzione dei consumi sanitari e il contenimento della spesa.

Sono da ricercare e identificare le opportunità di sviluppo (organizzative e istituzionali) per governare la cronicità secondo un modello "sistemico", che integri tra loro tutte le fasi del percorso della persona affetta da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere, cure territoriali, ecc.) al fine di garantire continuità nell'accesso alla rete dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra MMG, operatori territoriali, specialisti e mondo ospedaliero."

Pag. 91

"...mancata progettazione, manca un meccanismo che faccia integrazione di risorse e valutazione delle competenze e delle energie della persona fragile e della sua famiglia, per costruire un progetto individualizzato..." / "...Vanno in questo senso promosse tempestivamente progettualità finalizzate alla presa in carico continuativa da parte di MMG e PLS in modo particolare e altre professioni sociosanitarie quali gli infermieri, della persona fragile e della sua famiglia, che vengono indirizzati e orientati correttamente nella rete dei servizi e permettano di definire correttamente il ruolo dei medici stessi nella funzioni di programmazione o di produzione.



Commenti

È condivisibile il trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio e garantire la Continuità assistenziale. Tuttavia è necessario sottolineare che non più procrastinabile la necessità, da più parti auspicata, dell'istituzione della figura dell'Infermiere di famiglia o di comunità (IFC) quale professionista specialista responsabile dell'assistenza infermieristica sul territorio, relativamente alle competenze definite secondo la Legge 42/99. per la risposta ai Bisogni di Assistenza Infermieristica di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo del cittadino e delle famiglie in ambito territoriale, a cui affidare la funzione di care/case manager - **previsto anche nell'allegato tecnico**

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone, anche sulla base di quanto riportato nella DGR N° X 37 del 16 aprile 2013 inerente la presa d'atto della comunicazione del Presidente Maroni alla Giunta, nella seduta del 16 aprile 2013 "... Risultata indispensabile avviare sperimentazioni di presa in carico integrata a livello territoriale per rispondere ai bisogni delle famiglie, in termini di benessere ed in condizione di prossimità, avvalendosi anche di prestazioni professionali diversificate ed introducendo nuove figure e modalità di lavoro, quali quelle dell'infermiere di famiglia", l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFC), quale professionista responsabile dell'assistenza infermieristica sul territorio, relativamente all'ambito delle competenze definite secondo la Legge 42/99 per la gestione dei bisogni assistenziali di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo del cittadino e delle famiglie in ambito territoriale, così come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale e da esperienze in ambito nazionale che hanno dato avvio a proposte normative e formative particolarmente innovative, anche in ambito regionale. Inoltre, la figura del care/case manager infermieristico trova naturale espressione nell'ambito della promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere e cure territoriali; egli lavora in equipe con MMG e PLS funge da "punto di riferimento" privilegiato per il cittadino nella presa in carico della persona fragile e della famiglia.

Pag. 99 Punto 4.2.4.1 Regione Lombardia

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... si avvale di una Struttura tecnica regionale di controllo e promozione dell'appropriatezza e qualità. Tale struttura, nel contesto di indirizzi definiti dalla Giunta, promuove valutazioni di appropriatezza, qualità e di efficacia, oltre a raccogliere, integrare ed elaborare dati e calcolare indicatori sanitari, fondati ed attendibili, da fornire agli organi di governo – a supporto delle decisioni sul territorio – e al cittadino perché possa conoscere, valutare e scegliere in modo responsabile ..."

Commenti

La valutazione della "complessità assistenziale infermieristica" deve essere una modalità sistematica di inquadramento della persona che accede alle strutture socio-sanitarie, al fine di dare giusta collocazione in ospedale e successivamente alla fase acuta in altre strutture adeguate piuttosto che il domicilio. È auspicabile che gli specifici PDTA, sulla base dei quali definire la tariffa omnicomprensiva, siano elaborati da gruppi multiprofessionali e multidisciplinari. È inoltre attesa una rivisitazione della normativa di accreditamento vigente che presenta aspetti non congruenti con le indicazioni di riordino dell'assetto del SSR, in particolare: minuti assistenziali paziente/die, considerati lo standard minimo per quantificare le risorse umane infermieristiche e degli operatori di supporto, i modelli organizzativi che poco si adattano al concetto di "presa in carico", i requisiti strutturali, quali a mero titolo esemplificativo, i sistemi di movimentazione delle persone assistite.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone l'attiva partecipazione a tale Struttura Tecnica Regionale di Infermieri esperti nella valutazione di appropriatezza, qualità ed efficacia

Pag. 100 Punto 4.2.4.2. Agenzie Sanitarie Locali

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... Le nuove ASL (Agenzie Sanitarie Locali) garantiscono la corretta attuazione dei LEA per il proprio ambito territoriale di riferimento. Hanno pertanto funzioni di programmazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale in collaborazione con i Comuni, di accreditamento dei soggetti erogatori, negoziazione e contrattualizzazione, di controllo dell'appropriatezza delle attività di ricovero, specialistica



ambulatoriale e delle attività sociosanitarie, di vigilanza dell'assistenza e della tutela della salute umana e animale...."

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone l'istituzione di strutture semplici e complesse a direzione infermieristica, finalizzate alla programmazione territoriale, all'accreditamento negoziazione, controllo dell'appropriatezza al fine di garantire il necessario raccordo tra l'assistenza erogata alle persone con patologia acuta e quelle con polipatologia cronica.

8

Pag. 102 Punto 4.2.4.4. Ipotesi di Aziende Integrate per la Salute

Richiesta di modifica e/o integrazione

In considerazione delle indicazioni contenute in diversi autorevoli riferimenti, quali il Libro Bianco, la DGR N° X 37 del 16 aprile 2013 e la Bozza di Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311", oltre ai principi descritti nell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, **si propone** la seguente disposizione: "1 POT o gli Ospedali di Comunità, nell'obiettivo di rispondere alla necessità di gestione dei ricoveri a bassa intensità clinica, ma frequentemente ad elevata complessità assistenziale, come spesso accade coi pazienti cronici, sub acuti o nelle cure intermedie non gestibili a livello domiciliare, vengano definiti "a gestione infermieristica" secondo il modello della complessità assistenziale; tale provvedimento consentirà di erogare una risposta ai bisogni di salute efficace, personalizzata e mirata, evitando sprechi di risorse, così come ridondanza o assenza di risposte.

Si propone inoltre, sulla base dell'art. 22 del Patto della Salute licenziato il 10 luglio u.s. e sulla Bozza di Accordo Stato Regioni sulla ridefinizione delle competenze avanzate e specialistiche della professione infermieristica, che nelle nuove strutture territoriali e forme organizzative di raccordo ridefinite nel Sistema Socio Sanitario Regionale, si tenga conto in modo sostanziale della necessità di disporre di specifiche capacità organizzativo-strategiche proprie della dirigenza Infermieristica. La strutturazione del ruolo di governance delle attività professionali sanitarie e tecniche, posto sotto la direzione di professionisti con laurea magistrale e appartenenti alla medesima area disciplinare, permetterà il raggiungimento di adeguati standard di qualità nell'ambito dell'intera organizzazione e l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, finalizzati sia alla gestione efficiente delle risorse umane, sia alla più appropriata risposta ai bisogni di salute, ottimizzando e contenendo le risorse economiche (grazie alle innovative esperienze, quali il care/case manager, organizzazione per complessità assistenziale, cronical care model, ecc...) come già dimostrato negli ambiti delle ASL e delle A.O.

Tale riscontro dovrà avvenire attraverso il potenziamento e la valorizzazione della specificità dirigenziale, per una reale razionalizzazione dei servizi e l'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse, anche attraverso l'applicazione del DPCM 25/01/2008 concernente la "Disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica".

Pag. 105 Punto 4.2.5 Il sistema di finanziamento regionale

la parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... nella distinzione fra patologia acuta e cronica, l'ASL si trova ad affrontare due tipologie ben distinte di situazioni di diagnosi e cura"

Commenti

Per la cronicità è interessante la soluzione proposta di una tariffa omnicomprensiva, un sistema di rimborso centrato non più sulla patologia ma sul paziente e il suo percorso (remunerazione a "Budget di cura")

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone che la presa in carico della persona cronica al domicilio coincida a monte con l'individuazione



del case manager - medico, infermieristico o riabilitativo a seconda la prevalenza dei bisogni- che risponde dei risultati; tale presa in carico va remunerata sulla base della complessità/intensità della risposta del/dei professionisti coinvolti e la necessità di impiego di risorse tecnologiche (ausili, presidi, teleassistenza, diagnostica al domicilio, ecc).

Pag. 104/105 Punto 4.2.4.6 Centrale unica di committenza

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... nell'assetto che si prefigura con il quadro della riforma sanitaria, vi è un'unica Azienda regionale di coordinamento degli acquisti"

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone di prevedere anche l'inserimento di personale infermieristico per la competenza sugli aspetti tecnici di stesura dei capitolati, di valutazione dei beni e dei servizi offerti, in particolare sull'aderenza ai contratti stipulati, di formazione degli operatori sull'utilizzo della tecnologia per l'assistenza.

Allegato tecnico: L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Pag. 6 Punto 3 Obiettivi e indirizzi per la razionalizzazione del sistema:

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... 4) Consentire la veloce e sicura/protetta dimissione di pazienti in presidi territoriali.

6) Ridurre le degenze, anche attraverso una loro riorganizzazione attraverso logiche di multidisciplinarietà, multiprofessionalità, intensità di cura e complessità assistenziale ..."

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone di individuare infermieri competenti responsabili delle dimissioni protette in ogni AIS, che identificano il potenziale bisogno già al momento dell'ammissione in ospedale (es. valutazione con scala di Brass per tutti i ricoverati); individuare "operation manager" infermieristici responsabili di ottimizzare le risorse.

Pag. 11 - Punto 5 Proposte per la razionalizzazione della rete ospedaliera

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"...Le AIS ... devono porsi gli obiettivi di consolidare le vocazioni di ogni ospedale, attuare gli accorpamenti strutturali che consentano l'eliminazione o la riduzione di sprechi, sviluppare su scala maggiore le integrazioni già esistenti e promuoverne di nuove".

Commenti

Risulta interessante la richiesta ai diversi Presidi ospedalieri di "l'esplicitazione/ridefinizione" delle vocazioni assistenziali all'interno della rete di offerta". Tuttavia appare necessario correlare un'adeguata formazione degli operatori.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone che, una volta stabilita la riconversione delle attività erogate a seguito di tale assegnazione, si preveda necessariamente un'adeguata formazione del personale infermieristico assegnato alla struttura, al fine di garantire la sicurezza dell'Assistito e degli Operatori stessi.

Pag. 13 - Punto 3. Ospedali di prossimità territoriale

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... L'accesso a questi presidi avverrà su prescrizione del CSST, MMG o PDF o degli ospedali per acuti per il post ricovero".



Commenti

Considerando la rilevanza attribuita all'infermiere di famiglia o di comunità si ritiene necessario che l'accesso a questi Presidi avvenga anche su indicazione/richiesta dell'infermiere di famiglia/comunità ..."

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone di inserire tra le professioni che possono prescrivere l'accesso a questi Presidi anche dell'infermiere di famiglia o di comunità, in considerazione delle funzioni professionali e della presa in carico che si realizza in modo continuativo e globale (case/care manager)

10

Pag. 16 - Punto 6 Proposte sul nuovo modello di ospedale: l'ospedale a cure integrate

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

"... L'organizzazione dell'ospedale deve essere improntata al principio di **chiara distinzione delle Responsabilità: i medici sui processi di diagnosi e cura; gli infermieri sulle funzioni assistenziali:** assicurare l'applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche definite dai medici, l'alimentazione, l'idratazione, l'eliminazione urinaria e intestinale, il movimento, il riposo e il sonno, la funzione cardio-circolatoria, un ambiente sicuro e l'interazione nella comunicazione;

e pag. 18

"... Per ogni paziente attribuito alla propria responsabilità, il medico referente deve assicurarsi che gli infermieri, nell'ambito delle **unità di degenza**, applichino correttamente le procedure diagnostiche e terapeutiche definite dai medici, garantiscano i bisogni assistenziali segnalando al medico referente ogni informazione rilevante che riguarda l'efficacia della cura."

Nell'ambito delle **unità di degenza** la corretta assistenza e la distribuzione di **compiti, funzioni e responsabilità degli infermieri e del personale socio-assistenziale sarà affidata ad un Coordinatore Infermieristico (Capo Sala)** e alla Direzione dell'Assistenza infermieristica, secondo il modello organizzativo adottato dall'ospedale.

Commenti

Nel documento, in differenti passaggi è congruentemente determinato che la responsabilità degli infermieri verte sugli ambiti di competenza, così come peraltro definito nel Profilo professionale, (DPR 739/'94) ma il **controllo sull'esercizio professionale** è, nel documento, declinato con una doppia attribuzione: al Medico referente ed al Coordinatore infermieristico della "U.O."

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si ritiene necessario l'eliminazione del 2° capoverso – Pag. 16: "Per ogni paziente attribuito alla propria responsabilità, il medico referente deve assicurarsi che gli infermieri, nell'ambito delle unità di degenza, applichino correttamente le procedure diagnostiche e terapeutiche definite dai medici, garantiscano i bisogni assistenziali segnalando al medico referente ogni informazione rilevante che riguarda l'efficacia della cura."

Nella piena applicazione delle responsabilità individuate **si ritiene necessario** che nelle indicazioni di pag. 18-3° capoverso, sia previsto che "il medico referente, quando predispose il piano di dimissione dei pazienti e di verifica periodica della sua efficacia, **lo concordi** (per gli aspetti attribuiti agli infermieri sulle funzioni specificamente assistenziali) con il personale infermieristico e coinvolga il personale Socio - Sanitario.

Pag. 18

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Nell'ambito delle **unità di degenza**, la corretta assistenza e la distribuzione di **compiti, funzioni e responsabilità degli infermieri e del personale socio-assistenziale sarà affidata a un Coordinatore Infermieristico (Capo Sala)** e alla Direzione dell'Assistenza infermieristica, secondo il modello organizzativo adottato dall'ospedale.



Richiesta di modifica e/o integrazione

Viene citata una "Direzione dell'AI" per la gestione degli Infermieri/personale Socio assistenziale, ma la normativa vigente in Regione Lombardia definisce l'esistenza del Servizio/Direzione infermieristica, tecnico e riabilitativo aziendale, pertanto non riferibile alla sola componente infermieristica.

Pag. 19

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Per eliminare e ridurre gli sprechi derivanti dalla gestione frammentata e diffusa, che ancor oggi caratterizza molti ospedali, si propone di individuare un **responsabile**, o una unità organizzativa negli ospedali più complessi e con molteplici presidi, **per la gestione operativa e logistica della struttura ospedaliera** (letti, sale operatorie, ambulatori, sale diagnostiche), che faccia riferimento alla Direzione Generale e che abbia professionalità e esperienza **non necessariamente medica**.

Commenti

Si evidenzia la mancanza di specifiche connotazioni di competenza per il ruolo designato, pur essendo presenti sul territorio regionale consolidate esperienze di gestione infermieristica delle attività descritte. Si propone pertanto di esplicitare in modo definito il ruolo di bed-manager storicamente ricoperto, anche secondo le indicazioni scientifiche internazionali, dall'infermiere.

Pag. 19

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Direzione alberghiera che gestisce tutti gli aspetti legati all'accoglienza e ospitalità (es. parcheggi, trasporti, portineria, reception, informazioni, ristorazione, pulizie, guardaroba, comfort ambientale, distributori automatici, intrattenimento, accesso all'informazione e alla comunicazione per gli ospiti, negozi, security, ecc.) per soddisfare al meglio ogni necessità in questi ambiti. Il Responsabile non deve essere né medico né sanitario, ma provenire da esperienze e preparazione nel mondo dell'hotellerie.

Commenti

Tra le attribuzioni annoverate nella "funzione alberghiera" (accoglienza ed ospitalità) le funzioni relative a ristorazione, pulizie e guardaroba hanno diretto impatto sui risultati del processo clinico assistenziale. Si propone pertanto di escludere funzioni relative a ristorazione, pulizie e guardaroba da "funzione alberghiera" alla luce del diretto impatto che tali attività hanno sui risultati della performance sanitaria.

Pag. 23 – GOVERNANCE

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Il **Direttore Generale ASL**, coadiuvato da un direttore sanitario, da un direttore amministrativo, un direttore all'integrazione sociosanitaria e un comitato strategico...

La governance delle Aziende-ASL potrebbe essere articolata funzionalmente in: a) **comitato dei direttori sanitari amministrativi dei presidi ospedalieri** della ASL di competenza (se previsti); b) un **comitato di integrazione tra ASL e enti locali del territorio**.

Commenti

È necessario che la governance delle ASL, veda integrata nel comitato strategico e nel Comitato dei direttori Sanitari/Amministrativi, la partecipazione a pieno titolo dei Direttori SITRA dei presidi ospedalieri, provvedimento auspicabile **anche per la parte territoriale**.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone di integrare il "Direttore/DIRIGENTE SITRA" anche per la parte territoriale.



Allegato tecnico: L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Il ruolo dell'Infermiere è delineato nel documento in diversi passaggi:

li parte: proposte di evoluzione del sistema: dalla cura al prendersi cura

Pag. 6

"Linea guida 1: Presa in carico "globale" dell'individuo e della famiglia"

Pag. 9

"Figure infermieristiche, anche con l'obiettivo di sperimentare ruoli di Care Manager/Infermiere Tutor"

Pag. 11

"L'infermiere evolve nella direzione di Care Manager, ovvero identifica le esigenze assistenziali di tipo infermieristico (assistenza domiciliare, controllo dei parametri, educazione sanitaria, ...) e ne coordina l'erogazione".

Commenti

Si evidenzia l'infermiere in diversi passaggi. Tuttavia in altri non risulta chiaramente esplicitato quale professionista dovrà ricoprire il nuovo ruolo introdotto di case manager finalizzato al raggiungimento del progetto personalizzato che tenga conto degli obiettivi di salute da raggiungere.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si propone che l'obiettivo di sperimentare ruoli di Case manager/Care manager sia attribuito all'infermiere di famiglia o di comunità. Come anticipato in precedenza, si propone inoltre che siano attivati ambulatori infermieristici in Ospedale ma soprattutto sul territorio, ambulatori dove sono presenti infermieri e altre figure professionali con competenze specialistiche, che possono essere distinti in ambulatori di 1° livello e di 2° livello o di primo intervento. Da implementare anche le attività infermieristiche di ospedalizzazione domiciliare per le cure palliative non solo oncologiche sia per l'area degli adulti che pediatrica. Questo sistema consente di contenere il numero e la durata dei ricoveri ospedalieri e di assicurare la migliore assistenza possibile, avvantaggiando sia il singolo bambino (miglioramento della qualità di vita e benessere psicofisico del bambino e del nucleo familiare) sia la collettività (indubbia riduzione della spesa sanitaria per diminuzione dei cosiddetti «ricoveri impropri»).

Pag. 11 La Governance del Centro Sociosanitario Territoriale dovrà essere garantita dal Servizio Sanitario Regionale, in modo da garantire le attività di analisi del bisogno, indirizzo e regolamentazione, programmazione, contrattualizzazione e controllo dei servizi che verranno erogati nel Centro, dai possibili diversi fornitori (e.g. gruppi di medici di famiglia, assistenti sociali, infermieri, ...). La gestione dei servizi potrà essere realizzata in forme differenti (cooperative, società di servizi, ecc.).

Commenti

Si evidenzia che la governance del CCST diversamente da quanto espresso per il polo ospedaliero, non è declinata nella sua articolazione organizzativa. E' inoltre sottolineato che la gestione dei Servizi potrà essere realizzata attraverso forme differenti (cooperative...)

Inoltre, nulla si afferma in relazione alle attuali posizioni dirigenziali (esistenti) infermieristiche operanti presso le attuali ASL

Si ritiene opportuno dettagliare l'articolazione organizzativa con cui si intende declinare la governance del CCST, enumerando tra gli attori individuati la direzione infermieristica, SITRA, Direzione Assistenziale.

Richiesta di modifica e/o integrazione

Si ritiene opportuno inoltre che siano esplicitati idonei criteri di accreditamento degli Enti che erogano servizi di natura socio-assistenziale (ad esempio le RSA) al fine di garantire il rispetto dell'obiettivo primario, che è volto alla continuità assistenziale ospedale/territorio ed alla qualità dell'assistenza erogata.





COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI COMO
Ist.ai sensi Legge 29-10-54 n. 1049

prot. 3479/14

Como, 15 settembre 2014

Alla Reverenda Superiora Generale

*Congregazione
Suore Infermiere dell' Addolorata
Suor Emanuela Bianchini*

Al Direttore Generale
Ospedale Valduce

Alla Dirigente Infermieristica
*Ospedale Valduce,
Dott.ssa Cristina Corradini*

*e, per il loro tramite a tutti gli Infermieri
e a tutto il personale dell'Ospedale Valduce*

"Se la radice è santa lo sono anche i rami"
(Rm 11,16)

In rappresentanza degli Infermieri della Provincia di Como, è con profonda gioia e commozione che partecipiamo alla Beatificazione di Madre Giovannina Franchi, nata e cresciuta nel nostro territorio.

In tempi non certo più favorevoli dei nostri, Madre Giovannina Franchi, grazie alla sua fede, partendo dai bisogni e dalla realtà che aveva di fronte ha saputo costruire e realizzare un'opera che ancora oggi vive con il compito di rendere testimonianza di un bene possibile anche nella sofferenza e nel dolore.

Madre Giovannina Franchi ha fondato la Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata, questo rende particolarmente cara agli Infermieri la sua figura e il suo esempio, paradigmatici della professionalità che ogni infermiere può vivere.

A lei Reverenda Madre Superiora, alle sue Consorelle e a tutti i colleghi che prestano servizio nelle vostre opere di cura e assistenza in Italia e nel mondo, rivolgo un sincero grazie per il contributo che date al bisogno degli uomini, consapevoli della Grazia che avete avuto in questa circostanza e nella certezza che possa diventare, ancora una volta, un rinnovato bene comune.

L'auspicio è che l'esortazione della vostra/nostra Beata Franchi "Curare il corpo per arrivare alle anime, ma con gran cuore" diventi sempre più viva e vera nella vita di ciascuno di noi.

Il Presidente IPASVI COMO
Stefano Citterio



VERSO LA BEATIFICAZIONE DI MADRE GIOVANNINA FRANCHI: UMILTÀ E GRAN CUORE

A colloquio con suor Emanuela Bianchini, Superiora Generale

Tratto dal sito della Diocesi di Como

14

La diocesi di Como, il prossimo sabato 20 settembre, alle ore 10.00, in Cattedrale a Como (alla presenza del Cardinale Prefetto della Congregazione per le cause dei Santi) accoglierà la beatificazione di madre Giovannina Franchi, una figura di santità quotidiana, concentrata sui poveri e sugli ultimi, che offre una testimonianza ancora oggi davvero molto attuale. Madre Franchi è la fondatrice della Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata, presente a Como, in Lombardia, a Roma, in Canton Ticino e a Buenos Aires con ospedali, centri di riabilitazione e assistenza, realtà educative. «Per noi suore si tratta di un dono grandissimo – riflette la Superiora Generale suor Emanuela Bianchini –, che condividiamo e viviamo insieme all'intera comunità diocesana, che si sta preparando al rito di beatificazione con grande impegno, sensibilità, attenzione, partecipazione. Madre Giovannina – aggiunge – era pienamente figlia di questa Chiesa, che ha amato e che ha scelto di servire con grandissimo spirito di umiltà, guardando ai suoi componenti più piccoli e fragili. Per questo la ricchezza della vita e delle opere di madre Franchi non è "patrimonio" solo della Congregazione ma è un bene che appartiene a tutti, che va conosciuto, accolto, fatto fruttificare».

Quali sono gli aspetti che rendono madre Giovannina così attuale: una figura la cui testimonianza è estremamente coraggiosa e contemporanea... sotto tanti punti di vista: come donna, come religiosa, come attenzione agli ultimi, alle povertà, alla carità senza limiti, con generosità e misericordia...

«La sanità del mondo odierno sta vivendo un momento di forte progresso tecnologico e anche di alto profilo professionale, ma talvolta manca di quel "gran cuore" che la

Fondatrice ci ha tanto raccomandato e che da sempre è il nostro distintivo. Mai come oggi, nelle strutture ospedaliere, si è avvertita l'esigenza di umanizzare il rapporto con il malato, considerandolo al centro della nostra attenzione ed è precisamente questo il significato dell'esortazione della Madre. "Curare il corpo per arrivare alle anime, ma con gran cuore". La vita di madre Giovannina risulta esemplare sia sotto il profilo della sua religiosità sia rispetto alla sua volontà di attenzione ai fratelli più bisognosi, con carità generosissima, senza riserva né preclusione alcuna. Sì, lei ha compreso quelle parole di Gesù: "I poveri li avrete sempre con voi" e ha aperto la mano al povero, al malato, al reietto, condividendo con loro i suoi beni e guardando a essi senza pregiudizi e tanto meno senza condanna, ma sempre con l'occhio del suo generoso cuore e con lo sguardo di Cristo».

Qual è il carattere più significativo della scelta di madre Franchi?

«Madre Giovannina inizia il "Metodo di Vita" con una frase di San Paolo: "Mi sono fatto infermo con gli infermi"; questo mi pare stia a indicare come voglia sottolineare la sua scelta di amare Cristo nelle membra sofferenti. Ella desiderava aderire in pienezza al comandamento dell'amore che Dio ci ha donato: "Ama il prossimo tuo come te stesso", che significa, anche, non solo dare le proprie sostanze, il proprio patrimonio, perché questo basta darlo una volta, ma dare se stessa giorno dopo giorno, fino alla morte nel silenzio, con grande umiltà, nel nascondimento, senza farsi notare, nel sapersi mettere da parte e così far avanzare gli altri. La sua regola è stata molto semplice, basata su principi fondamentali: predilige i malati gravi e moribondi; considera la viva presenza di Cristo nell'Eucarestia e nella



INFERMIERE DI IERI E DI OGGI: L'ESEMPIO DI MADRE FRANCHI

Mariacristina Corradini

persona sofferente. Invita le Sorelle a essere coraggiose e umili nello stesso tempo, pazienti e cortesi nelle maniere, amanti della fatica, mostrandosi sempre con allegrezza e consolazione anche negli uffici poco riguardevoli, sapendo di compiere un'azione preziosa agli occhi di Dio. Cosa si augura che la beatificazione possa portare come frutti per continuare l'opera di attenzione e assistenza in un ambito così delicato quale è quello della fragilità della salute? «I preparativi per la festa della beatificazione della nostra Madre sono un'esperienza bellissima, che mi riempie il cuore di profonda gioia. Come vorrei che la nostra Diocesi venisse a conoscenza della vita della nostra Fondatrice per trarne aiuto, conforto, sostegno nel proprio cammino. È stata una grande donna, che ha vissuto il vangelo stando accanto alla sofferenza di ogni genere. La missione che la nostra Fondatrice ci ha lasciato in eredità è di curare gli infermi "con gran cuore, massimo se moribondi", ed è per noi fondamentale che questi siano circondati di premura e delicatezza tanto da farli sentire in famiglia. Dando uno sguardo, però, alla Congregazione vediamo che l'età delle Suore avanza, il Noviziato è chiuso e come potremo portare avanti il suo stupendo carisma se nessuna giovane ci segue? Allora, ecco, insieme alle mie Consorelle chiedo: madre Giovannina, donaci sane vocazioni, donaci vocazioni capaci di donarsi tutte al Signore e ai fratelli sofferenti. Veder rifiorire il Noviziato è come vedere il grande dono di una rinnovata maternità spirituale, non per i nostri meriti, ma solo per continuare a donare una testimonianza di fede e d'amore ai sofferenti».



Come può la Fondatrice di una Congregazione di Suore essere di esempio per l'infermiere di ieri, di oggi e forse anche di domani? Madre Giovannina Franchi, nel Metodo di Vita, con queste parole *"Le Sorelle, dette Infermiere perché applicate all'assistenza...eserciteranno la carità verso il prossimo, specialmente nell'assistenza corporale degli infermi, preferendo i poveri, massime se moribondi... ma con gran cuore"* definisce, in buona sostanza, l'identità e lo scopo di questa Congregazione. È straordinario pensare che nel 1853, in una casa di via Vitani in Como, nasceva la Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata e che in oltre 150 anni di storia, da quel primo seme sia fiorita un'attività sanitaria, che oggi vede nell'Ospedale Valduce il suo fulcro, dove le Suore Infermiere tutto hanno dato e continuano a dare, per adempiere alla missione affidata loro dalla Fondatrice. Questa realtà risulta provocatoria per tutti noi infermieri, credenti e non, nella consapevolezza di condividere il principio fondante dell'assistenza infermieristica: **la centralità della Persona**. Non si parla di centralità del paziente, cliente e neppure malato, ma di Persona nel pieno riconoscimento della sua alterità, da cui si evince l'unicità e irripetibilità dell'uomo in una visione olistica. In università l'infermiere sviluppa le competenze professionali specifiche e l'ideale di servizio che lo rendono il *professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica*, come si legge nell'art. 1 del codice deontologico, cioè a dire l'unico professionista in grado di farsi carico dei bisogni di assistenza infermieristica della Persona, ma anche del suo entourage familiare, al fine di garantire la risposta assistenziale migliore e personalizzata. Dal punto di vista etimologico, il verbo assistere deriva dal latino ad-sistere e significa proprio stare vicino, quello stare vicino nel visitare i bisognosi, che Madre Franchi, avendo studiato presso l'educandato delle Visitandine, aveva interiorizzato e scelto come propria missione nei confronti di poveri,



malati e morenti, ispirata dalla spiritualità di San Francesco di Sales e dei Padri fondatori dell'assistenza, tra cui San Vincenzo de' Paoli e San Camillo de Lellis. Per questo il professionista infermiere riconosce nello stare vicino l'essenza e l'origine della sua professionalità, che si realizza nell'incontro con la persona assistita, indispensabile per affrontare il percorso di assistenza e di cura. La relazione assistenziale che ne deriva, determina il valore e la dignità di ogni persona assistita, ma anche di ogni professionista infermiere, in una crescita continua e virtuosa di beni relazionali, intangibili, ma fondamentali per il ben-essere della Persona, della famiglia e dei professionisti sanitari tutti, che insieme perseguono l'obiettivo di assicurare cure e assistenza di qualità. Quanto sopra può essere scevro da rischi e "ferite" in cui le relazioni umane possono incorrere, o ancor più può apparire come un'utopia?

Ancora una volta viene in aiuto Madre Giovannina Franchi che descrivendo *"la casa delle Sorelle Infermiere sia una copia della casa di Marta e Maddalena sorelle di Lazzaro, la quale meritò d'essere l'ospizio favorito al Nostro divin Salvatore"* svela il segreto di un'operatività concreta, che si realizza attraverso l'ascolto e il servizio all'altro, in altre parole attraverso il gesto assistenziale, che assume un significato profondo sia da parte di chi lo compie, che da parte di chi lo riceve.

Il gesto, come diceva la filosofa spagnola Maria Zambrano, ha in sé ragione e intenzionalità, rappresenta un ponte che consente di ristabilire il corretto equilibrio tra l'intervento assistenziale e la dignità della persona, attraverso l'incontro che crea vicinanza, comprensione e attenzione positiva.

La Persona che riceve il gesto sente la sua dignità sollevarsi e il suo essere persona confermarsi e, reciprocamente, l'infermiere attraverso i gesti che compie riconferma la propria dignità professionale e alimenta le proprie motivazioni intrinseche. Concludendo, si può affermare che, la storia di Madre Franchi e delle sue Suore Infermiere, rappresentano un esempio vivo e concreto per tutti gli infermieri che nell'assistenza e nella cura della Persona, costruiscono ogni giorno il bene comune.



Madre Giovannina Franchi

BEATIFICAZIONE DI GIOVANNINA FRANCHI

Cattedrale di Como, 20 settembre 2014

Madre Giovannina Franchi, la fondatrice delle Suore Infermiere dell'Addolorata, Congregazione che da oltre un secolo e mezzo si occupa di assistenza medica e riabilitativa a Como (con l'Ospedale Valduce), in altre località della Lombardia, nello svizzero Canton Ticino e anche a Buenos Aires (Argentina), sarà beatificata sabato 20 settembre (vent'anni dopo l'apertura dell'inchiesta diocesana per la causa di beatificazione a cura dell'allora vescovo monsignor Alessandro Maggolini).



LA SUA STORIA

Giovannina Franchi nasce a Como il 24 giugno 1807. Il padre, valente magistrato, è Giuseppe Franchi, la madre è Giuseppina Mazza. Viene battezzata in Cattedrale e riceve il sacramento della Confermazione nella cappella di San Michele, situata all'interno del Palazzo Vescovile.

Giovannina trascorre la giovinezza in famiglia e dal 1814 al 1824 si forma nell'Educandato di San Carlo delle Suore Visitandine di Como. Rientra in famiglia a 18 anni; si dedica all'insegnamento del catechismo e alle opere di carità, sempre mostrando grande attenzione per le necessità del prossimo. Sollecitata dal suo direttore spirituale, il canonico Giovanni Crotti, nel 1853 Giovannina comincia il suo cammino di totale dedizione ai fratelli sofferenti.

Si spoglia delle sue ricchezze mettendole a disposizione dei bisognosi e apre in via Vitani, con tre compagne, la prima Casa di accoglienza per ammalati e convalescenti, prestando assistenza a domicilio a coloro che "non potevano essere accolti nel nosocomio della città". Si reca così nei quartieri più disagiati di Como per portare aiuto agli ammalati nelle loro abitazioni, affrontando coraggiosamente ogni difficoltà. Madre Giovannina, che indossa per prima tra le consorelle l'abito religioso, affida alla protezione della Vergine Addolorata la "Pia Unione delle Sorelle Infermiere" che si applicano alla cura fisica e morale degli infermi: è con questo spirito che vengono accolti e assistiti malati, poveri, anziani, persone sole e senza tetto.

Madre Franchi stilò per sé e le sue consorelle una "Regola di vita" essenziale: «prediligere i malati gravi e moribondi, perché più soli e più vicini all'incontro con Dio; considerare la viva presenza di Cristo nell'Eucaristia e nella persona sofferente; mostrarsi coraggiose e umili nel tempo stesso, pazienti e cortesi nelle maniere, amanti del silenzio e della fatica, ben disposte all'assistenza degli infermi e a qualunque opera di carità, senza eccezione di alcun ufficio, anche se faticoso e ributtante». Ad approvare tale "Regola" fu il vescovo Giuseppe Marzorati.

Durante i periodi in cui la città di Como è colpita dal colera e dal vaiolo nero, che compiono strage tra la popolazione, le suore sono esempio di vivo amore ed esemplare pietà evangelica. Per Madre Giovannina la Casa delle Sorelle Infermiere deve essere "una copia della casa di Marta e di Maddalena sorelle di Lazzaro". È Madre Giovannina a sostenere che la carità del prossimo debba essere "un amore universale, che tutti abbraccia nel Signore e non esclude nessuno".

Dopo aver dedicato interamente la sua vita all'aiuto generoso dei bisognosi, colpita dal vaiolo per contagio nella cura degli infermi, Giovannina Franchi si spegne il 23 febbraio del 1872.

Nell'annuncio delle consorelle per la sua morte si legge: "Oggi, giorno 23 febbraio, cadde un seme ch'era il sostegno di tutte noi e di tutti i poveri della Città".

IL MIRACOLO

Il 6 settembre 1981 nacque nell'Ospedale Valduce di Como la piccola Pasqualina Principe. Alla nascita mostrava segni incompatibili con la vita: la diagnosi fu di asfissia neonatale grave. Fu subito assistita con massaggio cardiaco esterno ma, mancando segni di ripresa, dopo tre ore dalla nascita, il pediatra ostetrico la ritenne morta cerebralmente. Fu a quel punto che le Suore del reparto ricorsero con più fede alla preghiera e all'intercessione di Madre Franchi. La piccola venne posta nell'incubatrice con l'immagine della Fondatrice. Dopo oltre cinque ore dalla nascita, la bambina iniziò a mostrare chiari segni di vita. Il 27 settembre 1981 Pasqualina fu dimessa dall'ospedale in buona salute, pronta a condurre una vita normale.



Madre Giovannina Franchi è beata!

18

Il rito solenne, presieduto dal Prefetto della Congregazione per le cause dei santi, cardinale Angelo Amato, concelebrato dal nostro Vescovo Diego, da altri sei presuli e da oltre cento sacerdoti, si è svolto sabato 20 settembre nella Cattedrale di Como che, per la prima volta nella sua storia quasi millenaria, ha ospitato un rito di beatificazione. Duemila i fedeli presenti a questo momento così importante, con madre Franchi definita "eroe, martire della carità", mentre papa Francesco, nella sua Lettera Apostolica, ha riconosciuto come Giovannina, "per amore di Cristo si è spogliata dei suoi beni per dedicarsi con tutte le sue forze all'assistenza corporale e spirituale di sofferenti e moribondi". La Chiesa di Como farà memoria di madre Franchi il giorno della sua nascita al cielo, il 23 febbraio di ogni anno.



RISCOSSIONE QUOTE ANNO 2014

Ricordiamo agli iscritti che il termine per il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2014 è scaduto il **28/02/2014**. Coloro i quali non hanno ancora provveduto al pagamento della quota, **per non incorrere nell'apertura della procedura di morosità**, sono pregati di versare al più presto l'importo di € 70,00 utilizzando una delle seguenti modalità:

- **c/c postale n. 40220469**
- **bonifico bancario cod. IBAN IT49E 07601 10900 000040220469 intestato a Collegio IPASVI Como – causale "quota di iscrizione anno 2014"** ed inviare copia della ricevuta via fax al n. 031/262538

Ricordiamo agli iscritti che hanno pagato la quota di iscrizione con bonifico bancario, di accertarsi, qualora il c/c sia intestato al marito/moglie o ad altra persona, che ci sia il proprio nominativo nella causale.

Per qualsiasi informazione contattare la segreteria.

Orari di Segreteria

da lunedì a venerdì dalle 08.30 alle 12.00 e dalle 14.00 alle 16.30
Tel. 031 300218 - Mail: info@ipasvicomo.it



Notizie in pillole

a cura di S. Citterio

Piani di rientro: migliorato l'equilibrio finanziario, ora si punta all'assistenza

Le politiche sanitarie degli ultimi anni sono state caratterizzate dall'obiettivo prioritario del contenimento della spesa attraverso un miglior utilizzo delle risorse disponibili e dal rientro dal disavanzo sanitario per quelle Regioni che avevano accumulato delle criticità. Per molte di queste regioni le attività condotte in termini di razionalizzazione della spesa hanno determinato rilevanti progressi tanto da raggiungere posizioni di equilibrio finanziario, ma non può dirsi altrettanto rispetto agli aspetti di riorganizzazione e riqualificazione dei sistemi sanitari e in particolar modo sulla garanzia, in termini di equità e qualità, nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Questa infatti rappresenta la sfida più importante che il Servizio Sanitario Nazionale ha di fronte e con la quale dovrà confrontarsi ancora nei prossimi anni, ossia nel rendere possibile equilibrio finanziario ed erogazione equa ed efficace dei livelli di assistenza. In particolare le Regioni in Piano di Rientro hanno dovuto moltiplicare i loro sforzi per cercare di rimettere in equilibrio il sistema salute tra deficit finanziario ed erogazione dei Lea; ed ora che i Piani di Rientro hanno raggiunto gli effetti attesi in termini di recupero del disavanzo sanitario, l'attenzione si deve spostare inevitabilmente sui LEA. Il "report sul monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza dei SSR dal 2007 al 2012 nelle Regioni in Piano di rientro", realizzato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute - SiVeAS, presenta una visione d'insieme, confrontando per la prima volta:

- le Regioni attualmente in Piano di Rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia) con quelle non in Piano di Rientro
- i costi con l'erogazione dei livelli di assistenza (griglia LEA) evidenziando il "posizionamento" di ciascuna Regione in PDR rispetto allo scenario nazionale
- integrazione ospedale e territorio

Nel complesso, pur rimanendo differenze regionali importanti, l'analisi mostra che:

- le regioni in Piano di rientro hanno livelli di assistenza al di sotto degli standard minimi mentre le Regioni non in PDR mantengono dal 2007 al 2012 adeguati livelli assistenza
- a partire dal 2010 il miglioramento dei conti economici delle regioni in PDR è accompagnato da un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria
- cresce l'erogazione dell'assistenza complessiva. Il risultato positivo si deve all'aumento più consistente delle prestazioni territoriali rispetto alla contestuale riduzione dell'assistenza ospedaliera
- Nel panorama delle Regioni in Piano di Rientro si evidenziano in particolare miglioramenti relativamente:
 - all'assistenza territoriale per gli anziani, i malati affetti da disturbi psichici e i malati terminali, valori espressi da un incremento del numero degli utenti assistiti e delle giornate di degenza;
 - al progressivo contenimento dell'inappropriatezza ospedaliera;
 - alla riduzione dell'inappropriatezza clinica ed organizzativa dei ricoveri ospedalieri di riabilitazione;
 - all'efficienza delle strutture ospedaliere, con riduzione della degenza media;
 - alla dotazione complessiva di posti letto ospedalieri che tende ad allinearsi agli standard nazionali, con particolare riferimento ai posti letto per acuti;
 - alla promozione di interventi volti all'incremento dell'assistenza a livello territoriale;
 - alla riduzione della spesa farmaceutica territoriale;
 - alla riduzione del disavanzo del SSN dal 2007 al 2012 nella misura del 50% circa.

La valutazione complessiva dell'erogazione dei LEA riportata dalla griglia denota un generale e complessivo avvicinamento alla soglia minima ritenuta accettabile.

L'analisi condotta evidenzia in quali settori è necessario incrementare le azioni di riorganizzazione e riqualificazione dei SSR, in particolare:

- assistenza territoriale per i disabili sia in setting domiciliare che residenziale e semiresidenziale;
- assistenza ospedaliera relativa all'offerta di posti letto post-acuzie non ancora in linea con i parametri nazionali;
- inappropriatezza dei ricoveri in regime ospedaliero di riabilitazione.

Il monitoraggio consente di cogliere e di orientare i processi di rinnovamento dei SSR soprattutto in quelle regioni che necessitano di maggiori interventi e misurare con attenzione lo stato di salute del nostro SSN al fine di incrementare nel futuro, a parità di costi, le prestazioni in termini di efficacia ed efficienza.



La malattia da virus Ebola



20

La malattia da virus Ebola (EVD), precedentemente nota come febbre emorragica da virus Ebola, è una malattia grave, spesso fatale, con un tasso di mortalità fino al 90 %. La malattia colpisce gli uomini e i primati (scimmie, gorilla, scimpanzé).

L'Ebola è apparsa la prima volta nel 1976 in due focolai contemporanei: in un villaggio nei pressi del fiume Ebola nella Repubblica Democratica del Congo, e in una zona remota del Sudan. L'origine del virus non è nota, ma i pipistrelli della frutta (Pteropodidae), sulla base delle evidenze disponibili, sono considerati i probabili ospiti del virus Ebola.

■ COME SI INFETTANO LE PERSONE

L'Ebola si trasmette nella popolazione umana attraverso lo stretto contatto con sangue, secrezioni, tessuti, organi o fluidi corporei di animali infetti. In Africa, l'infezione è avvenuta attraverso la manipolazione degli scimpanzé, gorilla, pipistrelli della frutta, scimmie, antilopi di foresta e isticri infetti trovati malati o morti o catturati nella foresta pluviale. Nelle zone a rischio (foresta pluviale dell'Africa Sub-sahariana) è importante ridurre il contatto con gli animali ad alto rischio, quali pipistrelli della frutta, scimmie e primati, non raccogliere animali morti trovati nelle foreste o manipolare la loro carne cruda.

Una volta che una persona sia entrata in contatto con un animale infetto da virus Ebola e abbia contratto l'infezione, questa può diffondersi all'interno della comunità da persona a persona. L'infezione avviene per contatto diretto (attraverso ferite della pelle o mucose) con il sangue o altri fluidi corporei o secrezioni (feci, urine, saliva, sperma) di persone infette. L'infezione può verificarsi anche in caso di ferite della pelle o delle mucose di una persona sana che entra in contatto con oggetti contaminati da fluidi infetti di un paziente con Ebola, quali vestiti e biancheria da letto sporchi dei fluidi infetti o aghi usati.

Gli operatori sanitari sono stati spesso i più esposti al virus durante la cura dei pazienti con Ebola. Questo accade perché, in particolare nelle prime fasi di un epidemia, non indossano dispositivi di protezione individuale (ad esempio i guanti) quando assistono i pazienti. Gli operatori sanitari di tutti i livelli del sistema sanitario - ospedali, cliniche e centri sanitari - delle aree a rischio dovrebbero essere informati, prima possibile, sulla natura della malattia, sulle modalità di trasmissione e seguire rigorosamente le precauzioni raccomandate per prevenire l'infezione.

Possono svolgere un ruolo nella trasmissione di Ebola anche le cerimonie funebri in cui le persone hanno contatti diretti con il corpo del defunto. Le persone decedute per



Ebola, infatti, devono essere maneggiate con indumenti protettivi e guanti ed essere sepolte immediatamente.

Le persone sono contagiose fino a quando il sangue e le secrezioni contengono il virus. Per questo motivo, per evitare di infettare chiunque altro nella comunità, i pazienti infetti devono essere attentamente monitorati dai medici e sottoposti a test di laboratorio, per garantire che il virus non sia più in circolo, prima del loro ritorno a casa. Gli uomini, guariti dalla malattia, possono ancora trasmettere il virus a partner attraverso lo sperma, per un massimo di sette settimane dopo la guarigione. Per questo motivo è importante per gli uomini evitare rapporti sessuali per almeno sette settimane dopo la guarigione oppure indossare il preservativo nei rapporti sessuali durante le sette settimane dopo la guarigione.

■ CHI È PIÙ A RISCHIO

Durante un'epidemia le persone a più alto rischio di infezione sono:

- operatori sanitari
- familiari o altre persone a stretto contatto con persone infette
- persone che hanno contatto diretto con i corpi dei defunti, nelle cerimonie funebri
- cacciatori nella foresta pluviale che entrano in contatto con animali trovati morti nella foresta.

Sono necessarie altre ricerche per capire se alcuni gruppi, come le persone immunocompromesse o persone con altre patologie di base, siano più suscettibili di altri a contrarre l'infezione.

L'esposizione al virus può essere controllata attraverso l'uso di misure protettive in strutture sanitarie e ospedali, nei raduni di comunità e nelle abitazioni.

■ SEGNI E SINTOMI

Comparsa improvvisa di febbre, intensa debolezza, dolori muscolari, mal di testa e mal di gola sono i segni e sintomi tipici, seguiti da vomito, diarrea, esantema, insufficienza renale ed epatica e, in alcuni casi, emorragia sia

interna che esterna.

Gli esami di laboratorio includono globuli bianchi e piastrine bassi ed aumento degli enzimi epatici.

Il periodo di incubazione o l'intervallo di tempo dall'infezione alla comparsa dei sintomi è tra i 2 e i 21 giorni. Il paziente diventa contagioso quando comincia a manifestare sintomi, non è contagioso durante il periodo di incubazione.

L'infezione da malattia da virus Ebola può essere confermata solo attraverso test di laboratorio.

■ TERAPIA

I pazienti gravemente malati necessitano di terapia intensiva, sono spesso disidratati e hanno bisogno di liquidi per via endovenosa o di reidratazione orale con soluzioni contenenti elettroliti. Attualmente non esiste un trattamento specifico per curare la malattia. E' in corso la sperimentazione di farmaci.

Alcuni pazienti con terapie mediche appropriate guariscono.

Per aiutare a controllare l'ulteriore diffusione del virus, i casi sospetti o confermati devono essere isolati dagli altri pazienti e trattati da operatori sanitari che attuino rigorose precauzioni per il controllo delle infezioni.

■ CONSIGLI PER CHI VIAGGIA

Nel corso di un focolaio, l'OMS esamina regolarmente la situazione sanitaria pubblica e raccomanda restrizioni di viaggio o rotte commerciali, se necessario. Al momento, tali misure non sono raccomandate.

Il rischio di infezione per i viaggiatori è molto basso in quanto la trasmissione da persona a persona avviene per contatto diretto con i fluidi corporei o secrezioni di un paziente infetto.

■ IN GENERALE

- I viaggiatori dovrebbero evitare ogni contatto con pazienti infetti
- Gli operatori sanitari che viaggiano verso aree colpite dovrebbero seguire



rigorosamente le indicazioni sul controllo delle infezioni raccomandate dall'OMS

- Chiunque abbia soggiornato in aree dove i casi sono stati recentemente segnalati dovrebbe essere consapevole dei sintomi dell'infezione e consultare un medico al primo segno di malattia
- I medici che si occupano di viaggiatori di ritorno dalle zone colpite, con sintomi compatibili sono invitati a considerare la possibilità di malattia da virus Ebola.

INFORMATI

Sul sito web del ministero della salute sono disponibili diversi documenti sintetici:

a) Scarica opuscoli e locandine per i viaggiatori internazionali

b) Consulta gli aggiornamenti della situazione dell'epidemia in Africa nella sezione Eventi epidemici all'estero

c) Domande e risposte (FAQ), Leggi le domande e risposte più frequenti sulla malattia da virus Ebola

d) Scheda informativa dell'OMS sulla malattia

- EBOLA VIRUS DISEASE Fact sheet n.103
Scheda informativa dell'Organizzazione Mondiale della sanità
Traduzione a cura della Direzione generale della prevenzione

e) Note e circolari

- Circolare 13 agosto 2014 - Segnalazione e gestione di eventuali casi sospetti di Malattia da Virus Ebola (MVE)
- Circolare 8 agosto 2014 - Malattia da virus Ebola, Africa Occidentale - Aggiornamento 8 agosto 2014 - Misure di profilassi internazionale - Raccomandazioni per viaggiatori
- Circolare 1 agosto 2014 - Malattia da virus Ebola in Africa Occidentale: Aggiornamento - Misure di sorveglianza
- Circolare 8 aprile 2014 - Malattia da virus Ebola in Africa Occidentale: Misure di sorveglianza ai punti di ingresso internazionali

in Italia - aggiornamento

- Circolare 4 aprile 2014 - Malattia da virus Ebola in Africa Occidentale: Misure di sorveglianza ai punti di ingresso internazionali in Italia

f) Link

- About Ebola Virus disease
Sezione on line dell'Organizzazione Mondiale della sanità - OMS dedicata a Ebola
- Ebola and Marburg fevers
Sezione on line del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie - ECDC dedicata a Ebola

Ebola, è un "infermiere eroe" il primo britannico contagiato dal virus in Africa



William Pooley, 29 anni, da cinque settimane lavorava come volontario al centro per il trattamento dell'ebola a Kenema, in Sierra Leone.

L'ultimo bollettino dell'Organizzazione mondiale della sanità registra 1.427 morti per Ebola e i primi a essere falciati dal virus sono i medici e gli infermieri che operano nelle aree a rischio. Sono sempre più spesso chiamati "eroi" per l'atteggiamento con cui antepongono il bene comune alla propria salute individuale. L'ultima storia del genere viene dalla Gran Bretagna e riguarda l'infermiere William Pooley, 29 anni, il primo cittadino d'Oltremania affetto dal virus che nella notte è arrivato dall'Africa all'Inghilterra con un volo speciale ed è stato subito ricoverato in una unità altamente isolata al Royal Free Hospital di Londra. "Un professionista, che laddove molti suoi colleghi decidevano di non stare a contatto con i malati di Ebola in Sierra Leone, si era offerto volontario per farlo", scrive oggi il Daily Mail. Pooley è originario di Woodbridge, in Suffolk, e da cinque settimane lavorava come volontario al centro per il trattamento dell'ebola a Kenema, in Africa.



Ebola: il racconto di Massimo Galeotti, infermiere impegnato in Guinea



Grazie a una segnalazione dell'Ufficio Stampa di Medici Senza Frontiere (MSF), condividiamo una storia molto intensa che ci arriva da uno degli operatori umanitari italiani impegnati sul fronte Ebola, in Guinea, l'infermiere Massimo Galeotti, iscritto al Collegio Ispasvi di Firenze dal 1994. Il virus ha ucciso 84 persone negli ultimi tre giorni. Il bilancio complessivo delle vittime sale così a 1.229, rende noto l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le persone infette sono ora 2.240. Ad oggi ci sono stati 466 morti in Liberia, 365 in Sierra Leone, 394 in Guinea e 4 in Nigeria.

LA FORZA DI MARY

di Massimo Galeotti, infermiere di MSF in Guinea

“Il triangolo della morte, così mi viene da descrivere questa parte di mondo dove l'equipe MSF sta lottando giorno e notte per fermare l'epidemia di Ebola. Mi trovo a Guéckédou, una cittadina nella foresta della Guinea, non lontana dal confine con la Sierra Leone e la Liberia. Il virus Ebola sembra non voler arrestare la sua avanzata. Nel nostro ospedale da campo a fatica riusciamo a trovare i letti e lo spazio per ammettere tutti i casi d'ebola. Qui i morti si contano giornalmente: è un'ecatombe. Il numero più basso di morti che abbiamo avuto in una giornata è stato quattro ed il numero maggiore sette. Il giorno del mio arrivo abbiamo ammesso una famiglia intera, padre, madre e le loro tre figlie di 7, 10 e 13 anni. Il padre è deceduto dopo qualche ora dall'arrivo, lasciando sole la moglie Geneva e le 3 figlie. Geneva era terrorizzata dall'idea di morire e di dover lasciare le sue tre bellissime bambine orfane. Ma le sue condizioni sono subito apparse gravi. Ha iniziato a perdere sangue dal naso e poi dalla bocca fino a che non è spirata, tra i pianti e le urla delle sue tre bambine che l'hanno vista morire in questo modo orribile. Il padre era stato ad un funerale di un fratello

(successivamente si è capito che era affetto da ebola), e durante la cerimonia della preparazione del corpo, eseguita senza protezione, era venuto a contatto con il virus. **Una persona infetta con l'ebola ha il virus in tutte le secrezioni del corpo: sudore, lacrime, saliva, sangue, feci, vomito e perfino nel latte materno. Ed il luogo dove il virus si propaga maggiormente è proprio durante i funerali, dove il corpo del morto viene toccato da tutte le persone che partecipano al funerale. Una volta rientrato a casa, il padre ha trasmesso il virus a tutta la famiglia.**

Mary, la più grande delle tre, mi ha subito colpito per il suo sguardo maturo, per quell'aria da 'dura' con la quale mi guardava. Sola ad accudire le sue due sorelline, passava ore a darle da bere e da mangiare, le spronava a sforzarsi, ma per loro era un calvario anche solo aprire la bocca. La diarrea ha iniziato a manifestarsi nella sorellina più piccola che dopo una notte di agonia se n'è andata. **Mary e Jetta, le due superstiti si sono allora chiuse in un silenzio totale.** Non mi guardavano neppure quando entravo nella tenda. Si rifiutavano di mangiare nonostante Mary avesse ancora la forza per farlo. Entravamo a turno nell'unità di isolamento, per non lasciarle troppo tempo da sole. Faceva caldissimo e con la tuta di protezione che indossiamo e non riuscivamo a stare all'interno per molto tempo. Mary e Jetta non parlavano l'inglese e quando chiedevo loro come si sentissero o se avessero mangiato non mi guardavano neppure. Jetta si è addormentata, di un sonno profondo, dal quale non si è più svegliata. Che tristezza nei nostri cuori, quanta rabbia abbiamo provato. Il senso di impotenza in questi casi prende il sopravvento, e la rabbia la senti salire e vorresti urlare. Mary era lì, apparentemente indifferente alla morte della sorella, non guardava il suo corpo, non piangeva. Avrei voluto abbracciarla e per questo mi sono avvicinato ma Mary con uno movimento brusco si è



girata dall'altra parte. Mentre l'èquipe si preparava a portare via il corpo della sorellina, Mary, fissava con lo sguardo la parete della tenda. Non si è mossa da quella posizione per ore, e così l'ho ritrovata quando alle sette di sera sono rientrato per portarle la cena. Le ho messo il piatto davanti e le ho chiesto di fare uno sforzo, spiegandole che mangiare e bere aiuta l'organismo a combattere l'ebola. Non ha mosso la testa di un millimetro.

Il giorno seguente quando sono entrato nella sua tenda l'ho trovata sdraiata per terra, che dormiva. L'ho chiamata, ha riconosciuto la mia voce perchè mi ha fissato come se aspettasse una delle mie domande. Le ho la mano destra e mentre la stringevo le ho detto che non mi sarei arreso, e che sarei rimasto lì accanto a lei fino a che non avesse assaggiato il cibo che le avevo portato. Poi mi sono detto «perchè non parlarle in italiano?», la nostra bella lingua così musicale da incantare anche chi non la conosce. Sono rimasto al suo fianco raccontandole un pò di cose: da dove venivo e cosa facevo nel suo Paese. Sono poi passato a raccontarle della mia famiglia e di mio nipote Matteo, e di quanto bene gli volessi. Mary mi guardava, la sua mano nella mia, immobile come rapita da un testo stupendo di una canzone ascoltata per la prima volta. Mi sono fatto coraggio e le ho avvicinato il piatto e subito si è girata dall'altra parte. Le ho fatto capire che il caldo mi stava torturando e che la tuta era tutta bagnata di sudore all'interno, gli occhialini erano quasi tutti appannati. Faticavo a respirare, eppure mi sforzavo a starle accanto perché volevo vedesse che m'importava davvero di lei. **Poi non ce l'ho fatta più e mentre mi allontanavo ho sentito la sua mano afferrare il mio braccio. Mi sono girato e ho visto le sue labbra muoversi, ma non capivo. Un'altra paziente ha tradotto per me: Mary mi chiedeva di farle il bagno. Mi sono sentito subito pieno di energie e pronto per fare questo ultimo sforzo prima di uscire dall'unità di isolamento.** Era debole, a stento riusciva a stare in piedi, «io ho fatto un grande sforzo per farti il bagno ed ora ti chiedo di fare lo stesso per mangiare». Le ho avvicinato il piatto e sono rimasto altri minuti ad aspettare che lei aprisse la bocca e finalmente mangiasse qualche boccone di riso. Non so

descrivere il senso di vittoria che ho provato in quel momento, una grande gioia e contentezza. Certo non era il segno della guarigione, ma comunque un grandissimo passo in avanti, una meta che non avrei mai creduto di raggiungere. All'uscita dall'unità di isolamento ho urlato a tutta l'èquipe la grande novità, erano increduli. Allora li ho fatti avvicinare alla tenda da dove si intravedeva Mary masticare piccolissimi bocconi di riso. Il giorno dopo sono tornato, Mary sembrava non volesse mangiare ma dopo il bagno, si è seduta sul letto ed ha iniziato a mangiare il pane inzuppandolo nel tè. Non stava proprio bene, era molto debole, ma vedevo che si sforzava ed ero sicuro che sarebbe migliorata. Nel pomeriggio mi è arrivata la notizia che il giorno dopo sarei dovuto partire per una missione esplorativa in Liberia, dove l'ebola continua la sua avanzata. Che rabbia! Proprio ora che Mary reagiva volevo seguire i suoi progressi e starle accanto. Prima di partire sono andato a salutarla. Mi ha guardato, ha preso il piatto ed ha iniziato a mangiare, mentre ero seduto al suo fianco. Prima di uscire dalla tenda le ho fatto ciao con la mano dicendole che sarei partito ma che ogni giorno avrei chiesto sue notizie. **È davvero strano come ci si possa legare ad una persona che si è conosciuta da poco, con la quale non puoi neanche comunicare. Eppure quella bambina mi emozionava tutte le volte che la guardavo, non me la tolgo dalla mente.**

Sono stato costantemente informato, ed oggi la grande notizia: **«Mary è uscita, ce l'ha fatta».** Non avevo parole per esprimere la gioia che provavo e così mi sono coperto il volto con le mani e come un bambino ho pianto. Non ho la presunzione di pensare di aver salvato la vita a quella ragazzina che non rivedrò mai più, ma sono certo che l'incoraggiamento, la vicinanza e la mia testardaggine le siano state da spinta. Mary poi ha fatto il resto e forse il fato, finalmente, ha dato il suo contributo.

Non vedo l'ora che sia domani per iniziare una nuova sfida al fianco di chi soffre, ed imparare, da persone come Mary, come posso stimolare quel cambiamento che voglio vedere nel mondo” 

(tratto da www.ipasvi.it)



IPASVI “Basta blocchi dei contratti: i professionisti hanno perso il 22% di potere di acquisto e i servizi rischiano di saltare”

dalla redazione

25

Gli infermieri hanno perso dal 2009 (ultimo rinnovo contrattuale) al 2014, per colpa del blocco dei contratti, circa il 22% del loro potere di acquisto. Significa che la loro retribuzione – che dal 2009 al 2012, ultimo anno di rilevazione ufficiale dell’Economia è salita solo di 250 euro l’anno – è come se fosse calata di 7-8mila euro. E se nel 2015 le buste paga restassero ancora congelate, i professionisti rischierebbero quasi un quarto del valore del loro stipendio al limite dell’insostenibilità rispetto al costo della vita ormai alle soglie della sopportabilità.

Indispensabile un regime speciale anche per la sanità

“Un nuovo blocco delle retribuzioni non è tollerabile per professionisti che garantiscono i livelli di salute dei cittadini: quello della sanità è un servizio pubblico essenziale e a colpi di tagli, blocchi di organici, impossibilità di carriera, aumento dei carichi di lavoro e demotivazione degli operatori non può farcela più. Non solo la Giustizia deve avere un regime speciale, ma anche la sanità: l’una si occupa della tutela dei diritti della persona, l’altra della tutela della sua salute, senza la quale nemmeno i diritti si possono far valere. Il Governo cerchi altre fonti di tagli e risparmi: chi lavora per la tutela della salute dei cittadini con turni, reperibilità e carenze di organici non può più essere il bancomat per far fronte a vecchi sprechi e nuove esigenze di risparmio”.

È immediata la reazione di Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi e senatrice della commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, all’annuncio del ministro della Pubblica amministrazione Marianna Madia che anche per il 2015 non ci sono le risorse per consentire il rinnovo dei contratti dei dipendenti pubblici.

Parlamento e sindacati intervengano

“Bisogna interrompere questa situazione – aggiunge Silvestro -: come senatrice mi impegno a coinvolgere i miei colleghi parlamentari perché sollecitino in modo unitario il Governo a trovare soluzioni diverse per l’economia nazionale da quella del blocco delle retribuzioni. E come rappresentante dei 420mila infermieri italiani, di cui poco meno di 300mila alle dipendenze di Asl e ospedali (quasi il 50% del personale), chiedo ai sindacati che da sempre tutelano il diritto al lavoro di intervenire, perché l’alternativa è che tra qualche anno, così facendo, di lavoro pubblico da tutelare ne resti ben poco”.

Il rischio di professionisti “vecchi” poveri e bastonati

Secondo Silvestro aprire una trattativa solo per la parte normativa dei contratti – come stabilito dal recente decreto sulla Pubblica amministrazione – è utile e importante ma *“non si può riorganizzare un servizio se a lavorare ci sono sempre meno operatori e per di più demotivati e schiacciati dalle preoccupazioni della sostenibilità della loro vita di tutti i giorni. Davvero si può pensare – conclude - di continuare a chiedere a medici e infermieri, come avviene a esempio in Lombardia e Veneto, di accumulare ore e ore di straordinario per tenere aperti i servizi giorno e notte? Va bene per i cittadini, siamo d’accordo, ma almeno per gli operatori si parli in parallelo di politiche di assunzione e incentivazione economica. Altrimenti restano “vecchi”, poveri e bastonati.”*

(tratto da www.ipasvi.it)



Vigilatrici d'infanzia e infermieri pediatrici disegnano il proprio futuro: sondaggio Ipasvi in occasione del rinnovo dei direttivi dei Collegi

26

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi propone a tutte le Vigilatrici d'infanzia/Infermieri pediatrici un sondaggio sugli indirizzi futuri per l'infermieristica di area pediatrica e neonatologica per decidere l'orientamento sul futuro della loro professione.

Il futuro professionale degli infermieri pediatrici e delle vigilatrici di infanzia è nel mantenimento della situazione attuale o in un cambiamento che può andare verso un'interconnessione formativa e operativa tra infermiere pediatrico e infermiere specializzato in assistenza infermieristica pediatrica e neonatologica? Oppure ancora consiste nel definire "a esaurimento" la figura dell'infermiere pediatrico con tutte le tutele per chi è già operativo e facilitando la scelta dell'acquisizione volontaria del titolo di infermiere da parte dei vigilatrici di infanzia e infermieri pediatrici? Sono queste le opzioni da scegliere, contenute in un sondaggio predisposto dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, inviato a tutti i presidenti dei collegi e a tutti i professionisti diretti interessati, che potranno esprimere il loro giudizio su una scheda appositamente predisposta (consultabile al seguente indirizzo <http://www.ipasvi.it/attualita/vigilatrici-di-d-infanzia-e-infermieri-pediatrici-disegnano-il-proprio-futuro-sondaggio-ipasvi-in-occasione-del-rinnovo-dei-direttivi-dei-collegi-id1325.htm>) in occasione delle votazioni per il rinnovo dei direttivi dei Collegi. In quella sede saranno predisposti contenitori ad hoc con l'indicazione "sondaggio vigilatrici d'infanzia/ infermieri pediatrici" che dovranno essere posizionati in stanze diverse da quella in cui si svolgono le elezioni per il rinnovo dei Collegi. I contenitori saranno poi ufficialmente aperti in una seduta pubblica pomeridiana che si svolgerà nella sede della Federazione nazionale Collegi Ipasvi il 23 gennaio 2015. Il sondaggio parte da alcune riflessioni scaturite nel Consiglio nazionale ed è stato predisposto per coinvolgere direttamente le vigilatrici d'infanzia/infermieri pediatrici nella riflessione su quali debbano essere gli indirizzi

futuri per l'infermieristica di area pediatrica e neonatologica. Queste le opzioni contenute nel sondaggio su cui ci si potrà esprimere:

1. mantenimento della situazione attuale, ossia:

- Profilo dell'infermiere
- Profilo dell'infermiere pediatrico

2. evoluzione della situazione attuale con impegno collettivo per:

- dare corso a interconnessioni formative e operative tra infermiere pediatrico e infermiere specializzato in assistenza infermieristica pediatrica e neonatologica,
- individuare e porre in essere ogni facilitazione prevista dall'ordinamento universitario per l'acquisizione del titolo di infermiere per l'infermiere pediatrico e del titolo di infermiere pediatrico per l'infermiere,
- mantenere i corsi di laurea in infermieristica pediatrica ma attivare e contestualmente sostenere, preferibilmente nelle attuali sedi del corso di laurea in infermieristica pediatrica, anche i master specialistici in assistenza infermieristica pediatrica e neonatologica

3. superamento della situazione attuale ossia:

- dare corso all'iter per definire "ad esaurimento" la figura dell'infermiere pediatrico,
- definire e formalizzare, in specifico tavolo ministeriale, le forme di tutela professionale e contrattuale per le VI/inf. pediatrici già operativi,
- individuare e porre in essere ogni facilitazione prevista dall'ordinamento universitario per l'acquisizione volontaria del titolo di infermiere da parte delle VI/Infermieri pediatrici.



(Tratto da www.ipasvi.it)

Malattia renale cronica: il ruolo essenziale della prevenzione e dell'educazione del paziente.

Documento di indirizzo approvato in conferenza Stato-Regioni

16/08/2014 - *L'accordo sul documento di indirizzo approvato in Stato-Regioni assegna un ruolo fondamentale agli infermieri e soprattutto a quelli di dialisi e dialisi peritoneale*

27

Ne soffre in media il 7,1% della popolazione (7,5% uomini e 6,5% donne). Ha una prevalenza più bassa in Italia rispetto agli altri Paesi occidentali na un profilo di rischio più alto, soprattutto per l'età avanzata. E' la «malattia renale cronica» (MRC), nome con cui si definiscono i danni renali, spesso irreversibili, secondari a numerosi e spesso diversi eventi morbosi o fattori di rischio. Alcuni, come le glomerulonefriti, interessano proprio il rene, altri interessano il rene solo in quanto organo riccamente vascolarizzato e appartengono alla categoria dei fattori etio-patogenetici del danno vascolare sistemico.

E sulla malattia renale cronica è stato approvato nell'ultima Stato-Regioni prima della pausa estiva un documento di indirizzo che prevede la costituzione di una rete organizzata per la presa in carico dei pazienti con lo scopo di garantire continuità e appropriatezza delle cure.

Il tutto, con la massima integrazione multi-professionale e il coinvolgimento, soprattutto nelle fasi dell'educazione terapeutica, a fianco del medico di medicina generale e dello specialista, di tutti gli operatori sanitari con particolare riferimento agli infermieri e soprattutto a quelli di dialisi e dialisi peritoneale *“che da sempre – si legge nel documento approvato – hanno un ruolo chiave nell'educazione terapeutica e nel team”*.

Il paziente nefropatico è il tipico esempio di cronicità della malattia che richiede un approccio di squadra e una strutturazione dei processi di cura. Nel suo cammino verso la cronicità ogni paziente va incontro a esigenze

cliniche diverse, strutturate su differenti livelli che sono comunque parte di un unico processo di cura e che comprendono:

- identificazione dei soggetti a rischio di MRC;
- diagnosi della patologia nefrologica di base e l'inizio di terapie eziopatogenetiche, a volte complesse ad alta specificità (come le terapie immunosoppressive nella nefropatie a genesi immunologica, glomerulonefrite, vasculiti ecc.), ma adatte a stabilizzare la nefropatia di base.

La presa in carico precoce del paziente con MRC e la condivisione con il nefrologo di questi pazienti costituiscono il perno su cui si articolano i diversi livelli di cura.

La situazione attuale

Il Censimento della Società italiana di Nefrologia nel 2004 descrive una rete nefrologica composta da:

- 363 strutture pubbliche principali di Nefrologia e/o Dialisi.
- 303 strutture satelliti, collegate alle precedenti.
- 295 strutture private (in 13 regioni).

Per quanto riguarda l'attività di questa rete il documento fa alcune considerazioni:

- la prevenzione e la terapia della MRC in Italia sono a carico delle strutture pubbliche appartenenti al Ssn.
- in alcune Regioni le strutture private erogano trattamenti dialitici, ma spesso non esiste coordinamento con le strutture pubbliche.

Considerando solo progetti su scala



regionale ed escludendo le reti dei trapianti, i progetti di rete nefrologica riguardano solo una minoranza delle Regioni.

I costi della malattia renale cronica

Al di là della morbilità, mortalità e scarsa qualità della vita generata dall'insufficienza renale cronica, i costi per la società sono alti, sia quelli diretti che indiretti.

Secondo l'accordo i costi sanitari diretti devono tenere conto anche di personale medico, materiali, ammortamento attrezzature, manutenzione, service, farmaci e diagnostica, quelli non sanitari dei costi del personale non medico, servizio alberghiero, servizi generali, servizio di trasporto.

Ci sono poi i costi indiretti: assenza di lavoro in termini di giornate perse, ricorso al carcere e al personale di assistenza, esclusi familiari/amici. Il trattamento della MRC allo stadio terminale genera forti oneri per il servizio sanitario. Il costo diretto annuo del trattamento di un paziente in dialisi va da un minimo di 29.800,00 euro per quelli in dialisi peritoneale (calcolato come costo per ogni singola prestazione a 83,00 euro per 7 sedute) fino a un massimo di 43.800,00 euro per quelli in emodialisi (calcolato come costo medio per ogni singola prestazione di 281,00 euro per 3 sedute settimanali)5 a questi costi diretti, sanitari e non sanitari, andrebbe aggiunta la quantificazione dei costi indiretti.

I costi del trapianto sono stimati in 52.000,00 euro per il primo anno e 15.000,00 euro per ogni anno successivo al primo.

È stato inoltre calcolato che la possibilità di ritardare di almeno 5 anni la progressione del danno renale per 10% dei soggetti dallo stadio III allo stadio IV e di ritardare sempre di 5 anni l'invio dei pazienti in dialisi,



permetterebbe al Ssn di risparmiare risorse per 2,5 miliardi di euro.

Nel 2001 in Italia l'1,8% del budget totale per le cure sanitarie è stato speso per pazienti in ESRD (end stage renal disease) che rappresentano lo 0,083% della popolazione generale. Il trapianto renale è la terapia sostitutiva renale più conveniente. I pazienti sottoposti a trapianto hanno un costo sanitario che oscilla da un terzo fino a un quarto in meno della spesa totale rispetto ai pazienti in dialisi.

Prevenzione primaria

La prevenzione primaria delle malattie renali specifiche si basa sulla consulenza del genetista in alcune malattie ereditarie, sull'uso accorto dei farmaci potenzialmente nefrotossici, sull'uso di dosi moderate di mezzo di contrasto iodato, in particolare nel paziente anziano e/o diabetico e, infine, sull'evitare manovre invasive intra-arteriose, non strettamente necessarie, soprattutto in presenza di aterosclerosi grave dell'aorta addominale. Per alcune nefropatie a patogenesi immunologica non è possibile attuare una prevenzione primaria. La prevenzione primaria della nefroangiosclerosi e della nefropatia diabetica



si identifica con la prevenzione primaria della MCNT (malattia celiaca non trattata) che nel nostro Paese si avvale di due importanti strategie: il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 4 maggio 2007) e i Piani Nazionali della Prevenzione, secondo i principi della "Health in all policies". Tale approccio è sostenuto anche dal "Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020", approvato di recente dall'Oms. Prevenzione della progressione della MRC (Prevenzione terziaria)

L'insufficienza renale può indurre la comparsa di fattori patogeni (anemia, resistenza all'insulina, iperattività simpatica, iperuricemia, alterazioni del metabolismo calcio/fosforo) in grado di amplificare il danno vascolare e/o metabolico. L'identificazione dell'alterazione renale permette quindi di isolare, nell'ambito dei soggetti a rischio, una sottopopolazione particolarmente suscettibile a sviluppare sia una malattia renale progressiva sia eventi cardiovascolari mortali. Per la prevenzione dell'ulteriore progressione della MRC nella popolazione con diagnosi certa è necessario definire specifici percorsi assistenziali per realizzare programmi di gestione integrata della malattia.

Le azioni

Per poter realizzare azioni mirate alla prevenzione della MRC è necessario programmare interventi di salute pubblica che abbiano l'obiettivo di:

- migliorare le conoscenze della popolazione riguardo all'adozione di corretti stili di vita, con particolare riguardo alla riduzione del sale,
- formare i medici di medicina generale,

pediatri di libera scelta, specialisti e personale sanitario per identificare precocemente i soggetti in condizione di rischio aumentato per MRC nella popolazione, da indirizzare verso adeguati percorsi di presa in carico,

- identificare precocemente i soggetti negli stadi iniziali con semplici test diagnostici (descritti negli allegati all'accordo),
- costruire registri di patologia in accordo con la normativa nazionale.

Percorsi di presa in carico e gestione integrata
Negli ultimi 15 anni si sono moltiplicate le segnalazioni che dimostrano come una presa in carico precoce del paziente con MRC è in grado di ridurre la frequenza dei ricoveri e la mortalità. Inoltre la qualità e l'intensità del trattamento nel periodo di terapia conservativa sembra essere in grado di influenzare anche la morbilità e la mortalità dei pazienti dopo l'inizio del trattamento dialitico stesso (Legacy Effect).

Secondo la bozza di accordo va superato il percorso classico: paziente-MRC-nefrologo, ma occorre tener conto della molteplicità dei fattori che condizionano la prognosi e la progressione della MRC e comportano tipologie di intervento differenti. I nuovi percorsi diagnostico-terapeutici, in considerazione della diversità di patologie croniche che spesso coesistono con la MRC, devono vedere coinvolti in modo coordinato e integrato altri attori, come il medico di medicina generale, altri specialisti e, appunto, gli infermieri di dialisi e dialisi peritoneale. L'obiettivo finale è quello di un miglioramento della qualità della prestazione sanitaria insieme ad un risparmio nell'impiego di risorse.

(Tratto da www.ipasvi.it)





MANIFESTO NURSES4EXPO

Serie di iniziative gestite da infermieri per EXPO Milano 2015

30

Il tema dell'Expo 2015, **NUTRIRE IL PIANETA, ENERGIA PER LA VITA** intende porre all'attenzione internazionale il diritto a una alimentazione sana, sicura e sufficiente per tutti (<http://www.expo2015.org/il-tema>). Fra gli argomenti di lavoro e di dibattito i seguenti sono direttamente correlati con l'attività che milioni d'infermieri svolgono in tutti i Paesi del mondo. Non solo, essi sono da tempo oggetto dell'impegno degli infermieri che operano a livello Internazionale.

1. Rafforzare la qualità e la sicurezza dell'alimentazione, vale a dire la sicurezza di avere cibo a sufficienza per vivere e la certezza di consumare cibo sano e acqua potabile.
2. Assicurare un'alimentazione sana e di qualità a tutti gli esseri umani per eliminare la fame, la sete, la mortalità infantile e la malnutrizione, che colpiscono oggi 850 milioni di persone sul Pianeta, debellando carestie e pandemie.
3. Prevenire le nuove grandi malattie sociali della nostra epoca, dall'obesità alle patologie Cardiovascolari, dai tumori alle epidemie più diffuse, valorizzando le pratiche che permettono la soluzione di queste malattie.
4. Educare a una corretta alimentazione per favorire nuovi stili di vita in particolare per i bambini, gli adolescenti, i diversamente abili e gli anziani.
5. Valorizzare la conoscenza delle "tradizioni alimentari" come elementi culturali ed etnici.

La CNAI, le Associazioni aderenti al GPAIN, il Coordinamento del Collegi IPASVI della regione Lombardia e il Comitato ExpoVillage2015, hanno deciso di unire le proprie specifiche caratteristiche - quali la storia e i rapporti internazionali di CNAI, la rappresentatività politico-professionale dei Collegi IPASVI e le peculiarità delle diverse Associazioni infermieristiche - e farsi promotori d'iniziativa con il comune logo di Nurses4EXPO (nurses4expo@expovillage.it). Tali iniziative intendono agire da catalizzatore per l'attivazione di altri eventi, incontri e convegni innescando una sorta di "contagio" positivo all'interno della professione infermieristica italiana (420.000 professionisti) e stimolando altri gruppi, professionali e non, a dialogare e apportare il loro specifico contributo sui numerosi temi correlati all'alimentazione, al benessere e alla salute a essa dipendenti. L'intento è di condividere lo stesso logo di Nurses4EXPO sia per le iniziative nazionali che internazionali proposte o attivate dagli infermieri e prima del 2015 sotto l'egida di EXPOVILLAGE.

Fra le parole chiave che compongono il tema di EXPO Milano 2015 le seguenti sono particolarmente care agli infermieri: PERSONA, VITA e ALIMENTAZIONE (<http://www.expo2015.org/il-tema/le.-parole-chiave>). PERSONA per l'infermiere non è solo il centro dell'interesse attorno al quale ruotano tutte le sue attività nei diversi ambiti di esercizio professionale (assistenza clinica, formazione, organizzazione, ricerca, consulenza), ma è il professionista protagonista del suo lavoro, radicato nella società in cui vive e quindi capace di agire in modo positivo sulla trasformazione dell'ambiente naturale e sociale in cui vive. In un momento di crisi che tocca la riduzione delle risorse da destinare ai servizi sanitari, la prevenzione della malattia e la promozione di stili di vita sani chiedono di diffondere buone pratiche non solo cliniche ma, ancor prima, negli ambiti extra-sanitari, dove gli infermieri possono raggiungere i cittadini e incidere in modo positivo sulle loro abitudini e comportamenti. Una delle prime iniziative organizzate direttamente dai firmatari di questo Manifesto coinciderà, sotto l'egida di EXPOVILLAGE, con il Convegno nazionale di CNAI del 2014 sul tema **Il ruolo degli Infermieri a favore dell'alimentazione e della salute: alcune esperienze e dati italiani**. Sottoscrivendo questo Manifesto Nurses4EXPO le seguenti Associazioni ed Enti s'impegnano a collaborare e a sostenere le reciproche iniziative coordinandone la programmazione in modo da inviare un messaggio univoco e forte a favore della salute dei cittadini e della maggior valorizzazione della figura professionale dell'infermiere in Italia. S'impegnano altresì a riferirsi al Comitato scientifico e alla Segreteria organizzativa di prossima costituzione al fine di coordinare le attività ed essere di riferimento per altre Associazioni, Centri ed Enti che vorranno collaborare, finanziare e contribuire alle iniziative future utilizzando il logo Nurses4EXPO.

Per la Consociazione nazionale delle Associazioni infermieri/e, **CNAI** - la Presidente, Cecilia Sironi

Per il **GPAIN** - la referente, Angela Lollì

Per il Coordinamento dei **Collegi IPASVI della regione Lombardia** - la Presidente, Beatrice Mazzoleni

Per il **Comitato ExpoVillage2015** Il Presidente- Raffaele Nurra

Milano, 26 settembre 2013





È EVIDENTE CHE...

a cura di Martinelli Chiara

Lo Yoga nella schizofrenia: una scelta per migliorare la qualità di vita

31

Rubrica curata da Loredana Cavallaro e Jeannette Gerletti – Tutor corso di Laurea In infermieristica – Università Studi INsubria – sezione di Como

Il termine schizofrenia riunisce in sé un vasto ed eterogeneo gruppo di disturbi mentali caratterizzati da manifestazioni cliniche differenti, ad andamento per lo più cronico, accomunate da discontinuità e frammentazione (Spaltung) della vita psichica (Secondo et al., 2010). Nel DSM-IV (Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorder) sono elencati i sintomi che costituiscono criterio di diagnosi. Si distinguono sintomi positivi (deliri e allucinazioni), sintomi negativi (appiattimento dell'affettività, alogia, abulia), disorganizzazione dell'eloquio e del comportamento. Dall'esordio del disturbo la persona prova una significativa riduzione del funzionamento sociale e lavorativo con peggioramento delle relazioni interpersonali e della cura di sé (American Psychiatric Association, 2000). Ciò che ne consegue è un forte disagio, con sensazioni e sentimenti che inevitabilmente compromettono il benessere personale. È un obiettivo prioritario per l'infermiere che lavora in ambito psichiatrico dare attenzione, fornire cura e promuovere il miglioramento della qualità della vita.

A tal proposito negli ultimi anni le cosiddette Medicine Non Convenzionali (MNC) hanno attirato sempre più l'interesse di professionisti sanitari e assistiti in quanto possiedono presupposti che a volte non si ritrovano nella medicina tradizionale. Ovvero la centralità dell'individuo e la visione olistica che valorizza l'interazione tra mente e corpo. Le MNC si suddividono in diversi sottogruppi, tra questi troviamo la medicina mente-corpo di cui fa parte lo yoga. Diversi studi clinici hanno dimostrato

che la pratica costante dello yoga possiede effetti positivi sull'organismo come la riduzione della pressione sanguigna, la riduzione della tensione muscolare e l'incremento dell'attività del nervo vago, tutti cambiamenti che producono benessere. La ricerca effettuata ha avuto quindi lo scopo di reperire in letteratura i principali studi al fine di capire se lo yoga potesse rappresentare un trattamento di MNC finalizzato a migliorare la qualità della vita nella persona adulta con diagnosi di schizofrenia.

MATERIALI E STRUMENTI

La revisione della letteratura si è protratta da dicembre 2012 a maggio 2013. Si è concretizzata consultando volumi e riviste cartacee, il sito internet tematico - National Center for Complementary and Alternative Medicine - NCCAM e interrogando, tramite il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SB-BL), due banche dati: Medline di PubMed, la banca dati della National Library of Medicine degli Stati Uniti e CINAHL Plus with Full Text una banca dati più specifica per le scienze infermieristiche.

Si è scelto di considerare gli studi pubblicati tra il 2007 e il 2012. Sono stati selezionati i lavori che fanno riferimento ad una popolazione adulta, che possiedono un approccio di tipo quantitativo e che trattano specificatamente di yoga e non di discipline simili. Si sono identificati quindi 6 studi, in cui è previsto un confronto tra un programma di yoga, un programma di esercizio fisico e un gruppo di controllo. La valutazione viene effettuata all'inizio dello



DISCUSSIONE

Per ragioni di spazio si decide qui di analizzare solo quattro dei sei studi reperiti, in quanto utilizzano le stesse scale di valutazione e danno la possibilità al lettore di fare un confronto diretto tra i risultati. Il primo studio presentato è condotto da Behere et al. (2011) e vede il confronto dei risultati ottenuti da tre gruppi, assegnati a sedute di yoga, a sedute di esercizio fisico o alla lista d'attesa. Le persone arruolate partecipano ad un programma di 30 giorni di addestramento cui seguono due mesi di esecuzione autonoma al domicilio della pratica appresa. La valutazione viene eseguita all'inizio del trattamento, dopo due e dopo quattro mesi. La scala di valutazione utilizzata è la Social and Occupational Functioning Scale (SOFS), una scala impiegata in ambito psichiatrico per valutare il funzionamento sociale dell'individuo, formata da 14 item ognuno con un punteggio da 1 a 5 dove 1 è "nessuna

compromissione" e 5 è "massima compromissione", punteggi più alti, quindi, indicano un funzionamento sociale peggiore. I risultati che emergono sono statisticamente significativi solo nel gruppo yoga e mostrano un decremento della SOFS del 18% a due mesi e del 17% a quattro. Varambally et al. (2012) analizzano l'efficacia dello yoga confrontandola con sedute di esercizio fisico e lista d'attesa. L'approccio consiste in 25 giorni di addestramento cui seguono tre mesi di esecuzione autonoma. La valutazione viene effettuata somministrando la SOFS all'inizio del trattamento e quattro mesi dopo. Ciò che ne risulta è una riduzione statisticamente significativa nel gruppo yoga del punteggio della scala del 15%. Il gruppo lista di attesa e il gruppo esercizio fisico non hanno manifestato variazioni significative.

Duraiswamy et al. (2007) ha previsto due gruppi: yoga ed esercizio fisico. Ai partecipanti è stato proposto un programma di addestramento della durata di 15 giorni a cui far seguire l'esecuzione autonoma domiciliare della pratica per i tre mesi successivi. La valutazione è avvenuta all'inizio del trattamento e dopo quattro mesi. Risultati statisticamente significativi si sono registrati nel punteggio della SOFS ed hanno coinvolto entrambi i gruppi: decremento del 52% nel gruppo yoga e del 23% nel gruppo esercizio fisico. Altro risultato statisticamente significativo si è registrato nel punteggio della World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) una scala che valuta la qualità della vita, formata da 26 domande suddivise in quattro aree: salute fisica, benessere psicologico, relazioni sociali e adattamento ambientale. Nel gruppo yoga si è registrato un incremento statisticamente significativo in tutte e quattro le aree: +23% salute fisica, +29% benessere psicologico, +29% relazioni sociali e +19% adattamento ambientale. Non si è registrato nessun incremento significativo nel gruppo esercizio fisico. Visceglia e Lewis (2011) hanno condotto uno studio suddividendo il campione in due gruppi: Yoga e gruppo di controllo. L'intervento prevede l'esecuzione di due sedute di yoga alla settimana, della durata di 45 minuti per un totale di otto settimane. La valutazione compiuta



all'inizio, dopo due settimane e al termine del trattamento, tramite la WHOQOL-BREF ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo nel gruppo sperimentale con un incremento del punteggio del 16% nel campo della salute fisica, del 49% in quella psicologica, del 65% nelle relazioni sociali e del 7% nell'adattamento ambientale.

CONCLUSIONI

I risultati messi in evidenza complessivamente dicono di una grande potenzialità dello yoga, negli studi analizzati si sono ottenuti risultati statisticamente significativi relativi ad un miglioramento della qualità della vita e del funzionamento sociale. Lo yoga è risultato sempre più efficace della lista d'attesa e anche dell'esercizio fisico. Si ipotizza che ciò sia da mettere in relazione con gli effetti neurofisiologici dello yoga che sono oggi oggetto di studio della ricerca su sistemi di risposta allo stress (Meyer et al., 2012). In ambito psichiatrico tali risultati vengono ricercati, ma non sempre raggiunti, anche tramite l'utilizzo di farmaci che comportano una serie di effetti collaterali quali sindromi extrapiramidali, obesità e/o dislipidemia che a loro volta hanno effetti negativi sulla qualità della vita. Un punto su cui tutti gli autori concordano è l'assenza di effetti collaterali legati alla pratica dello yoga, che per questo motivo è adatto ad una popolazione ampia. Un altro aspetto a favore dello yoga è il suo basso costo in comparazione con quelli delle terapie farmacologiche. Tenere in considerazione questa pratica come trattamento aggiuntivo nella cura della schizofrenia si configura, oltre che come possibilità, anche come vero e proprio dovere dell'infermiere. Il Codice Deontologico art. 11 infatti invita il professionista alla "cura e diffusione dei risultati" provenienti dalla ricerca (IPASVI, 2009). Ritengo in ultimo che la ricerca nel campo delle MNC debba perseguire l'obiettivo di produrre studi e prove di efficacia di alto livello nella gerarchia dell'Evidence-Based Practice. È un fatto che la maggiore difficoltà riscontrata nella stesura di questo elaborato sia relativa al numero limitato di studi in letteratura con livelli di controllo rigorosi relativi all'utilizzo dello yoga e delle altre MNC in psichiatria.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2000) DSM-IV-TR, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – text revision. 4a edizione Milano: Elsevier Masson.

Behere R.V., Arasappa R., Jagannathan A., Varambally S., Venkatasubramanian G., Thirthalli J., Subbakrishna D.K., Nagendra H.R., Gangadhar B.N. (2011) Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, symptom and functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123:147-153.

Duraiswamy G., Thirthalli J., Nagendra H.R., Gangadhar B.N. (2007) Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia – A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116: 226-32.

IPASVI (2009) Il codice deontologico dell'infermiere [on line]. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> [consultato il 6 maggio].

Meyer H.B., Katsman A., Sones A.C., Auerbach D.E., Ames D., Rubin R.T. (2012) Yoga as an ancillary treatment for neurological and psychiatric disorders: a review. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 24(2): 152-164.

Secondo F., Daga G.A., Leombruni P. (2010) Manuale di psichiatria biopsicosociale. Milano: Centro Scientifico Editore.

Sironi C. (2010) Introduzione alla Ricerca Infermieristica. Milano: CEA.

Varambally S., Gangadhar B.N., Thirthalli J., Jagannathan A., Kumar S., Venkatasubramanian G., Muralidhar D., Subbakrishna D.K., Nagendra H.R. (2012) Therapeutic efficacy of add-on yogasana intervention in stabilized outpatient schizophrenia: Randomized controlled comparison with exercise and waitlist. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3): 227-232.

Visciglia E., Lewis S. (2011) Yoga Therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia: a randomized controlled pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(7): 601-607.

Tratto dall'elaborato per la prova finale (Corso di laurea in Infermieristica a.a. 2012/2013) di Chiara Martinelli

N. Tel. 338 6067815 – 031 421355

Indirizzo posta elettronica: chiara.martinelli89@hotmail.it

*infermiera presso Casa di Cura Villa S. Benedetto Menni, Albese con Cassano, Como





L'infermiere e la Nasal Continuous Positive Airway Pressure in Terapia Intensiva Neonatale: la prevenzione delle lesioni da pressione a livello nasale

*A cura di: Bari Lia**

Nelle Terapie Intensive Neonatali (TIN) l'utilizzo della Nasal Continuous Positive Airway Pressure (NCPAP) come supporto ventilatorio per il neonato, prevalentemente pretermine, si è rivelato sempre più efficace negli ultimi anni. La NCPAP ha svariati effetti positivi sulla dinamica respiratoria, purtroppo, però, comporta anche delle complicanze, una delle quali è l'insorgenza di lesioni da pressione (LDP) a livello nasale. La domanda che sorge spontanea è: "L'infermiere, quali interventi può attuare al fine di ridurre l'insorgenza delle lesioni secondarie a NCPAP nel neonato, prevalentemente pretermine, ricoverato in TIN?" Per rispondere a tale quesito è stata effettuata una ricerca bibliografica in banche dati quali Medline, Cinahl, oltre che in siti e riviste specialistiche. Dall'analisi critica dei documenti reperiti è emerso che esiste una letteratura autorevole relativa alla prevenzione delle LDP secondarie a NCPAP in TIN, ma, nonostante questo, si evince anche che tali lesioni risultano essere tutt'ora un problema persistente non indifferente. Sono state selezionate tre literature review, una del 2008 di McCoskey, una del 2009 di Squires e Hydman e una del 2012 di Ferrario et al. Oltre a descrivere gli interventi migliori per prevenire le LDP secondarie a NCPAP, questi documenti fanno riferimento alla letteratura scientifica esistente, illustrano la terapia NCPAP e quali sono le indicazioni per somministrarla, individuano i fattori di rischio e gli strumenti assistenziali

adeguati per evitare l'insorgenza del trauma. Inoltre sono stati analizzati quattro studi, presi in considerazione nelle stesse literature review. Lo studio randomizzato prospettico di Rego e Martinez del 2002 evidenzia che l'uso di due diverse tipologie di cannule non influisce direttamente sulla comparsa di lesione e sull'efficacia della NCPAP.

E' fondamentale però scegliere il corretto dispositivo in relazione al peso e alla misura del diametro delle narici e applicarlo in modo adeguato. Dallo studio quantitativo descrittivo trasversale di Do Nascimento et al. Del 2009 si evince che l'uso prolungato e continuo di cannule favorisce l'insorgenza di lesioni, ma soprattutto che il fattore di rischio preponderante è la durata della ventilazione con NCPAP. L'intervento più utile è sospendere la NCPAP per il tempo necessario alla valutazione della cute, durante la quale è



favorita anche la vascolarizzazione. Lo studio randomizzato controllato (RCT) di Yong et al. del 2005 dimostra che l'insorgenza di trauma associata a cannule e mascherine ha la stessa incidenza. Evidenzia il fatto che, indipendentemente dal tipo di dispositivo nasale usato, le lesioni da pressione sono comuni e l'unico fattore in grado di eliminare la loro comparsa è sospendere il trattamento il prima possibile. L'intervento più utile è quindi alternare l'utilizzo di cannule e mascherine per evitare che il frizionamento di questi dispositivi sulla cute in uno specifico punto provochi lesione. Infine dallo studio controllato prospettivo di Gunlemez et al. del 2010 emerge che la medicazione in gel al silicone, ad oggi, risulta essere l'intervento migliore nel prevenire le lesioni secondarie a NCPAP, in associazione, comunque, ad un appropriato e rigoroso monitoraggio della cute. Infatti, questo prodotto non solo riduce l'insorgenza di lesione, ma addirittura, se questa è presente, la sua severità. Da tutti i documenti presi in esame si evince che le lesioni da pressione a livello nasale secondarie a NCPAP sono comuni e continuano ad essere un problema

nelle TIN; non esistono in letteratura confronti tra interventi per determinarne una maggior validità ed efficacia, ma solo studi che cercano di focalizzare gli interventi migliori per ridurre al minimo questa complicanza; il fattore di rischio più importante per l'insorgenza delle lesioni è la durata del trattamento e a seguire il peso alla nascita < 2000 gr e l'età gestazionale < 35 settimane. Fondamentali sono l'aggiornamento continuo, il critico monitoraggio della cute attraverso l'utilizzo di strumenti validati e la corretta scelta ed applicazione dei dispositivi. (McCoskey, 2008; Squires, Hydman, 2009; Ferrario et al., 2012; Do Nascimento et al., 2009; Rego, Martinez, 2002, Gunlemez et al., 2009; Yong et al., 2005). Lo scopo degli studi effettuati in passato, reperibili nella letteratura scientifica e tutt'ora in atto è individuare gli interventi infermieristici migliori, al fine di ridurre l'insorgenza di tali lesioni. Dall'analisi condotta il più importante fattore di rischio è la durata del trattamento e, a seguire, il basso peso alla nascita e la bassa età gestazionale. Ad oggi l'utilizzo di gel in silicone risulta essere uno degli interventi migliori, in associazione comunque al monitoraggio e alla valutazione della cute per il rischio di lesione, al corretto posizionamento e all'ideale gestione dei dispositivi per somministrare la NCPAP. Un'attenta e adeguata pianificazione assistenziale personalizzata, volta principalmente alla prevenzione, può ridurre notevolmente le lesioni secondarie alla NCPAP nelle TIN.

* Infermiera attualmente in servizio presso Ospedale San Raffaele IRCCS Milano U. O. Disturbi cognitivi. Riabilitazione cognitiva, motoria e comportamentale. "Elaborato finale per il conseguimento del diploma di laurea. Anno accademico 2012-2013. Università Insubria".



BIBLIOGRAFIA

36

- Buettiker V., Hug M.I., Baenziger O., Meyer C., Frey B. (2004) Advantages and disadvantages of different nasal CPAP systems in newborns. *Intensive Care Medicine*, 30: 926-930.
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2° edizione. Milano: Masson.
- Carlisle H.R., Kamlin C.O.F., Owen L.S., Davis P.G., Morley C.J. (2010) Oral continuous positive airway pressure (CPAP) following nasal injury in a preterm infant. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 95: F142-F143.
- Centro Studi Evidence Based Health Care dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, EBHC (2010) Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione [on line]. Disponibile da: http://www.evidencebasednursing.it/progetti/LDD/LG%20LDP%202010/LG_LDP_2010_sito.pdf (consultato il 25 marzo 2013).
- Comitato Centrale Federazione Nazionale Collegi Infermieri IPASVI (2009) Il Codice deontologico dell'Infermiere [on line]. Disponibile da: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> (consultato il 22 maggio 2013).
- Davis P.G., Henderson-Smart D.J. (2009) Nasal continuous positive airway pressure immediately after extubation for preventing morbidity in preterm infants (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Dibiasi R.M. (2009) Nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) for the respiratory care of the newborn infant. *Respiratory Care*, 54: 1209-1235.
- Do Nascimento R.M., Ferreira A.L.C., Coutinho A.C.F.P., Verissimo R.C.S.S. (2009) The frequency of nasal injury in newborns due to the use of continuous positive airway pressure with prongs. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 17:489-494.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP and National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Ferrario S., Colombo G., Sannino P. (2012) Le strategie di prevenzione delle lesioni da pressione secondarie a NCPAP nel neonato VLBW: revisione della letteratura. *Children's Nurses - Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences*, 4: 4. Fry S.T., Johnstone M.J. (2004) *Etica per la pratica infermieristica. Una guida per prendere decisioni etiche*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Gunlemer A., Isken T., Gokalp A.S., Turker G., Arisoy E.A. (2009) Effect of silicon gel sheeting in nasal injury associated with nasal CPAP in preterm infant. *Indian pediatrics*, 47:265-267.
- McCoskey L. (2008) Nursing care guidelines for prevention of nasal breakdown in neonates receiving nasal CPAP. *Advances in Neonatal Care*, 8: 116-124.
- Mendicini M. (2009) *Neonatalogia*. 2° edizione. Roma: Verduci.
- Merenstein G.B., Gardner S.L. (2006) *Neonatal intensive care*. 6° edizione. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di concerto col Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Decreto Ministeriale 19 febbraio 2009: Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270 [on line]. Disponibile da: <http://at-tiministeriali.miur.it/anno-2009/febbraio/di-19022009.aspx> (consultato il 23 maggio 2013).
- Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739: Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere [on line]. Disponibile da: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/dettaglioAtto?id=6578&completo=true> (consultato il 23 maggio 2013).
- Ministero della Sanità. Legge 26 febbraio 1999 n. 42: Disposizioni in materia di professioni sanitarie [on line]. Disponibile da: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/99042l.htm> (consultato il 24 maggio 2013).
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP (2007) *NPUAP Pressure Ulcer Stages/Categories. Educational and Clinical Resources* [on line]. Disponibile da: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-ulcer-stagescategories/> (consultato il 2 maggio 2013).
- Organizzazione Nazioni Unite, ONU (1948) *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* [on line]. Disponibile da: <http://www.privacy.it/diruomo.html> (consultato il 29 maggio 2013).
- Rego M.A., Martinez F.E. (2002) Comparison of two nasal prongs for application of continuous positive airway pressure in neonates. *Pediatric Critical Care Medicine*, 3(3): 239-243.
- Shanmugananda K., Rawal J. (2007) Nasal trauma due to nasal continuous positive airway pressure in newborns. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 92: F18.
- Sironi C. (2010) *Introduzione alla ricerca infermieristica. I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Sironi C., Baccin G. (2006) *Procedure per l'assistenza infermieristica*. Milano: Masson.
- Squires A.J., Hyndman M. (2009) Prevention of nasal injuries secondary to NCPAP application in ELBW infant. *Neonatal Network*, 28: 13-27.
- Unione Europea, UE (2000) *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* [on line]. Disponibile da: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf (consultato il 29 maggio 2013).
- Vivere ONLUS; Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia con il patrocinio di Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione; Società italiana di ginecologia e ostetricia, SIGO; Società italiana di neonatologia, SIN con il contributo di Abbott (2010) *Manifesto dei Diritti del Bambino Nato Prematuro* [on line]. Disponibile da: <http://www.vivereonlus.com/Manifesto%20dei%20Diritti%20del%20Bambino%20Nato%20Prematuro%20DEF.pdf> (consultato il 3 giugno 2013).
- Yong S.C., Chen S.J., Boo N.Y. (2005) Incidence of nasal trauma associated with nasal prong versus nasal mask during continuous positive airway pressure treatment in very low birthweight infants: a randomised control study. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 90: F480-483.





INFERMIERISTICA E CURE COMPLEMENTARI

a cura di Valentina Iacchia*

LA MUSICOTERAPIA

In questo articolo ho il piacere di presentarvi un caro amico e un grande professionista, Lucio Gallo, che ci introdurrà in questo ambito terapeutico dove anche noi professionisti dell'assistenza possiamo trovare stimoli e applicazioni operative.

INTERVISTA

■ Caro Lucio riesci a spiegarci brevemente in cosa consiste la musicoterapia?

La musicoterapia fa parte a pieno titolo di un approccio olistico, cioè il rapportarsi all'individuo tenendo conto della globalità, considerando la sua interiorità, il suo vissuto, i suoi desideri.

Il mondo della Musicoterapia è un mondo estremamente vasto e affascinante, io come professionista baso il mio intervento mettendo in risalto la soggettività di ogni individuo attraverso l'ascolto e la partecipazione attiva non solo sotto il profilo sonoro ma anche attraverso un uso del Silenzio in modo consapevole e mirato. Se dovessi trovare un termine che possa spiegare di più e meglio il mio proporre la musicoterapia scriverei: consapevolezza. Consapevolezza nell'Ascolto di sé e degli Altri, consapevolezza nella proposta e delle proprie capacità non necessariamente con conoscenze musicali; perché anche un uso consapevole della propria Voce, dei propri ritmi fisici e del proprio silenzio possono tranquillamente intendersi come Musicoterapia, almeno per me.

■ Raccontaci la tua formazione come musicoterapeuta e quale è stata la motivazione che ti ha spinto in questa direzione?

La mia motivazione che ad oggi dopo quasi vent'anni di piacevole professione mi porto

appresso è la passione per la Musica, intesa come mezzo di espressione e il piacere di condividere la Musica e i Suoni con altre persone indipendentemente dalla Patologia o dalla realtà sanitaria in cui si trovano.

Dopo il Diploma ho iniziato gli Studi di musicoterapia e in seguito a vari corsi ed Esami ho potuto affrontare questa professione come libero professionista che fino ad oggi mi ha dato la possibilità di conoscere realtà sanitarie, educative e di formazione, realtà apparentemente distanti fra loro ma sempre e comunque con un unico denominatore comune: la Musica e l'Essere Umano.

■ Quali sono state le esperienze più significative in ambito sanitario?

Ogni giorno che svolgo questa professione mi arricchisco di particolari di vita, a volte così forti altri così dolci che non posso, in tutta onestà, affermare quale possa essere stato il più significativo...è come, amando i puzzle, chiedere qual è il pezzo più importante...tutti! Solo così ottengo il mio personale puzzle...e solo così inglobando tutta la vita conosciuta attraverso questa professione sono diventato la persona e il professionista che oggi ha il piacere di scrivere per questa Rivista.

■ Ritieni utile/possibile l'uso della musicoterapia da parte del personale sanitario?

In base alla mia esperienza ritengo sia utile che il Personale Sanitario possa arricchirsi anche di questo tipo di approccio alla Persona non certo per divenire musicoterapista titolati ma professionisti/persone capaci di cogliere particolari e predisposizioni di alcuni disturbi anche attraverso una maggiore consapevolezza all'Ascolto musicale, della Voce e del Silenzio.



■ **In questo periodo dove effettui l'attività di musico terapeuta?**

In questo recente periodo ho terminato il mio percorso presso alcune Scuole dell'Infanzia ma soprattutto la mia professione da diversi anni mi porta a stretto contatto con realtà sanitarie come: Stato Vegetativo, Morbo d'Alzheimer, Psichiatria. Ho fatto ed effettuato progetti anche per la Preparazione al Parto e per la Tossicodipendenza. Mi piace attraversare la Vita attraverso la Musica, la Parola e la consapevolezza dei Suoni e credo che questo possa essere proposto in maniera naturalmente diversa e mirata, ma a chiunque e ovunque. Privatamente poi mi occupo da anni di curare le persone che soffrono d'insonnia e/o eccessivi momenti di stress. Da qualche anno anche di bambini con problemi autistici; tutto questo sempre e comunque prendendo a prestito ciò che amo definire la "filosofia del sarto" il quale fa il vestito su misura non fa la persona su misura del vestito; ed io perciò devo riuscire a proporre un percorso basato sulla persona e non necessariamente sulla problematica/patologia.

Dalla mia parte ho anche la capacità di suonare alcuni strumenti (pianoforte, chitarra, tastiera e da poco tempo anche l'ukulele), strumenti

che utilizzo giornalmente e che giornalmente dando anche lezioni mi piace trasmettere il piacere, la passione della musica. Non amo il tecnicismo e poi, in realtà, non ne sarei tanto capace, la musica è emozione ed io devo riuscire a trasmettere questa emozione anche dando lezione di strumento. Poi prendo in prestito alcuni verbi di lingue straniere dove il termine suonare coincide esattamente con il verbo giocare: to play, spielen, jouer...perciò amo trasmettere il giocare con la musica....io gioco....

■ **Hai al tuo attivo la pubblicazione di qualche libro?**

Attualmente ho al mio attivo la pubblicazione di 4 libri, tutti in formato digitale (e-book) perciò acquistabili attraverso internet in alcuni dei siti più importanti come Amazon, Ibs, InMondadori, Feltrinelli e altri ancora. Due di questi sono dei saggi "Maestro Silenzio" edito da MacroEdizioni tratta del mio percorso in una Scuola Primaria dove fra i vari appuntamenti con la musica proposi anche l'ascolto del Silenzio e in queste pagine vi si trova la storia semplice e arricchita di disegni e di testi dei bambini stessi su questo Suono. Il secondo "La Musica come Terapia" edito da MacroEdizioni è uno scritto



semplice con capitoli auto-conclusivi che spaziano da gravi patologie a curiosità musicali e per questo accessibile a chiunque, arricchito poi da video per confrontare e comprendere come la musica ci può caratterizzare.

Il terzo è un racconto "Tutto è Rotondo" edito da CoreBook, è una storia che scrissi durante la mia adolescenza e che volutamente con l'Editore decidemmo di lasciare inalterata, il quarto e ultimo libro s'intitola "4-Ohana il luogo dove nessuno viene dimenticato" edito da CoreBook ed è il libro che più mi caratterizza soprattutto a livello privato. Dall'anno scorso sono vedovo e questo mio scritto è la mia testimonianza come padre, marito e uomo di ciò che ho imparato attraverso la malattia di mia moglie Sonia, ed il libro perciò per me diventa un pretesto per raccontare questa Storia e dare perciò "un senso" a ciò che è accaduto. Queste le copertine:



■ **In base alla tua esperienza esiste una musica che si possa definire terapeutica rispetto ad un'altra?**

Dal mio punto di vista classificare la musica in terapeutica e non-terapeutica è un assurdo. Il motivo di questa mia affermazione è dovuta all'esperienza fin qui acquisita; quando collaboravo con la Casa Circondariale "Il Bassone" con le persone lì presenti con problemi di varia dipendenza, compresi che se il mio desiderio fosse quello di entrare in empatia con loro e perciò riuscire a costruire un rapporto basato sul reciproco rispetto dovevo prima di tutto "resettare" i miei gusti o motivazioni professionali e avvicinarmi al loro Mondo Sonoro e solo così avrei potuto avere le chiavi per poter accedere in quella dimensione; compresi che anche il Rock più sfrenato può divenire "terapeutico" e perciò portare un senso di benessere, lì in quel periodo compresi che il mio fare e proporre Musicoterapia doveva essere una proposta

basata sul dare consapevolezza attraverso la Musica che la/le persone gradiscono, il mio compito era ed è quello di far ascoltare quei brani con "orecchie nuove"...percorso affascinante ed unico come l'unicità di ogni singolo individuo.

■ **C'è stata in questi anni una frase, una melodia, un'esperienza che ha poi caratterizzato la tua professione?**

Oltre che amare la musica, la scrittura amo anche la lettura ed una frase del Tao mi ha scosso benevolmente e ad ogni studente di musicoterapia che desidera fare il tirocinio con me o ad ogni studente di materie olistiche dove svolgo l'attività di docente di musicoterapia amo condividere questa frase: "Se la persona sbagliata usa i mezzi giusti, i mezzi giusti agiscono in maniera sbagliata". Ogni giorno, ogni volta mi piace provare ad essere la "persona giusta" perciò per me ancora prima della musica, ancora prima di qualsiasi terapia di qualsiasi tipo occorre essere un Essere terapeutico per sé stessi e per gli altri, solo così riesco ad affrontare percorsi e vite così apparentemente distanti e diverse fra loro ma con un denominatore evidentemente comune....l'Essere umano....ed io cerco di piacere ad ogni singolo essere che ho il privilegio d'incontrare attraverso la mia professione e se questa "scintilla" non scocca ogni mio dire, mio fare non potranno mai avere l'effetto sperato....mio grande alleato però in questo percorso, la musica, i suoni, l'ascolto....o per meglio spiegare..... la consapevolezza attraverso l'ascolto.

■ **Se dovessi descrivere la musica con una parola, quale sceglieresti?**

Sceglierei la parola...MAGIA!
"La Musica deve toccare le emozioni prima, e l'intelletto poi!" Maurice Ravel

Questo per me è la musicoterapia ed essere musicoterapisti....per qualsiasi ulteriore informazione: www.luciogallo.com
 (Ancora grazie per la tua disponibilità nel rispondere ai nostri quesiti)

Ostetrica Libero Professionista





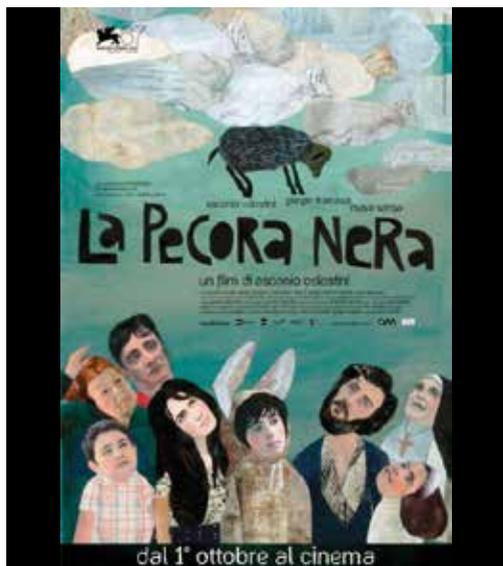
INFERMIERI AL CINEMA

a cura di *Simona Mordente** e *Paola Zappa***

Il terzo appuntamento con **"INFERMIERI AL CINEMA..."**, attraverso la presentazione dei film *"La pecora nera"* e *"Si può fare"*, affronta la sofferenza della persona con disturbi psichiatrici da diversi punti di vista.

40

LA PECORA NERA



La pecora nera è un film del 2010 scritto, diretto ed interpretato da Ascanio Celestini, con Giorgio Tirabassi e Maya Sansa.

Nicola ha trentacinque anni e vive rinchiuso in un ospedale psichiatrico, dove lo hanno dimenticato una mamma impazzita, una nonna "ovarola", un padre prepotente e due zii inadeguati. Le sue giornate sono scandite dalla spesa e accompagnate da una suora che prega e paga il conto e da un amico immaginario che conta le "puzze" della sorella e sogna di riviste per uomini senza parole. Al supermercato c'è Marinella, il suo amore infantile, che offre caffè in cialde a clienti svogliati e ride ascoltando le sue cronache marziane. Nicola è un "povero scemo" che la guerra non l'ha mai fatta, che mangia ragni e beve l'acqua di mare, che crede ai santi ma non in Dio, che distribuisce pasticche e torna sempre indietro al novantanovesimo cancello perché è stanco, perché il mondo fuori è come dentro, soltanto più ordinato. Nicola è

la "pecora nera", il diverso che diventa poesia da declamare, storia da raccontare, canzone da cantare: pio pio pio.

"Il manicomio è un condominio di santi. So' santi i poveri matti asini sotto le lenzuola cinesi, sudari di fabbricazione industriale, santa la suora che accanto alla lucetta sul comodino suo si illumina come un ex voto. E il dottore è il più santo di tutti, è il capo dei santi, è Gesucristo".

La pecora nera è dunque la storia di un uomo, che per 35 anni ha vissuto in manicomio, a contatto con coloro che lui preferisce chiamare "santi" invece che matti. Ripercorrendo la storia del protagonista sin da bambino, il film mostra uno spaccato della condizione di vita dei malati mentali in Italia, a partire dagli anni sessanta, fino a giungere ai giorni nostri, nei quali il mondo interno dell'istituto nel quale vive Nicola non è poi così diverso da quello all'esterno. Nicola è nato nei "favolosi anni Sessanta", quelli che avevano il sapore del sale ed erano ancora troppo lontani dalla riforma di Franco Basaglia, psichiatra illuminato che promosse la progressiva eliminazione del sistema manicomiale e il reinserimento nel corpo della società dei pazienti con disturbi mentali (legge 180 del 1978). Nicola è uno dei tanti, troppi bambini che ha visto confluire il suo disagio in un istituto religioso per persone definite "subnormali", un luogo dove ha comunque continuato a sognare, incapace di entrare in rapporto attivo col mondo al di là del muro, inesplicabile e terrorizzante orizzonte di non-senso accomodato ordinatamente lungo le corsie di un supermercato. Il film ha ricevuto numerosi riconoscimenti tra i quali il Premio Speciale della Giuria al festival Annecy cinéma italien e il Ciak d'Oro 2011 come Miglior Opera Prima (giugno 2011).



SI PUÒ FARE

41



Si può fare è un film del 2008 diretto da Giulio Manfredonia, scritto dal regista con Fabio Bonifacci, ispirato alle storie vere delle cooperative sociali nate negli anni ottanta per dare lavoro ai pazienti dimessi dai manicomi in seguito alla Legge Basaglia, in particolare a quella della cooperativa sociale "Noncello" di Pordenone.

Siamo a Milano nei primi anni '80. Nello è un sindacalista dalle idee troppo avanzate per il suo tempo. Ritenuto scomodo all'interno del sindacato viene allontanato e "retrocesso" al ruolo di direttore della Cooperativa 180, un'associazione di malati di mente liberati dalla legge Basaglia e impegnati in attività assistenziali sostanzialmente inutili.

Dopo alcuni iniziali attriti, trovandosi a stretto contatto con i suoi nuovi dipendenti Nello scopre in ognuno di loro delle potenzialità e cerca di realizzare un lavoro di squadra, decide di far capire loro il vero spirito di una

cooperativa coinvolgendoli maggiormente. Ascoltando le idee di tutti, in un'assemblea viene presa la decisione di abbandonare il lavoro assistenziale e di entrare nel mercato diventando posatori di parquet: ogni paziente ricoprirà un ruolo all'interno della cooperativa secondo le proprie caratteristiche.

Andando contro lo scetticismo del medico psichiatra che li ha in cura – il dott. Del Vecchio - Nello integra nel mercato i soci della Cooperativa con un'attività innovativa e produttiva.

Perché i pazienti possano condurre una "vita normale" e possano dedicarsi proficuamente all'attività lavorativa Nello si rende conto che c'è bisogno di ridurre il dosaggio dei farmaci, ma il dott. Del Vecchio si oppone fortemente. Ma il direttore della Cooperativa 180 intende perseguire il suo obiettivo e si affida al dott. Furlan, psichiatra "filo basagliano".

Quando tutto sembra andare per il meglio avviene una tragedia: uno dei pazienti – Gigio - si suicida e il fatto viene imputato anche alla marcata riduzione dei farmaci. Sembra la fine di un sogno: i pazienti vengono riportati nella vecchia sede sotto l'assistenza del dott. Del Vecchio, che però ammette di aver riscontrato dei miglioramenti del loro stato psichico grazie all'impegno nell'attività lavorativa.

La cooperativa ottiene un grosso appalto a Parigi per decorare le fermate della nuova linea metropolitana e la pellicola si chiude con un'immagine positiva e commovente, mostrando i numerosi pannelli già pronti e l'arrivo di nuovi soci da altri manicomi.

Il film si colloca negli anni in cui vengono chiusi i primi ospedali psichiatrici e vuole raccontare un mondo che il cinema frequenta raramente, ossia il mondo dei confini allargati



in una società impreparata ad accoglierne i membri, i cosiddetti pazzi. Il regista ha scelto un impianto arioso, ridente, talvolta comico, deliziando lo spettatore con una commedia dal sapore umano che diverte e allo stesso tempo fa riflettere, ed è riuscito a ricreare un ambiente credibile nel quale far muovere a piccoli passi un ensemble di "matti" talmente autentici da strappare un applauso.

Il film, che appare una commedia comica, in realtà affronta in modo sensibile e attento la dignità della persona "fragile" e la possibilità di un suo inserimento sociale/lavorativo adeguatamente preparato.

COMMENTO

Le pellicole descrivono la sofferenza delle persone con disturbi psichiatrici, mettendone a nudo i problemi, ma anche evidenziandone la ricchezza e le potenzialità e, sicuramente, stimolano la riflessione dei professionisti che quotidianamente si confrontano con la realtà del disagio psichico.

Poter ripercorrere attraverso una narrazione la storia e la vita delle istituzioni psichiatriche di ieri e di oggi, aiuta gli infermieri a meglio conoscere quali sono state (e in qualche istituzione sono ancora) le condizioni dei malati di mente, quale ruolo può aver avuto la "barbarie" e l'insensibilità di certe terapie o di una parte degli operatori.

I colleghi infermieri che lavorano in un Dipartimento di Salute Mentale affrontano oggi-giorno con competenza un aspetto nodale,

sia il giusto equilibrio tra conoscenze specialistiche e capacità di entrare in relazione/comunicazione con l'altro.

Riconoscendo l'esperienza della sofferenza psichica, finalmente sottratta all'emarginazione, come una tra le più dolorose – e i due film ne sono testimoni diretti – l'infermiere viene stimolato a dare attenzioni, cure, assistenza specifiche.

Le due storie narrate ben dimostrano la grande evoluzione avvenuta negli anni nella cure, assistenza e recupero delle persone con disturbi psichiatrici e possono essere visti con spirito critico e diventare un momento di riflessione sul modo di essere infermieri dell'area psichiatrica: guardare la sofferenza umana più da vicino e trovare modi per curare le ferite del corpo, ma anche della mente; rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica peculiari del paziente psichiatrico e soddisfare il suo desiderio di essere "persona che parla con un'altra persona"; fuggire il rischio di comportamenti che offendono la dignità umana.

Chiudiamo con un pensiero di Franco Basaglia (Che cos'è la Psichiatria, 1967)

"La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla".

Buona visione.

* Direzione Aziendale Professioni Sanitarie

** Staff Qualità e Accreditamenti - Gestione del rischio

Az. ospedaliera S. Anna di Como





POSTA E RISPOSTA

a cura del dott. Stefano Citterio - Presidente Collegio IPASVI

■ DOMANDA

Buongiorno,
vorrei sapere se esistono normative di legge che regolamentano l'inserimento del personale neoassunto sia nelle strutture private sia in quelle pubbliche. E' vero che l'affiancamento di un infermiere neoassunto deve durare almeno un mese? O non esistono termini minimi di affiancamento e quindi una legge che regola l'affiancamento e ogni struttura fa a se?

In attesa di una cordiale risposta, porgo distinti saluti.

■ RISPOSTA

Non esistono leggi che regolamentano l'inserimento del neoassunto né in struttura pubblica né in struttura privata. I contratti collettivi per le strutture pubbliche regolamentano i periodi di prova in tre mesi per i tempi determinati e sei mesi per i tempi indeterminati. Nelle strutture private i periodi di prova dipendono dai diversi contratti.

L'inserimento del neoassunto può essere regolamentato dalle aziende o dalle Unità Operative stesse attraverso la stesura di protocolli di inserimento. Tali protocolli possono prevedere o meno un periodo di tutoraggio e il superamento di diversi step lavorativi. La durata non è standardizzabile in quanto dipende dalla unità operativa (ad es. l'inserimento in un blocco operatorio può avere una durata differente dall'inserimento in altra unità operativa). A disposizione per ulteriori chiarimenti.

Cordiali saluti

Bianchi Maria Luisa

Segretaria Collegio IPASVI Como

■ DOMANDA

Buongiorno,
Sono un infermiere libero professionista, ho la

necessità urgente di chiederVi un chiarimento normativo. Mi è stata fatta richiesta per la somministrazione di farmaci a domicilio, per la precisione si tratta di antibiotici. Quando sono giunto al domicilio come di consueto ho chiesto di visionare la documentazione medica e la prescrizione del farmaco, ma mi è stata consegnata documentazione sanitaria del paese di origine (il signore è di origine Indiana) ed il paziente risulta in possesso di una sola dose per la somministrazione mentre le altre due previste sarebbero da acquistare.

Vi chiedo:

- posso ritenere in qualche modo valida la documentazione e la prescrizione proveniente dal suo paese di origine?
- la documentazione e la prescrizione del principio attivo in suo possesso può considerarsi valida per l'acquisto in farmacia?
- Nel caso questa documentazione risultasse non valida, cosa dovrei consigliare al paziente?
- Quali sono gli strumenti normativi per casi del genere (paesi extra UE, e prescrizioni in lingua non italiana)?

RingrazandoVi anticipatamente

Vi porgo i più distinti Saluti.

■ RISPOSTA

La somministrazione a domicilio di qualsiasi farmaco presuppone una prescrizione medica chiara e precisa. Senza la suddetta prescrizione la somministrazione è a sua totale responsabilità. Occorre indicare alle persone interessate di rivolgersi alla Asl per la scelta del medico che darà le indicazioni in lingua italiana.

Cordiali saluti

Bianchi Maria Luisa

Segretaria Collegio IPASVI Como



■ DOMANDA

Buongiorno,

Sono un consigliere comunale e tra i progetti che vorremmo realizzare in questo mandato c'è la creazione di un ambulatorio infermieristico per piccole prestazioni (controllo parametri, medicazioni, terapia intramuscolare...). L'idea sarebbe di gestirlo con infermieri del paese volontari prima di dover affidarci a cooperative.

vorlevo chiedervi quindi se è "legale", fattibile che un infermiere possa prestare anche solo 1 ora la settimana come volontario.

Grazie

■ RISPOSTA

Gent.le sig.ra, rispetto al quesito che ci pone occorre valutare i seguenti punti:

1) L'infermiere nell'espletamento delle sue funzioni professionali deve rispondere a quanto è regolamentato dalle leggi dello stato e dalle norme previste dal proprio ordine professionale (Federazione Nazionale dei collegi IPASVI, rappresentata nel suo Comune, dal collegio IPASVI di Como); in particolare ciò che deve guidare l'operato del professionista sono le norme contenute nel codice deontologico, a tal proposito non vi è alcuna preclusione affinché il professionista possa esercitare in regime di

volontariato; vi è altresì l'articolo 9 del regolamento per l'esercizio della libera professione, che recita come segue "Il libero professionista effettua prestazioni infermieristiche gratuite esclusivamente in situazioni occasionali, non ripetute e di breve durata affinché ciò non comporti concorrenza sleale nei confronti di altri colleghi".

2) Gestire un ambulatorio infermieristico significa dover rispondere degli interventi che vengono eseguiti, anche se questi vengono eseguiti in regime di volontariato, quindi è obbligatorio che il professionista che dovesse svolgere tale compito si doti di una adeguata assicurazione R.C.

3) L'utilizzo dell'ambulatorio, essendo gratuito, proprio per ridurre il rischio di concorrenza sleale verso i professionisti infermieri e/o altri soggetti che forniscono prestazioni analoghe a pagamento che insistono su quel territorio, andrebbe riservato alle situazioni di indigenza o con particolari esigenze di natura sociale in coerenza ad eventuali regolamenti comunali di accesso ai servizi sociali.

Restiamo a vostra disposizione per qualsiasi ulteriore necessità.

*Cordiali saluti
Collegio IPASVI Como
La commissione Esercizio*

notizie in pillole

a cura di Stefano Citterio

Epatite A e frutti di bosco, pubblicati i risultati dell'indagine di tracciabilità

Publicato il lavoro di tracciabilità coordinato dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare (Efsa) sui frutti di bosco e prodotti derivati coinvolti nell'epidemia multistato di epatite A. il Ministero della salute ha partecipato come Task force nazionale per l'epatite A.

Le conclusioni

Il virus dell'epatite A (HAV) è stato riscontrato analiticamente in 14 lotti di frutti di bosco misti surgelati e in 2 lotti di prodotti di pasticceria contenenti frutti di bosco misti in Italia, Francia e Norvegia.

Le indagini epidemiologiche supportano ulteriormente il ruolo di questi prodotti come causa dell'epidemia.

Ad oggi non è stata individuato un unico punto di contaminazione che colleghi tutti i casi e tutti i lotti contaminati. Tuttavia, i risultati delle indagini condotte limitano le ipotesi a due sole possibili fonti, con un livello simile di evidenza:

- ribes rossi prodotti in determinate regioni e annate in Polonia
- more prodotte in Bulgaria (anno e zone di produzione sconosciute).



Come prevenire l'infezione

È possibile che altri prodotti potenzialmente contaminati, collegati all'epidemia, siano tuttora in commercio e per questo motivo si ribadisce che la modalità più sicura per consumare frutti di bosco surgelati è quella di farli bollire per almeno 2 minuti. Ricordiamo che il virus dell'epatite A può essere trasmesso da acque o alimenti contaminati da persone che possono anche non presentare i sintomi, ma che eliminano il virus attraverso le feci.

Pertanto, l'adozione di buone prassi agricole, buone prassi di produzione e buone prassi igieniche gioca un ruolo chiave per l'ottenimento di prodotti sicuri.

Situazione epidemiologica italiana ed europea

Le segnalazioni nell'Unione europea di casi di Epatite A sono diminuite costantemente negli ultimi 15 anni, dai 14 casi per 100.000 abitanti del 1997 ai 2,5 del 2011. Anche in Italia la malattia ha seguito la stessa tendenza. Viceversa, le notifiche del 2013 hanno subito un incremento, raggiungendo rispettivamente il doppio, il triplo e il quadruplo dei casi registrati nel 2010, 2011 e 2012. Complessivamente dal gennaio 2013 in Europa sono stati segnalati più di 1.440 casi di epatite da 12 Stati membri, di cui 331 casi confermati correlati all'attuale epidemia. Ad oggi non sono stati registrati decessi. In Italia, in totale dal 1 gennaio 2013 al 31 maggio 2014 sono stati notificati 1.300 casi di Epatite A. I dati al 31 maggio 2014, confermano la riduzione del numero dei casi già evidenziata a partire da novembre 2013, con il picco epidemico collocato tra aprile e maggio 2013.

In Italia è stato possibile sequenziare 346 casi:

- 228 (pari al 66%) presentano la "sequenza outbreak", ovvero appartengono all'epidemia in oggetto
- 118 (pari al 34%) presentano una "sequenza non outbreak", ascrivibile ai genotipi IA (25.8%), IB (7.3%) ed 1 solo caso di genotipo III A. Questi casi non sono correlati all'epidemia.

Le indagini epidemiologiche e quelle virologiche sui casi umani sono state eseguite presso l'Istituto superiore di sanità. Le attività analitiche per la ricerca del virus HAV negli alimenti sono state eseguite dai laboratori degli Istituti zooprofilattici (IZS). Il solo Istituto zooprofilattico della Lombardia ed Emilia Romagna a partire dal 2013 ha complessivamente esaminato 1.180 campioni di frutti di bosco, sia a seguito di campionamento ufficiale che in autocontrollo. A partire dal mese di ottobre 2013 non sono più stati identificati analiticamente lotti di frutti di bosco surgelati contaminati da virus dell'Epatite A.

Tratto da www.salute.gov.it



NEWS FROM THE WEB

rubrica a cura di INF. AFD Paola Mariella Pozzi*

LINK UTILI ALLA PROFESSIONE

» CALCOLI E DOSAGGI NEL SETTING CLINICO

Drug Calculations

pagine con teoria ed esercizi

www.testandcalc.com

» LINGUA INGLESE PER INFERMIERI

Nurse TV

Nurse TV promo, un canale della CNN dedicato agli infermieri, un modo per vedere come lavorano i colleghi americani e per imparare l'inglese; non ci sono solo fiction sugli infermieri, c'è un obiettivo che li riprende al lavoro, in diverse situazioni. www.nursetv.com



Corso Gratuito di Lingue Inglese

Il corso di grammatica di INGLESE.IT è realizzata da Francesca Anderson, docente di inglese all'Università Cattolica di Piacenza. La sua caratteristica è una grande semplicità di esposizione combinata ad una ricca esemplificazione di casi concreti: in questo modo le difficoltà della grammatica inglese vengono rese più acquisibili anche da parte degli studenti meno esperti.

www.inglese.it/corso-gratis.htm

LiveMocha

Questo sito offre lezioni gratuite per 35 lingue diverse. Rappresenta inoltre la più vasta comunità linguistica con oltre 6.000.000 di iscritti da 200 Paesi diversi. L'iscrizione e le lezioni sono gratuite con relative correzioni degli esercizi.

Approfondimenti o corsi ritagliati su esigenze personali specifiche sono invece a pagamento. E' inoltre possibile offrirsi come tutor a distanza per stranieri che desiderino apprendere l'italiano ricevendo in cambio aiuto o per la lingua inglese o per altra lingua d'origine dell'interlocutore.

www.livemocha.com

Medical English Terminology

The Medical Terminology website of the English Centre is designed primarily for students majoring in Chinese medicine, dentistry, medicine, and nursing. The pages show a selected list of the frequently found terms that students may encounter in their readings and lectures. The lists and exercises are not meant to be comprehensive. The purpose of this website is to help students recognize technical terms and later actively use this vocabulary. The following guidelines give more details about the content.

www.caes.hku.hk/student/portal

Scrivere l'inglese medico

Il sito www.pensiero.it della Casa Editrice il Pensiero scientifico ha pubblicato nella sua newsletter una serie di lezioni semplici per l'uso dell'inglese nella scrittura di documenti scientifici in area biomedica.

Questo sito mette a disposizione alcune indicazioni per lavorare con metodo e correttezza. L'inglese è infatti oggi un requisito sempre più irrinunciabile per accedere alla documentazione scientifica evidence-based disponibile su internet e sui principali periodici cartacei o informatici internazionali.

www.infermieronline.net (Home > Area formazione > in pillole > scrivere l'inglese medico)

» MATERIALI PER L'EDUCAZIONE DEI PAZIENTI E CAREGIVER

Personal Trainer.it

pubblicazione online contenente articoli sulla salute e farmaci per il grande pubblico da utilizzare da parte degli operatori sanitari nelle attività educative dei pazienti. www.my-personaltrainer.it/salute



L' ASSOCIAZIONE OSDI (OPERATORI SANITARI DI DIABETOLOGIA ITALIANI) SI PRESENTA



O.S.D.I.

*Operatori Sanitari
di Diabetologia Italiani*



Regione Lombardia

47

Il mio incontro con OSDI fu nel 2005, in quell'anno decisi di rimettermi in gioco dopo essermi dedicata per circa 10 anni nel ruolo di mamma.

Ripresi in mano i libri e rientrai di nuovo, dopo il regolare Concorso per Infermieri nell' Azienda S.Anna; dopo circa un mese in Camera Operatoria; (lavoro interessante ma il vestito mi stava un po' stretto) chiesi se ci fossero alternative dove il rapporto con il paziente fosse un po' più comunicativo, mi proposero un posto in Day_Hospital di Diabetologia ed Endocrinologia a Mariano Comense.

Certo, lavorare a Cantù significava scendere dal letto la mattina e trovarmi in reparto ma, la possibilità di un rapporto più diretto con il paziente mi stimolava molto e così accettai.

In 10 anni di assenza dal mondo Sanità le situazioni erano molto cambiate, avevo lasciato le siringhe di plastica per i prelievi ed ora si usavano delle provette, non esisteva più il mansionario, non c'era più la figura dell'Infermiere Generico ma c'erano OTA, ASA, OSS; ma quello che mi si stava aprendo davanti era la possibilità di imparare ancora qualcosa e quel qualcosa diventò un'opportunità di crescita professionale e personale.

La patologia "Diabete" è un mondo a parte; l'infermiere spesso, una volta passata la fase acuta, difficilmente incontra di nuovo lo stesso paziente, invece con la malattia cronica è sicuro che almeno quattro/cinque volte l'anno lo rivedi fino alla fine dei suoi giorni.

Il rapporto che si instaura con la persona con Diabete è un rapporto che si coltiva giorno

per giorno, egli si "affida" al tuo sapere e alla tua professionalità. La persona con Diabete necessita di un team che lo segue, lo supporti, che dia risposte immediate alle innumerevoli necessità che gli permettano di avere una qualità di vita pari ad una qualsiasi altra persona. Un team "formato"....

La Formazione in questa realtà è fondamentale, in questo ambulatorio dove fui catapultata incontrai colleghi appartenenti a OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani), nei corsi erogati dall'Associazione erano corsi in cui gli Infermieri lavoravano in autonomia e in collaborazioni "quasi" alla pari con la figura Medica e altre figure professionali come Dietisti, Podologi ecc. e aveva un ruolo fondamentale nella cura dell'utente applicando ogni aspetto del profilo professionale. Non solo, erano corsi di aggiornamento fatti da Infermieri per Infermieri, ma erano corsi in cui si utilizzavano metodi che ti permettevano già dal giorno successivo di attuare nella tua realtà lavorativa il poco o il tanto che avevi ascoltato e imparato.

Affascinata da questo percorso lo abbracciai con entusiasmo e diventai un Socio OSDI.

Il mio incontro con OSDI mi portò ad entrare nel Consiglio Direttivo OSDI Lombardia come Consigliere prima e Presidente poi.

La possibilità di fare formazione con l'unico fine di supportare le persone con Diabete fu molto stimolante, la mia crescita non fu solo professionale ma anche personale e ancora oggi continuo a percorrere questa strada e la migliore gratificazione mi viene data ogni giorno dai pazienti che incontro nel nostro Ambulatorio.



L'Associazione OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani) nasce nel 1989 con lo scopo di:

- promuovere lo sviluppo professionale dei Soci, migliorando la cultura e la preparazione dell'Infermiere che si occupa dell'**assistenza al paziente diabetico**
- promuovere iniziative atte a favorire l'istituzione ufficiale della figura dell'Infermiere esperto in prevenzione e assistenza diabetologia
- stabilire e mantenere rapporti con le altre Associazioni per l'assistenza alle persone affette da diabete, esistenti e legalmente costituite
- collaborare con il Ministero della Salute, Regioni, Aziende Sanitarie, organismi e istituzioni pubbliche nazionali ed internazionali nella promozione e nello sviluppo di iniziative atte a migliorare gli interventi a favore delle persone affette da diabete
- adoperarsi per agevolare il potenziamento ed il miglioramento delle strutture per l'assistenza alla persona con diabete
- elaborare e condividere le linee guida, attraverso la standardizzazione di procedure di lavoro e di ricerca in ambito assistenziale.

L'Associazione opera su tutto il territorio Nazionale ed è divisa in 17 sezioni regionali.

Nel corso degli anni l'Associazione OSDI si è impegnata nell'**organizzazione di numerosi eventi formativi** finalizzati all'accrescimento culturale e professionale sia degli associati sia di infermieri che, pur non essendo iscritti all'Associazione, hanno manifestato la volontà di partecipare.

Dal 2010 OSDI è Provider ECM accreditato sia per eventi residenziali sia per la formazione a distanza (FAD).

La formazione offerta da OSDI è attestata in diversi campi di applicazione: dalla clinica alla pratica professionale, fino agli aspetti organizzativi e legislativi della professione infermieristica.

L'intento che guida OSDI è di garantire una formazione professionale che possa essere

trasmessa anche ai pazienti.

Nello svolgimento delle attività formative, infatti, l'attività teorica è quasi sempre arricchita da esercitazioni pratiche che permettono agli Infermieri di acquisire capacità di autonomia da trasferire efficacemente nella pratica quotidiana.

OSDI ritiene che sia necessario dare ai pazienti un'assistenza di alto profilo che può essere fornita solo da un "professionista preparato e capace".

Dall'esigenza di progettare ed erogare eventi formativi di qualità è nata, nel 2005, la **"Scuola di Formazione Permanente OSDI" (S.F.O.)**; al fine di garantire a tutti i soci percorsi di formazione che rispondano a criteri di coerenza e di efficacia, misurabili e in continuo miglioramento, la SFO ha scelto di certificarsi secondo le norme **UNI EN ISO 9000**. Noi riteniamo che la formazione sia alla base di una buona qualità dell'assistenza, un Infermiere preparato è la garanzia per la sicurezza del paziente e per l'applicazione di standard di cura ottimali.

In questi lunghi anni di storia associativa, abbiamo realizzato molti eventi formativi e su tantissimi argomenti aventi per oggetto l'assistenza del paziente portatore di **patologie croniche come il diabete**. In questo modo abbiamo contribuito a trasferire conoscenze e abilità che, probabilmente, con altri flussi formativi non era facile ottenere.

Inoltre, riteniamo che, **l'esperienza** accumulata negli anni non deve andare persa, ma **messa a disposizione dei nuovi associati o dagli Infermieri che si affacciano al complesso mondo dell'assistenza alla cronicità e in particolare al Diabete**.

OSDI dispone anche di un proprio organo d'informazione. Sul trimestrale **In ... Formazione**, riservato ai Soci dell'Associazione, vengono pubblicati lavori di interesse didattico, scientifico e assistenziale riguardanti il diabete e gli argomenti correlati. Nel 2011 il Direttivo Nazionale OSDI ha indirizzato il suo impegno verso altri ambiziosi orizzonti.

Partendo dalla forte richiesta degli associati e



da una ormai maturata esigenza di lavorare con maggiore rigore scientifico, OSDI ha realizzato un documento d'indirizzo che evidenzia le basi razionali disponibili nell'assistenza al paziente con diabete.

Sono stati trattati, in particolare, i seguenti argomenti: Terapia insulinica, Automonitoraggio glicemico e autogestione, Attività fisica, Prevenzione e cura del piede, Alimentazione, Educazione terapeutica, Il diabete in età evolutiva.

Il lavoro si è concluso nel corso del 2012 con la pubblicazione delle **Raccomandazioni di Trattamento Assistenziale in campo diabetologico: le Position Statement OSDI 2011-12**, che sono disponibili alla consultazione, così come i numeri della rivista, sul sito **www.osdi.it**.

La ricchezza di un'associazione si misura anche con la capacità di produrre e distribuire sapere e accorgendoci dell'evoluzione epidemiologica del diabete in continuo aumento anche in età precoce, della presenza di anziani con patologie croniche multiple di difficile gestione, della situazione del nostro Sistema Sanitario che ha poche risorse infermieristiche, per cui tanti nostri colleghi dopo anni di diabetologia si ritrovano a lavorare in altre strutture specialistiche perdendo così i contatti con l'Associazione e la possibilità di aggiornarsi per i loro pazienti, spesso comunque anche diabetici, si è deciso di modificare lo Statuto associativo.

Ora è possibile iscriversi all'Associazione anche se non si lavora solo in Diabetologia ed è stata offerta l'opportunità di iscriversi anche agli studenti di Laurea in Scienze Infermieristiche, prevedendo per loro un costo ridotto.



Secondo l'attuale Statuto, il socio OSDI è l'infermiere regolarmente iscritto al collegio IPA-SVI di appartenenza, interessato ai temi relativi all'assistenza delle persone con diabete e allo sviluppo delle competenze infermieristiche in ambito diabetologico.



Al fine di mantenere aggiornati i soci sulle attività associative e sulle novità in campo diabetologico, OSDI pubblica ogni quattro mesi la rivista "In ... formazione OSDI", organo di stampa ufficiale dell'Associazione. La rivista è gratuita per tutti gli associati ed è consultabile online sul sito OSDI.



Nel 2012 OSDI ha terminato un lavoro di revisione della letteratura scientifica disponibile formulando le "Raccomandazioni di trattamento assistenziale in campo diabetologico-Position Statement 2012", un documento di indirizzo che aiuta l'infermiere a compiere le scelte assistenziali più appropriate. I volumi delle Raccomandazioni sono consultabili sul sito OSDI. Attualmente l'Associazione è impegnata verso progetti di ricerca infermieristica in campo diabetologico.

L'uomo che mostra cortesemente la via a un viandante smarrito, fa come se dal suo lume accendesse un altro lume. La sua fiaccola non gli risplende meno, dopo che ha acceso quella dell'altro.

(Cicerone De officiis, libro I, p. 51)

Silvana Pastori - segretaria OSDI Regione Lombardia, A.O. Sant'Anna Como, e il Consiglio Direttivo OSDI Regione Lombardia: Mariarosca Cattaneo - Presidente, A.O. Sant'Anna Como; Tiziana Terni - A.O. ICP Milano, Vice Presidente; Past President Gianni Sifarelli - A.O. Desio e Vimercate; Giacomo Bonino - A.O. Fatebenefratelli Milano; Monica Bossi - Ospedale di Circolo-Fondazione Macchi Varese; Enrica Peiti - Ospedali Riuniti Bergamo; Monica Vecchi - A.O. Legnano.



Alla cortese attenzione del Presidente "Collegio provinciale IPASVI di COMO" Dott. Stefano Citterio

50

Gentile Dott. Stefano Citterio,
con questo secondo invio, a quattro mesi di distanza dal primo, cerchiamo di mantenere l'impegno di offrire al Presidente dell'Ordine, Collegio o Associazione una serie di dati aggregati, relativi ai propri iscritti, che possono essere utilizzati come strumento di governance dei processi formativi. Questi nuovi dati, in generale, risentono positivamente dell'ulteriore invio di una discreta quantità di partecipazioni ECM da parte dei Provider regionali. Nonostante ciò non possono ancora considerarsi completi. Infatti, come già chiarito in passato, essi si riferiscono esclusivamente a quanto presente nella banca dati nazionale del Co.Ge.A.P.S. e pertanto è possibile che manchino parte dei crediti non ancora trasmessi da alcune Regioni (specie per il 2013) nonché dei crediti ECM relativi a corsi FAD ancora 'aperti' e che pertanto saranno trasmessi soltanto quando il corso FAD sarà definitivamente chiuso. Le informazioni statistiche riguardano la formazione effettuata dai professionisti iscritti a ciascun Ordine, Collegio e Associazione Professionale facente parte del Consorzio al fine di fornire a ciascun Ente territoriale informazioni utili ad approfondire lo stato del rapporto tra gli iscritti ed il Sistema ECM (ferma restando la possibilità sia per i Collegi che per i singoli professionisti di accedere alla banca dati nazionale per verificare le singole posizioni). Tanto premesso, invio in allegato i nuovi dati relativi agli iscritti al Suo Collegio Professionale, nella speranza che tali elementi consentano di avere un quadro più chiaro e dettagliato dello stato dell'arte della formazione ECM svolta dai Suoi iscritti. Nel rinnovare l'invito a fornirci tutti i suggerimenti, le osservazioni e persino le critiche utili a migliorare il sistema, Le invio i miei saluti più cordiali.

Notizie in pillole

a cura di S. Citterio

Regione Lombardia 30 milioni per innovazione ospedali - 5 Settembre 2014

Oltre 30 milioni di euro destinati alle Aziende Ospedaliere e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico di tutta la Lombardia. È quanto ha deliberato la Giunta lombarda che ha dato il via libera all'utilizzo di nuove importanti risorse destinate all'ammodernamento degli ospedali lombardi. Somma che si aggiunge ai 60 milioni di euro già stanziati negli scorsi mesi.

UNA COMMISSIONE DEDICATA - "La Commissione delle Tecnologie Sanitarie istituita alcuni mesi fa - ha spiegato il vice presidente e assessore alla Salute Mario Mantovani - si è occupata di fissare criteri oggettivi e modelli standard per analizzare le istanze di ciascuna Azienda Sanitaria in riferimento all'acquisizione di nuove apparecchiature e ai relativi bisogni tecnologici".

PIÙ SICUREZZA E INCREMENTO QUALITÀ - "Sulla base del lavoro svolto dagli uffici e dalla Commissione - ha proseguito Mantovani - sono stati dunque definiti parametri di riferimento, a cominciare dalla necessità di incrementare la qualità delle apparecchiature mediche, il che significa anche un maggior risparmio negli interventi di manutenzione, oltre che un evidente abbattimento dei rischi dovuti al loro malfunzionamento".

PREMIARE IL MERITO - "In particolare, nell'assegnazione dei fondi - ha sottolineato Mario Mantovani - abbiamo voluto valorizzare tutte le realtà ospedaliere pubbliche tenendo conto anche dei finanziamenti assegnati alle aziende in altri recenti provvedimenti".

Nel contesto di questi fondi nella nostra provincia sono stati assegnati all'A.O. S. Anna di Como 550.000 euro.



Alla cortese attenzione del Presidente "Collegio provinciale IPASVI di COMO" Dott. Stefano Citterio

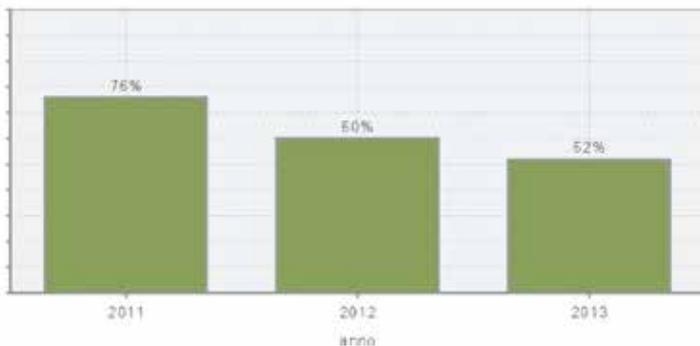
Dati E.C.M. Triennio 2011/2013 "Collegio provinciale IPASVI di COMO"

51

Si riportano di Seguito alcuni dati relativi ai percorsi formativi dei suoi iscritti, rimandando alla lettera di accompagnamento alcune specificazioni necessarie per la corretta interpretazione degli stessi.



Numero assoluto dei professionisti che hanno frequentato eventi Educazione Continua Medicina (ECM) ed abilitati come "Assistente sanitario"

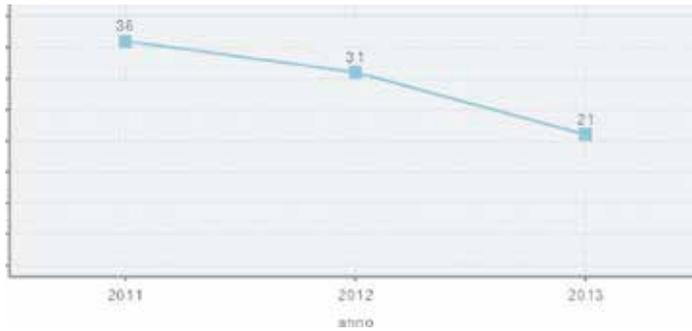


Percentuale dei professionisti che hanno frequentato eventi Educazione Continua Medicina (ECM) su 25 professionisti registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S. ed iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO"

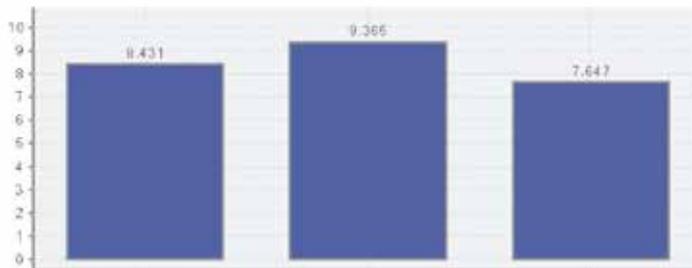
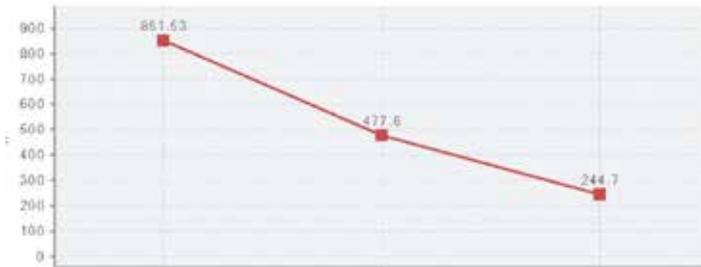


Numero di partecipazioni in eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM), acquisite da iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.

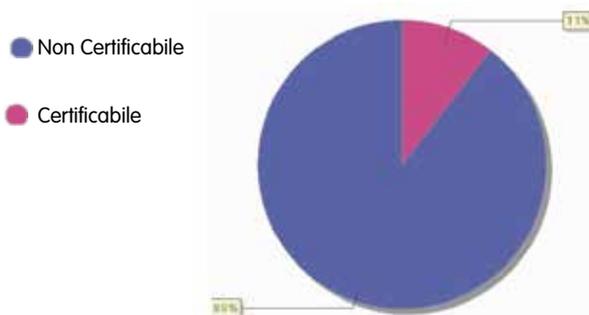




Numero eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM) a cui hanno partecipato iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di CO-MO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.



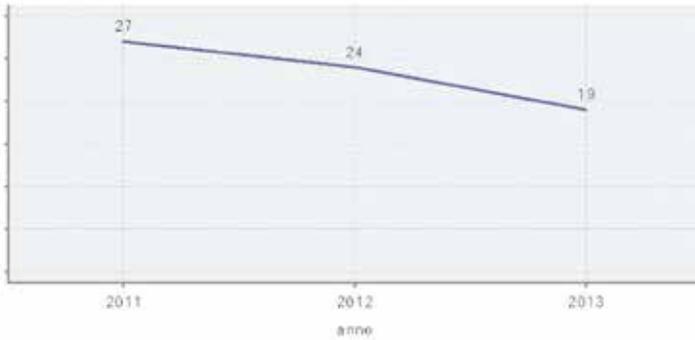
Media dei crediti ECM acquisiti per ogni partecipazione ad eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM) da iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.



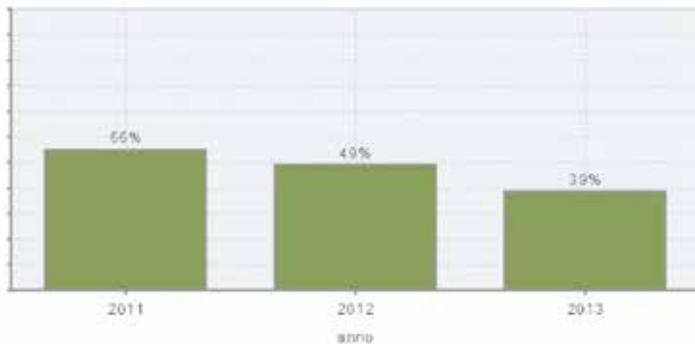
Attualmente risultano su 25 iscritti, 2 certificabili

Percentuale di professionisti presenti in banca dati Co. Ge.A.P.S. che abbiano fatto aggiornamento professionale nel triennio 2011/2013 che sono attualmente certificabili per il triennio 2011/2013 (tale valore potrà variare positivamente quando integrato dei crediti mancanti e degli eventuali Esoneri, Esenzioni, Tutoraggi, Crediti Esteri e Autoformazione)

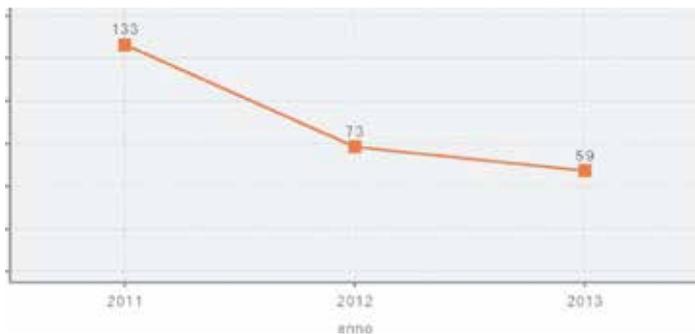




Numero assoluto dei professionisti che hanno frequentato eventi Educazione Continua Medicina (ECM) ed abilitati come "Infermiere pediatrico"



Percentuale dei professionisti che hanno frequentato eventi Educazione Continua Medicina (ECM) su 49 professionisti registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S. ed iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO"



Numero di partecipazioni in eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM), acquisite da iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.

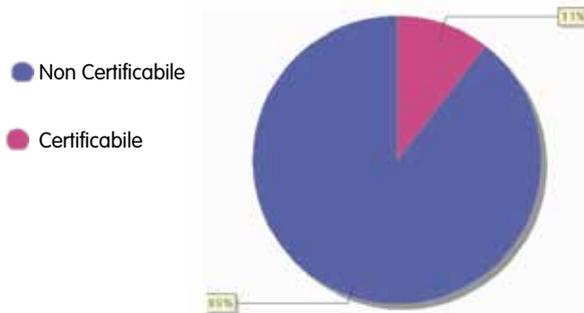


Numero eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM) a cui hanno partecipato iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.





Media dei crediti ECM acquisiti per ogni partecipazione ad eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM) da iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.



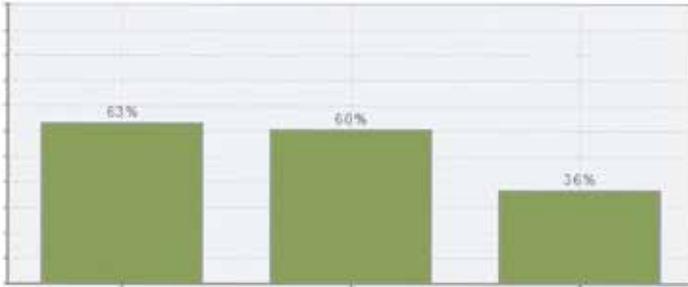
Attualmente risultano su 49 iscritti, 3 certificabili

Percentuale di professionisti presenti in banca dati Co. Ge.A.P.S. che abbiano fatto aggiornamento professionale nel triennio 2011/2013 che sono attualmente certificabili per il triennio 2011/2013 (tale valore potrà variare positivamente quando integrato dei crediti mancanti e degli eventuali Esoneri, Esenzioni, Tutoraggi, Crediti Esteri e Autoformazione)

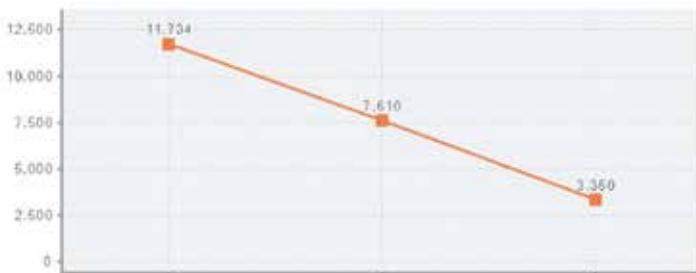


Numero assoluto dei professionisti che hanno frequentato eventi Educazione Continua Medicina (ECM) ed abilitati come "Infermiere"





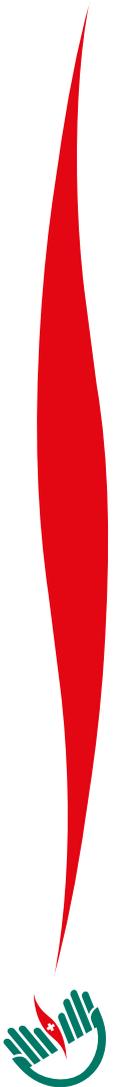
Percentuale dei professionisti che hanno frequentato eventi Educazione Continua Medicina (ECM) su 3548 professionisti registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S. ed iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO"

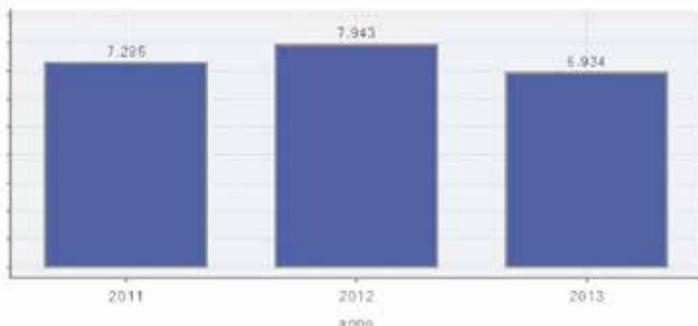


Numero di partecipazioni in eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM), acquisite da iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.

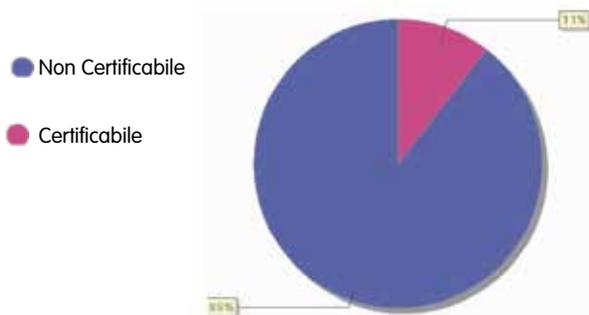


Numero eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM) a cui hanno partecipato iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.





Media dei crediti ECM acquisiti per ogni partecipazione ad eventi per aggiornamento Educazione Continua Medicina (ECM) da iscritti a "Collegio provinciale IPASVI di COMO" registrati in banca dati Co.Ge.A.P.S.



Attualmente risultano su 3548 iscritti, 243 certificabili

Percentuale di professionisti presenti in banca dati Co. Ge.A.P.S. che abbiano fatto aggiornamento professionale nel triennio 2011/2013 che sono attualmente certificabili per il triennio 2011/2013 (tale valore potrà variare positivamente quando integrato dei crediti mancanti e degli eventuali Esoneri, Esenzioni, Tutoraggi, Crediti Esteri e Autoformazione)

Il Presidente del Co.Ge.A.P.S. Dott. Sergio Bovenga

Agorà
Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile: Stefano Citterio
Comitato di Redazione: Citterio Stefano, Pozzi Paola Mariella, Ronchetti Oreste, Trombetta Monica
Segreteria di Redazione: Daniela Sereni, Daniela Zanini
Sede, Redazione, Amministrazione: Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como
Proprietario: Collegio IPASVI - Como
Impaginazione e stampa: Elpo Edizioni - Como
www.elpoedizioni.com
Foto di copertina *Monica Riva*
 Trimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como - Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como con decreto 1/98 del 09/02/1998
Per contattarci: tel. 031/300218 - fax 031/262538
 e-mail: info@ipasvicomo.it

INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

"Agorà", trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como, pubblica contributi inediti (ricerche, esperienze, indagini, approfondimenti, comunicazioni, informative professionali...) nel campo delle scienze infermieristiche generali e cliniche. Il testo dei contributi deve essere dattiloscritto, possibilmente su file (formato Word) ed accompagnato da un breve riassunto (max 200 parole). Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità e vanno numerate progressivamente e/o accompagnate da didascalie. Vanno indicati con chiarezza, il nome, cognome, qualifica e l'indirizzo di riferimento dell'/degli autore/i. Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo. Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del Comitato di Redazione.

Se lo riterrà opportuno, il Comitato di Redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i. La pubblicazione dei contributi non prevede nessun costo per gli autori e parallelamente nessun compenso. Gli articoli o contributi devono pervenire alla sede del Collegio IPASVI Como, viale C. Battisti, 8 su dischetto in formato Word, oppure via e-mail all'indirizzo info@ipasvicomo.it.

Il Comitato di Redazione ringrazia fin da ora chiunque vorrà contribuire alla continuità ed allo sviluppo della rivista.

Numero chiuso il 01 Ottobre 2014



COMMISSIONE FORMAZIONE

*A cura di Inf. Frigerio Daniela
responsabile commissione formazione*

A novembre verrà rinnovato il Consiglio direttivo, per questo motivo la commissione formazione vuole cogliere questa occasione per ringraziare gli iscritti che hanno partecipato attivamente alle attività formative proposte dal Collegio, a coloro che hanno fatto pervenire suggerimenti, critiche ma anche apprezzamenti che hanno indirizzato e guidato le scelte della commissione per dar modo a molti di dare risposta alle proprie esigenze formative. Vogliamo inoltre ringraziare tutti i docenti che hanno portato il loro patrimonio di esperienze e conoscenze al nostro servizio. Abbiamo notato in questo ultimo anno un calo di partecipazione agli eventi che ci ha costretto in alcuni casi ad annullare il corso. Per questo motivo, oltre a chiedervi la collaborazione nel farci pervenire proposte di tematiche che ritenete utili per la vostra attività professionale, per il prossimo anno verrà stabilito un numero minimo di partecipanti, che verrà dichiarato al momento della pubblicazione dell'evento sul sito. Sarà poi facoltà del Collegio decidere l'eventuale annullamento 15 giorni prima del corso/convegno. Sappiamo che questo creerà un disagio a chi si è iscritto, ma eviterà di utilizzare impropriamente le risorse economiche del Collegio. Ci auguriamo che la commissione formazione che verrà nominata alle prossime elezioni potrà contare ancora sulla vostra collaborazione e, qualora qualcuno ritenga che potrebbe dare un contributo più attivo, lo invitiamo a proporre la sua candidatura.

EVENTI FORMATIVI SECONDO SEMESTRE 2014

Si ricorda che l'iscrizione ai corsi viene effettuata solo on line sul sito www.ipasvicomo.it

Ricordiamo che, per l'iscrizione ai corsi è necessario dotarsi della pec. Per chi non l'avesse ancora attivata, la modulistica è reperibile sul sito del Collegio alla voce attiva la tua pec.

Educazione sanitaria al paziente diabetico

Como, Centro Card. Ferrari

31 Ottobre 2014

Donne Mamme lavoratrici

Como, Centro Card. Ferrari

7 Novembre 2014

Il dolore nel bambino

Como, Centro Card. Ferrari

28 Novembre 2014

Il procedimento disciplinare nel comparto sanità

Como, Centro Card. Ferrari

29 Novembre 2014

I programmi degli eventi sono disponibili sul sito del collegio

www.ipasvicomo.it



ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 16/04/2014 AL 16/09/2014

ISCRIZIONI

NUOVE ISCRIZIONI

Abuluyan Emmanuel Obispo
Baietti Valentina
Bertolio Alessandra
Edayachalil Maneesh Jose
Gatti Massimiliano
Guarino Marina
Hinojosa Caceres Maxima
Knizel Viorica Florina
Messina Agrippino
Molteni Lavinia
Piatti Micaela
Stoica Elena Emilia
Varlan Nicoleta

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO

Cardenas William Hannover
Finetti Alessia
Folci Emilia
Fusco Antonello
Ghouili Yousra
Marchesi Sonia Clementina
Marga Vasile
Marin Samanez Helen Stephani
Marin Samanez Ruth Katherin
Marotta Mirko
Poulose Nitha
Rusconi Daniela
Simone Sara
Tejada Vera Magnolia Elsa

CANCELLAZIONI

PER CESSATA ATTIVITA' LAVORATIVA

Fischer Marialuisa
Ghiraldini Moreno
Radu Adrian
Ricardi Maria

PER TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI

BIANCO DEBORAH SABRINA MARTINA
Boarin Mattia
Bouargoub Leila
Bovo Enrica
Bresan Antonela
Carminati Franca
Carnati Antonia
Caspani Milena

Cemmi Elisabetta
Cenuse Anda
Chitic Stefan Margareta
Chteoui Imed
Cottone Loreta
Falcone Maria Luisa
Favaretto Anna
Gadda Barbara
Geci Evis
Gervasini Ivana
Ghidoni Riccardo
Giglio Lanfranco
Greco Suor Caterina
Hysa Manushaqe
Iacobitti Cinzia
Invernizzi Lucia Suor Maria Paola
Malgieri Suor Maria
Manea Tincuta Teodora
Maxin Adela
Mazzucchi Rosanna
Merlini Rosa Suor Angela
Miglietta Antonio
Pagani Mauro
Patacchiola Bernardina
Podesta' Ornella
Polosa Angela
Popescu Niculina Cristina
Renda Rita
Rizzo Giuseppina
Rosu Livia
Rouissi Hela
Ruggieri Maria
Sainato Francesco
Sala Caterina
Santacroce Suor Gina
Santambrogio Cristina
Saracevic Muhamed
Sciascia Liliana
Serban Elena Mirela
Sicignano Emilia
Storti Serena
Tharappel Sumamol Joseph
Tupi Eralda
Villanova Francesca
Vites De Escusa Carmen Rosa
Zaffaroni Mauro



Residenza o domicilio professionale trasferimento iscrizione

Ricordiamo che, secondo quanto ribadito anche dalla Federazione Nazionale IPASVI, come previsto dal DPR 221/50 art. 4, non è consentito mantenere l'iscrizione al Collegio in assenza di residenza o domicilio professionale (luogo di lavoro) in un Comune della provincia di Como. L'iscrizione, potrebbe risultare "non valida" in carenza di uno dei requisiti di legge, nella fattispecie appunto, la residenza o il domicilio professionale.

59

Si invitano pertanto, tutti gli iscritti non più in possesso di uno dei requisiti sopra indicati, di voler provvedere, entro l'anno, al trasferimento dell'iscrizione, presso il Collegio di competenza. In caso l'iscritto sia in possesso del solo domicilio professionale in provincia di Como, dovrà trasmettere al Collegio "Dichiarazione sostitutiva atto notorio" del proprio domicilio professionale. Il modulo è disponibile sul sito del Collegio www.ipasvicomo.it alla voce segreteria.

Notizie in pillole

a cura di S. Citterio

Ambulatori aperti non-stop

Con deliberazione di Giunta Regionale n. X/2313 del 01.08.2014 Regione Lombardia ha prorogato la sperimentazione dell'iniziativa "Ambulatori Aperti" su tutto il territorio regionale fino al 31/12/2014.

Il progetto già avviato con la precedente DGR n. X/1846 del 16/05/2014 è finalizzato ad ampliare l'offerta di visite specialistiche e di prestazioni di radiodiagnostica, in orari e giornate più favorevoli ai cittadini. In virtù del nuovo provvedimento – che rafforza l'impegno regionale ad attivare azioni per la riduzione delle liste d'attesa e migliorare i tempi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio lombardo – le 14 Aziende Ospedaliere già interessate dal primo periodo di sperimentazione proseguono con continuità l'erogazione delle prestazioni, secondo le modalità già in vigore dallo scorso giugno.

A partire dal 1° settembre 2014 alle strutture già operative si aggiungono ulteriori 200 strutture, che includono sia soggetti pubblici che enti erogatori di diritto privato del Sistema Sanitario Regionale.

Si ricorda che l'offerta aggiuntiva varia da azienda ad azienda, in quanto ciascuna delle realtà interessate, in base alle specifiche aziendali e alle esigenze di snellimento delle liste di attesa, ha individuato le specialità cliniche da potenziare e le prestazioni integrative erogabili.

Sono escluse dalle fasce orarie serali le prestazioni che per ragioni tecniche e di preparazione richiedono di essere effettuate nelle prime ore diurne (es. esami del sangue e urine, ecc.).

Una volta in possesso della prescrizione del medico curante (ricetta rossa), sarà possibile prenotare visite ed esami in orario prolungato con varie modalità:

- chiamando il Centro Unico di Prenotazione regionale al numero 800.638.638 (per le strutture sanitarie pubbliche);
- contattando i singoli Centri Unici di Prenotazione e gli Uffici Relazioni con il Pubblico delle strutture ospedaliere (per gli enti erogatori privati, ma se lo si ritiene anche per i soggetti pubblici);
- attraverso la Carta dei Servizi CRS/CNS, sia presso le farmacie, che direttamente online.

Maggiori dettagli sull'iniziativa possono infine essere richiesti al call center informativo regionale al numero 800.318.318.



Di seguito troverete il modulo per proporre la vostra candidatura.
Partecipate numerosi, e tenetevi aggiornati anche sul nostro sito www.ipasvicomo.it

60

SCHEDA DI CANDIDATURA PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2015/2017

COGNOME _____

NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DAL _____ AL NUMERO _____

QUALIFICA: INF. AS VI/INF.PED.

SEDE DI LAVORO _____

RECAPITO TELEFONICO _____ e:mail _____

ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE SIGNIFICATIVE _____

SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL:

CONSIGLIO DIRETTIVO COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Firma _____

INVIARE LA SCHEDA A:

COLLEGIO IPASVI VIALE C.BATTISTI,8 22100 COMO

TEL.031/300218 FAX. 031/262538 - E.mail: info@ipasvicomo.it | PEC: como@ipasvi.legalmail.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuale ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti. Il titolare del trattamento è il Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti,8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro-tempore dell'Ente.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____



prot.3573/14

Como, 24 settembre 2014
A tutti gli iscritti all'Albo
Loro Sedi

oggetto: **Convocazione Assemblea per Elezioni Organi Collegiali 2015/2017**

Avviso di convocazione dell'Assemblea per le elezioni del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio IPASVI della Provincia di Como per il triennio 2015/2017.

61

In esecuzione al D.L.C.P.S. 13.09.1946 n. 233 ed al DPR 05.04.1950 n. 221 e successive modifiche, è convocata presso il CENTRO SOCIO PASTORALE C.FERRARI in Como - via C. Battisti, 8 - l'Assemblea per le elezioni del Consiglio Direttivo e del Collegio Revisori dei Conti del Collegio degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d'Infanzia per il triennio 2015/2017. In prima convocazione, se saranno presenti almeno un terzo degli iscritti, nei giorni 21/22/23 novembre 2014 dalle ore 9.00 alle ore 10.00 di ciascun giorno.

IN SECONDA CONVOCAZIONE,

qualunque sia il numero dei votanti purchè non inferiore a 1/10 degli iscritti nei giorni:

Venerdì 28 Novembre 2014

Centro Cardinal Ferrari, viale C.Battisti 8 - Como. Orari: 8.30/12.30 - 13.30/18.00

Sabato 29 Novembre 2014

Centro Cardinal Ferrari, viale C.Battisti 8 - Como. Orari: 8.30/12.30 - 13.30/18.00

Domenica 30 Novembre 2014

Centro Cardinal Ferrari, viale C.Battisti 8 - Como. Orari: 10.00/12.00

Apertura dei lavori dell'Assemblea ore 08.00

Ordine del giorno:

- Relazione del Presidente
- Discussione
- Apertura Seggio Elettorale.

A norma di Legge si procede alle elezioni di:

n.15 componenti del Consiglio Direttivo

n.3 Revisori dei Conti

n.1 Revisore dei Conti Supplente.

La scheda conserva la sua validità anche nel caso in cui contenga un numero di nomi inferiore a quello dei componenti da eleggere.

TUTTI GLI ISCRITTI SONO ELEGGIBILI. Una copia dell'Albo Professionale sarà a disposizione presso il seggio elettorale per la consultazione dei nomi e per una eventuale verifica necessaria, in caso di omonimie, al fine di rendere il voto inequivoco (indicando es. data di nascita o numero di iscrizione). La carica di Revisore dei Conti è incompatibile con quella di Consigliere.

Non sussiste nessuna causa di ineleggibilità o incompatibilità per le elezioni alle cariche ordinarie. La votazione si effettua a scrutinio segreto mediante scheda, munita di timbro del



Collegio, che verrà consegnata al seggio a ciascun votante. **La votazione deve essere effettuata di persona; non sono ammesse deleghe.** Per votare è necessario esibire un documento di riconoscimento.

Coloro i quali volessero proporsi come candidati sono pregati di inviare per iscritto, presso la sede del Collegio, nota di disponibilità.

L'art. 21 del DPR 5 aprile 1950 n. 221 e l'art.3 comma 4 della legge 241/90 prevedono che "Entro trenta giorni dalla proclamazione dei risultati delle elezioni ogni iscritto nell'Albo può proporre ricorso avverso la validità delle operazioni elettorali alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (presso il Ministero della Salute), che decide nel termine di sei mesi".

Come prescritto dalle norme di Legge si trascrivono i nomi dei componenti il Consiglio Direttivo ed il Collegio dei Revisori dei Conti uscenti:

CONSIGLIO DIRETTIVO

Dott. Citterio Stefano
AFD Pozzi Paola Mariella
Inf. Marino Ciro
AFD Bianchi Maria Luisa
Inf. Cavallaro Loredana
Dott.ssa Cavenaghi Katia
Inf. Frigerio Daniela
Inf. Giussani Paola
Inf. Maffia Rosella
Inf. Redaelli Rita
Inf. Riva Monica

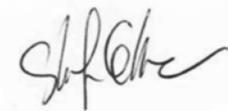
Inf. Ronchetti Oreste
Inf. Tangredi Sandro
Inf. Trombetta Monica
AFD Valle Doriana

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

AFD Pina Adelaide
Inf. Canevali Barbara
Inf. Marzorati Michela
Supplente
Inf. Alunni Manuela

In attesa di incontrarci, cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
Dott. Stefano Citterio



Durante le giornate delle votazioni si svolgeranno i seguenti eventi formativi:

- venerdì 28 novembre 2014 | Como Centro Cardinal Ferrari | Il dolore nel bambino
- sabato 29 novembre 2014 | Como Centro Cardinal Ferrari | Il procedimento disciplinare nel comparto sanità

Programmi dettagliati degli eventi sul sito www.ipasvicomo.it



SALUTO AD ALBA

Buongiorno, sono una studentessa del terzo anno del corso di laurea per infermieri e mi rivolgo al Collegio di Como in quanto ci terrei a condividere con voi il dolore provato per la malattia che ha colpito un'infermiera dipendente dell'Azienda S. Anna che ho avuto la fortuna di conoscere durante il primo anno di corso e che attualmente sta molto male. Ringraziando anticipatamente per l'attenzione, porgo cordiali saluti.

"... Vi siete mai chiesti quello che si prova stando dall'altra parte? Chiudete gli occhi e per un attimo provate ad immaginarvi nel "ruolo" della persona assistita tra le mani di "sconosciuti" che accendendo la luce alle 5 del mattino vi scuotono dicendo che è ora di fare il prelievo. Immaginate di aver paura e di provare il desiderio di confidarlo a qualcuno ma di non trovare il coraggio poiché nel tentativo di farlo vi è stato detto che il lavoro è troppo e non si ha il tempo di fermarsi a parlare. Provate ad immaginarvi in un letto di ospedale; riusciremmo a respirare l'essenza del caring che la nostra deontologia ci insegna a trasmettere alle persone che quotidianamente assistiamo?"

Ho conosciuto Alba L. durante il primo anno di corso universitario. Come ogni studente che si trovi ad affrontare la prima esperienza di tirocinio, avevo molte paure: la più grande era quella di poter scoprire che ciò che avevo sempre sperato di diventare, non corrispondesse alle mie aspettative. Infermiere non si nasce, si diventa. Oggi, giunta quasi al traguardo di questo percorso, ripenso alla prima volta in cui ho indossato la divisa rossa e ho varcato la soglia di un reparto: ad aspettarmi c'era lei. Mi ha chiesto perché avevo scelto di fare l'infermiera e io ho risposto che c'erano molti motivi. Poi, un giorno, le ho posto la stessa domanda e lei mi ha risposto che aveva scelto di diventare infermiera poiché non riusciva ad immaginarsi in alcun altro modo. Oggi questa è diventata anche la mia risposta. Ho deciso di pubblicare i miei pensieri in quanto spesso accade, che uno studente scelga tra i professionisti incontrati durante i tirocini clinici, dei modelli ai quali ispirarsi. Vorrei solo poterti ringraziare pubblicamente di essere stata il mio modello. Grazie della professionalità, della passione e dell'entusiasmo che mi hai trasmesso e grazie per avermi insegnato a dimostrare coraggio e determinazione in ogni occasione. Cara Alba, sei stata e sarai sempre una grande infermiera, anche oggi che il destino ha scelto di allontanarti da quello che ami fare. Sei una donna forte e sono certa che saprai cavartela anche questa volta a testa alta. 

Alessandra K. (studente corso di laurea inf.ca)



Arte e assistenza



Ragazza malata

Nemmeno gli splendidi dettagli naturalistici quali l'accordo delle diverse superfici bianche, o i riflessi del legno levigato della sedia a dondolo, riescono a stemperare la severa drammaticità di *Ragazza Malata*. La limitazione degli elementi di ambientazione e la ripresa frontale diretta utilizzati da Krohg acquiscono l'aspetto di ineluttabilità del decorso infausto della malattia. La stessa fissità iconica della ragazza richiama alle immagini dei santi, come pure acquista un significato simbolico anche la forma quadrata del cuscino, quasi un nimbo medioevale: l'aureola quadrata distingueva infatti le persone proclamate sante ancora in vita.

Christian Krohg (1852-1925), *Ragazza malata*, 1880-1881, olio su tela, 120x105cm, Nasjonalgalleriet, Oslo