



Novembre 2011 - N. 48

Agorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Editoriale - Elezioni provinciali:
le ragioni di un impegno

2

ATTUALITÀ

Infermieri e farmacie: prove di dialogo
tra Collegi IPASVI e Federazione Ordine
dei Farmacisti Italiani

4

Quale evoluzione dei SITRA?

Il parere dei Collegi e dei Dirigenti SITRA

5

Nuovo ospedale Sant'Anna ad un anno
dal trasferimento - intervista al Direttore Generale

8

Reparti per sub acuti - di cosa si tratta?

Una novità nel panorama
della Sanità Lombarda

10

Valorizzare la formazione
per la professione

14

Assicurazione r.c. professionale
nota della Federazione

17

Il tariffario: perché reintrodurlo

18

Terza Conferenza Nazionale
sulla Formazione Continua in Medicina

19

Dalla parte del bambino

La neonatal developmental care
nei paesi in via di sviluppo

20

È evidente che...

Le scale utilizzate dall'infermiere
per valutare il dolore nella persona
anziana con demenza grave

23

Infermieristica e cure complementari

Imparare a stare bene con il
metodo Grinberg® a tutte le età

31

News from the web

34

Articoli originali

INTERVISTA A... Pagani Andrea

35

INTERVISTA A... Padalino Anna

37

Dal Collegio

Iscritti e cancellati

40

Commissione formazione

41

Scheda candidatura elezioni 2012/2014

43

ELEZIONI PROVINCIALI: LE RAGIONI DI UN IMPEGNO

Dott. Stefano Citterio
Presidente Collegio IPASVI Como

Nei giorni 25, 26 e 27 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 due commissioni (la commissione formazione, sviluppo e ricerca e la commissione libera professione ed esercizio professionale), 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.ipasvicomo.it).

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.



INFERMIERI e FARMACIE: prove di dialogo tra Collegi IPASVI e Federazione Ordine dei Farmacisti Italiani (FOFI)

A cura della redazione

4

Il Coordinamento dei Collegi Lombardi ha avviato una riflessione sulla effettiva applicabilità dei decreti che consentono l'effettuazione di prestazioni infermieristiche nelle farmacie (cfr Agorà n. 47 e 46).

L'intento dell'IPASVI è quello di valorizzare la professionalità degli infermieri, garantendo l'applicazione dei Decreti, evitando di limitare il contributo infermieristico a quello di "manodopera specializzata".

I Collegi Lombardi hanno definito una "bozza di documento", che rappresenta la base per confrontarsi con l'Ordine dei farmacisti, l'Ordine dei medici e con l'istituzione regionale, nonché fornire l'adeguato supporto ai colleghi (in particolare libe-

ri professionisti) che intendono lavorare nelle Farmacie.

Il confronto con la Regione risulta essenziale per definire in modo chiaro quali prestazioni possono rientrare nei LEA Regionali e quindi chiarire le modalità di accesso dei cittadini (gratuite, tramite ticket o a pagamento) e gli eventuali rimborsi regionali esigibili.

Il progetto dei Collegi è quello di cercare l'accordo con i diversi soggetti istituzionali coinvolti (FOFI e Regione in particolare) e sperimentare in qualche provincia tale modalità di erogazione in modo da raccogliere dati concreti di attività e risultati, utili agli sviluppi di questa importante tassello del sistema sanitario.

notizie in pillole a cura di S. Citterio, K. Cavenaghi

Il Numero Unico Emergenza 112 funziona

La sperimentazione iniziata nel giugno 2010 a Varese ha dato risultati positivi, il sistema è diventato ancor più efficace ed è stato in grado di gestire in queste 65 settimane di attività 850.271 chiamate con una media giornaliera di 1.844.

Notevole il lavoro di filtro garantito dal "call center laico": quasi il 50 per cento delle chiamate non è stato inoltrato alle centrali operative di secondo livello (deputate a intervenire sulle emergenze segnalate), che sono state così liberate dal peso di molti contatti "fasulli". "È stato dunque possibile - ha sottolineato l'assessore Bresciani - misurare fin dall'inizio della sperimentazione un significativo incremento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione nella gestione delle chiamate di emergenza da parte di tutte le centrali operative coinvolte, con un sensibile miglioramento della gestione operativa e un'ampia soddisfazione della cittadinanza coinvolta".

Tra le caratteristiche principali del nuovo servizio 112 va ricordato la localizzazione, cioè la possibilità per gli operatori di individuare subito il punto da cui parte la chiamata e l'accessibilità sia per i disabili, con un apposito servizio di messaggistica, sia per gli stranieri, grazie al contributo di interpreti specializzati. "In questo modo i nostri cittadini avranno la certezza di poter accedere in tempi rapidissimi e con grande efficienza a un aiuto plurispecializzato".

(Lombardia Notizie)



Quale evoluzione dei SITRA?

Il parere dei Collegi e dei Dirigenti SITRA

A cura di Stefano Citterio - Presidente IPASVI Como

Come anticipato nel numero precedente di Agorà (cfr. Agorà n. 47), in riferimento alla mozione n.142 approvata dal Consiglio Regionale della Lombardia lo scorso 17 maggio, i Collegi IPASVI della Lombardia hanno promosso un confronto con tutti i Dirigenti SITRA della Regione attraverso un incontro svoltosi lo scorso 30 giugno, nel quale si è deciso di costituire un gruppo di lavoro ad hoc con la finalità di elaborare una proposta di integrazione delle attuali linee guida Regionali relative ai Piani di Organizzazione Aziendale (POA) condivisa tra Collegi IPASVI e Dirigenti SITRA.

Di seguito pubblichiamo la lettera trasmessa in Regione con l'allegato tecnico messo a punto dai Dirigenti e dai Presidenti dei Collegi Lombardi



quale punto di partenza per una discussione sia con gli organi Regionali che con i rappresentanti delle altre professioni sanitarie interessate.

La Mozione n. 142 - sintesi dei contenuti

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA, ad unanimità, lo scorso 17 maggio ha approvato la Mozione n. 142 che impegna la Giunta regionale a prevedere, nelle linee guida per la redazione dei piani di organizzazione aziendale delle Aziende Sanitarie della Lombardia, senza oneri aggiuntivi, l'istituzione, di quelle Unità Operative delle Professioni Sanitarie, che essi ritenessero concordemente utili per le specifiche Aziende, con conseguente assegnazione della dirigenza per specifica area (requisito di accesso laurea specialistica o magistrale nell'area specifica) per quelle aree individuate fra le seguenti:

- Unità Operativa Professionale Infermieristica e Ostetrica;
- Unità Operativa Professionale della Riabilitazione;
- Unità Operativa Professionale Tecnico-Sanitaria;
- Unità Operativa Professionale della Prevenzione;

a cui attribuire la diretta responsabilità e gestione delle attività e delle funzioni connesse per ciascuna area di cui agli artt. 1, 2, 3 e 4 della legge 251/2000 e al CCNL della dirigenza sanitaria non medica STPA.

Le UU.OO. Professionali in diretta relazione con la Direzione Sanitaria partecipano alla realizzazione degli obiettivi aziendali nel rispetto delle funzioni previste dalle norme istitutive dei relativi profili professionali attraverso il conferimento di incarico dirigenziale per ciascuna Unità Operativa, dirigenza per specifica area;

Si prevede, inoltre, l'istituzione, in relazione a particolari complessità delle Aziende Sanitarie, delle seguenti strutture complesse:

- Direzione di Area infermieristica e Ostetrica;
- Direzione di Area delle Professioni Riabilitative;
- Direzione di Area Tecnico Sanitaria;
- Direzione di Area della Prevenzione;

i Direttori assicurano il sistema di governo clinico assistenziale, riabilitativo, tecnico-sanitario e della prevenzione con funzioni organizzative e gestionali. Il conferimento dell'incarico avviene nel rispetto della normativa vigente e degli accessi previsti dalla legge 251/2000.





COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI DELLA LOMBARDIA



Sede:
Collegio IPASVI di Bergamo
Via Rovelli, 45
24125 Bergamo
collegio@infirmieri.bergamo.it
collegio@ipasvi.postecert.it

PROT. N.65/11

BERGAMO, 26/07/2011

PRESIDENTE:	MAZZOLENI Beatrice
Collegio di Bergamo:	
VICEPRESIDENTE:	GUANDALINI Andrea
Collegio di Mantova:	
SEGRETARIO:	FILIPPINI Aurelio
Collegio di Varese:	
TESORIERE:	MARSELLA Enrico
Collegio di Cremona:	
Collegio di Brescia:	BAZZANA Stefano
Collegio di Como:	CITTERIO Stefano
Collegio di Lecco:	TENTORI Cristina
Collegio di Milano-Lodi:	MUTTILLO Giovanni
Collegio di Pavia:	FRISONE Enrico
Collegio di Sondrio:	PIANI Ercole

Alla cortese attenzione del
Dr. Lucchina
Direzione Generale Sanità
Regione Lombardia
Carlo_lucchina@regione.lombardia.it

E p.c. Al Presidente Giunta Regionale della
Regione Lombardia
Dr. R. Formigoni
Roberto_formigoni@regione.lombardia.it

All'Assessore Regionale alla Sanità della
Regione Lombardia
Dr. L. Bresciani
Luciano_bresciani@regione.lombardia.it

Oggetto: invio documento di proposta

Egregio Direttore,

in virtù delle disposizioni emanate nell'arco degli ultimi anni (DGR VII/2003, Circolare 15/SAN 2005, Nota 7 aprile 2008), proponiamo un documento, che troverete in allegato, che costituisce la sintesi e lo sviluppo di quanto già emanato e che possa rappresentare un valido contributo per l'imminente stesura del documento d'indirizzo ai Direttori Generali per la stesura dei POA, tenendo conto dell'attuale contesto sanitario regionale.

Inoltre, a seguito dei recenti avvenimenti che hanno visto la pubblicazione della mozione n. 142 del Consiglio Regionale concernente "L'istituzione nelle ASL e negli IRCCS di unità operative delle professioni sanitarie, in attuazione della Legge n.251/2000", il Coordinamento Regionale Collegi IPASVI della Lombardia, ha intrapreso un percorso di analisi che ha coinvolto i Dirigenti SITRA delle A.O., ASL e IRCCS, con la costituzione di un gruppo di lavoro specifico.

Nella Circolare n. 15/SAN/2005 avente come oggetto "Istituzione del SITRA" a firma della Signoria Vostra, veniva espresso "... fermo restando quanto stabilito dal punto 10.3.2. della DGR n. VII/14049 del 8 agosto 2003, ovvero la necessità che la Direzione Aziendale individui una responsabilità unitaria per il SITRA, si sottolinea come alle singole Aziende non sia preclusa la possibilità di attivare ulteriori posizioni dirigenziali per specifiche aree professionali o funzionali, di particolare rilevanza aziendale."

Tale proposta, in coerenza con la mozione approvata, permette alle professioni sanitarie di trovare un'appropriata articolazione che consenta, mantenendo la dirigenza unica per le professioni definite dalla Legge 251/2000, un miglior governo delle risorse professionali riconosciute nella loro specificità, per la qualità del servizio erogato alla persona e nel pieno rispetto degli obiettivi di mandato della politica sanitaria di regione Lombardia.

Ringraziando per la disponibilità e confermando la volontà di collaborare, è gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.

La Presidente
Collegi IPASVI della Regione Lombardia
Beatrice Mazzoleni



Allegato A Direzione Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa Aziendale

La Direzione Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa Aziendale (D.I.T.R.A.) è una struttura complessa a valenza Aziendale, dotata di autonomia gestionale, che opera "in line" al Direttore Sanitario aziendale. La D.I.T.R.A. è una struttura titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e gestione del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto che operano nelle Aziende e nelle Fondazioni del SSR. Si propone di assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti/clienti, garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche. Il Direttore della D.I.T.R.A. è un professionista appartenente alle professioni di cui alla Legge 251/00, in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente. È nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura selettiva ai sensi della normativa vigente. Il Direttore della D.I.T.R.A. collabora con gli altri membri della Direzione Strategica.

La Struttura è articolata in:

Funzioni in line: Dirigenti/Responsabili di Presidio (laddove previsti); Dirigenti/Responsabili Infermieristici, Tecnici e Riabilitativi di area; Coordinatori di Struttura;

Funzioni in staff: Dirigente/Responsabile ricerca, formazione e sviluppo, Dirigenti/Responsabili Corsi di Laurea.

In base alla complessità organizzativa è prevista l'istituzione di strutture semplici, con il relativo conferimento di incarichi dirigenziali, per garantire un più efficace governo delle funzioni infermieristiche, riabilitative, tecnico-sanitarie, della prevenzione, dei processi organizzativo-gestionali e dei processi didattico-organizzativi.

Si individuano le seguenti funzioni di struttura:

- gestione del processo di budget per quanto attiene alla definizione e alla attribuzione delle risorse in relazione agli obiettivi fissati;
- progettazione e sviluppo di modelli organizzativi innovativi coerenti con l'organizzazione aziendale;
- individuazione dei fabbisogni di risorse infermieristiche, tecniche, riabilitative ed assistenziali;
- definizione dei criteri per la gestione del personale relativamente a: selezione, accoglimento, inserimento, valutazione, sviluppo e mobilità del personale;
- analisi del fabbisogno formativo, definizione di piani formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali;
- partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema informativo aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi alle attività infermieristiche, tecniche e riabilitative;
- definizione dei sistemi di verifica e di indicatori delle prestazioni infermieristiche, tecniche e riabilitative e delle attività alberghiere;
- partecipazione all'elaborazione e all'implementazione dei progetti relativi alla sicurezza e qualità nonché alla ricerca sull'assistenza infermieristica, tecnica e riabilitativa;
- partecipazione alla definizione degli indirizzi concernenti l'applicazione del contratto di lavoro, l'identificazione di sistemi premianti e di un sistema di valutazione delle prestazioni professionali;
- garantire le funzioni didattico-organizzative previste dai protocolli di intesa Università-Regione e dai relativi accordi attuativi aziendali.



Il nuovo ospedale Sant'Anna ad un anno dal trasferimento

Intervista al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como, dottor Marco Onofri

8

A cura di Stefano Citterio - Presidente IPASVI Como

Lo scorso 4 ottobre, l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna ha festeggiato una ricorrenza importante: il trasferimento del Presidio Sant'Anna dalla "vecchia" struttura di via Napoleona a quella nuova di San Fermo.

Da inizio anno alla guida del Sant'Anna c'è il Dott. Marco Onofri, Cardiologo, che, assieme al Direttore Santario, Dr. Giuseppe Brazzoli e al Direttore Amministrativo, Dr. Salvatore Gioia, ha il compito, tra gli altri, di sviluppare tutto il potenziale della Nuova Struttura sia in termini di dotazioni tecnologiche sia in termini organizzativi.

Abbiamo chiesto al Dr. Onofri un colloquio, ad un anno dal trasloco per fare con lui il punto della situazione.



D: Innanzitutto, benvenuto a Como. La prima domanda che vorrei farle riguarda la situazione che ha trovato a Como, potrebbe indicarci quali punti di forza e quali di debolezza ha individuato in questi primi mesi di mandato?

R: Certamente il principale punto di forza è rappresentato dal nuovo modello organizzativo inserito in una struttura con caratteristiche eccellenti e che mette il paziente al centro. È emersa, però, in questi mesi la necessità di affinare e adeguare l'organizzazione al lavoro che si svolge nel nuovo ospedale, a fronte delle innovazioni tecnologiche e strutturali. Vorrei che a parlare fossero i numeri che riassumono questo primo anno di attività: i ricoveri effettuati al Sant'Anna sono stati oltre 19mila, mentre gli interventi chirurgici eseguiti sono oltre 10mila. Oltre 700mila sono le prestazioni ambulatoriali erogate per circa 138mila pazienti. I bimbi che sono venuti alla luce nel presidio di

via Ravona sono arrivati a quota 1.850 e le persone che si sono rivolte al Pronto Soccorso sono state 65.000,575. Queste cifre sono il frutto dell'impegno di tutti i nostri professionisti che si sono quotidianamente prodigati per far funzionare questo 'gioiello' messoci a disposizione dalla Regione e per applicare il nuovo modello organizzativo per intensità di cure e complessità assistenziale. Ora è tempo di guardare al futuro e consolidare ciò che è stato avviato adattandolo alle esigenze emerse dall'effettivo utilizzo della struttura.

D: Il "Modello organizzativo Sant'Anna", rappresenta una novità a livello nazionale e internazionale. Per questo l'Azienda ha gli "occhi puntati addosso" per comprendere se effettivamente i risultati in termini di salute e in termini economici sono più soddisfacenti rispetto ai modelli più tradizionali. Cosa ci può dire in proposito?



BREVE CURRICULUM DEL DR. MARCO ONOFRI

Nato nel 1952, Laurea in Medicina e Chirurgia - Specialista in Cardiologia.

Prima della nomina a Direttore Generale dell'A.O. Sant'Anna di Como è stato Direttore dell'U.O. di Cardiologia del Presidio Ospedaliero di Tradate e di Busto Arsizio, dove ha ricoperto anche l'incarico aggiuntivo di Direttore del Dipartimento Medico di Elezione del Presidio Ospedaliero di Busto Arsizio - Ospedale di Circolo Busto Arsizio.

Ha prodotto oltre 150 pubblicazioni scientifiche, edite a stampa, su riviste italiane o internazionali, ha partecipato ad oltre 150 riunioni scientifiche (in oltre 40 come relatore-moderatore). Ha effettuato ripetuti periodi di aggiornamento all'estero (Germania/Olanda) per l'apprendimento e/o l'affinamento di tecniche specialistiche cardiologiche/interventistiche.

È membro della società scientifica SICI-GISE (Società Italiana di Cardiologia Invasiva) e da febbraio 2010 è stato nominato quale componente del Consiglio Superiore di Sanità.

R: Dovremo valutare l'applicazione del nuovo modello nel tempo. Ora siamo in itinere, ma i risultati relativi alle prestazioni e al loro gradimento ci rendono ottimisti. Abbiamo molti progetti in fase di valutazione e altri in fase di definizione.

La realizzazione della Palazzina Uffici partirà nella primavera del 2011, mentre entro fine anno sarà aperto il cantiere per la pensilina che collegherà il parcheggio alla hall. Per quanto riguarda l'offerta di prestazioni, è in dirittura d'arrivo l'attivazione dell'apparecchiatura "Vero", un acceleratore lineare di ultima generazione per la radioterapia di cui sono dotati altri quattro ospedali al mondo. Anche per l'area archeologica annessa al Sant'Anna ci sono novità. A breve, infatti, partiranno i lavori di sistemazione dello spazio di epoca preceltica.

D: In questi ultimi anni gli infermieri hanno avuto uno sviluppo professionale importante, ci piacerebbe sapere dal punto di vista di un Direttore Generale che tipo di opportunità o rischi intravede in questo percorso di crescita in atto.

R: L'opportunità è data dalla possibilità, ma anche dalla necessità di collaborazione, interazione e integrazione della componente infermieristica con quelle medica e amministrativa, anche tra più presidi dell'Azienda Ospedaliera. Questo richiede

impegno, ma può essere arricchito il proprio percorso professionale a vantaggio anche dei pazienti che curiamo.

D: La storia professionale di molti infermieri comaschi è intrecciata con il "vecchio Sant'Anna" di via Napoleona, sul quale c'è il progetto di costruire la c.d. "cittadella della salute". Ci sono novità in proposito?

R: L'impegno dell'Azienda, e non solo del suo Direttore Generale, è quello di dare concretezza a quanto definito dalle amministrazioni precedenti. A fine ottobre abbiamo inaugurato un nuovo reparto di Dialisi (un CAL con 15 posti tecnici) che rappresenta un primo tassello per la rinascita dell'ex Sant'Anna. A oggi, quattro piani su sette del monoblocco sono occupati da ambulatori di una quindicina di specialità, cui si aggiungeranno Medicina Toracica e Neuropsichiatria Infantile. I tecnici dell'ASL assieme a quelli della nostra Azienda stanno mettendo a punto il progetto complessivo di utilizzo degli spazi da parte delle due Aziende per rendere ai Cittadini ciò che si aspettano: una struttura al loro servizio. Ricordo che la riorganizzazione del Presidio di via Napoleona ha consentito risparmi di gestione pari a circa 7 milioni di euro.



REPARTI PER SUB ACUTI DI COSA SI TRATTA?

Una novità nel panorama della Sanità Lombarda

A cura della Redazione

10

Con la DELIBERAZIONE N° IX / 1479, la Regione Lombardia ha dato il via a quanto aveva ipotizzato nel PSSR in riferimento alle attività di Cure subacute. Riportiamo ampi stralci della Delibera Regionale per chiarire di cosa si tratta.

Si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. È quindi un trattamento, finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche. Nelle 5 ASL dove viene sperimentato il CReG (chronic related group) le strutture sub - acute si integrano con il percorso di presa in carico della cronicità e diventano un punto protetto di valutazione prioritario rispetto al PS o alla degenza ordinaria tradizionale in caso di subentranti necessità di ulteriori valutazioni cliniche dei pazienti arruolati. Nel caso in cui alle predette valutazioni cliniche non segua il ricovero dei pazienti viene riconosciuto un rimborso forfettario con un rimborso comprensivo di 150 euro.

Le attività subacute rappresentano una forma distinta di attività sanitaria che ha l'obiettivo di erogare le cure, professionalmente qualificate, necessarie a garantire, per alcune definite tipologie di pazienti, l'uscita dalla fase acuta del ricovero.

Le cure subacute possono essere effettuate o in una struttura indipendente rispetto alle strutture di ricovero e cura per acuti o in un'area organizzata ad hoc situata all'interno della struttura per acuti stessa.

Le cure subacute richiedono, per ogni paziente, la formulazione di un piano di trattamento che porti



a conseguire degli specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti.

Le cure subacute non devono essere confuse con le attività socio - sanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica.

In considerazione delle ragioni e delle necessità sopra esposte le attività sub acute possono essere effettuate presso strutture accreditate di tipo sanitario.

Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale.

Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che comprende:

- una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi.

Sono orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio.



La durata media della degenza in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai 10/15 giorni e per ogni singolo paziente, al momento della accettazione, la degenza attesa, secondo il piano di assistenza individuale, non dovrebbe essere mai inferiore ai 7/10 giorni. La degenza ha comunque una durata limitata, non superiore ai 30/40 giorni. Alla fine del percorso terapeutico è prevista una valutazione dei risultati ottenuti anche in relazione agli attesi.

Le cure subacute sono considerate necessarie dal punto di vista medico per soggetti che rientrano nei seguenti criteri:

A) Criteri di arruolamento:

1. Il paziente non richiede le cure di un ospedale per acuti ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità.
2. Il paziente ha delle necessità mediche più complesse di quelle che potrebbero essere gestite al domicilio.
3. Anche se clinicamente stabile il paziente richiede ancora delle procedure diagnostiche o terapeutiche che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti.
4. Il paziente ha in corso un preciso programma terapeutico.

B) Le condizioni cliniche del paziente richiedono:

1. Coordinamento medico continuo con la necessità di un significativo numero di accessi del medico e dell'infermiere.
2. Assistenza infermieristica.
3. Sulla base delle necessità dei pazienti, l'eventuale supporto di servizi intermedi quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica.
4. Un approccio multiprofessionale e multidisciplinare fortemente orientato al risultato.

L'impiego dei servizi per le cure subacute è indirizzato quindi:

- a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per la complessità del quadro clinico. In questo modo si riduce la durata della degenza, e si assicura al paziente l'assistenza

in un ambiente protetto, per il periodo necessario.

- A pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici caratterizzati da una tendenza alla instabilità clinica, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero.

Criteri di accesso alle cure sub-acute

I criteri di accesso sono così identificati:

- diagnosi accertata;
- prognosi definita;
- programma di trattamento individuale predisposto;
- consenso informato (solo se avviene il cambio dell' Ente di ricovero) del paziente che deve essere edotto sulla peculiarità delle cure sub-acute;
- processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali;
- necessità di proseguire cure in fase sub-acuta con esigenza di stretto follow-up e completamento processo di guarigione o anche per una fase di instabilità clinica a carico di pazienti affetti da patologia cronica.

Criteri di sufficiente stabilizzazione clinica per il trasferimento in strutture di cure sub-acute

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive).
- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con $\text{SaO}_2 > 95\%$, $\text{PO}_2 > 60$ mmHg, CO_2 non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di $\text{SaO}_2 > 90\%$. La presenza di cannula tracheotomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP).
- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano.



- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:

- temperatura corporea $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$
- frequenza cardiaca > 90
- frequenza respiratoria > 20 atti/min o $\text{PCO}_2 < 32\text{mmHg}$ o globuli bianchi $> 12.000/\text{mm}^3$ o $< 4.000/\text{mm}^3$ o $> 10\%$ di cellule immature

- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG).
- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici

Criteri di esclusione:

- decadimento cognitivo $\text{MMSE} < 17$;
- pazienti oncologici terminali;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia.

Programmazione ed attivazione locale delle attività

Le strutture nelle quali saranno attivati questi posti tecnici sono strutture già accreditate di tipo sanitario preferenzialmente degli stabilimenti di ricovero e cura di tipo medio/piccolo non inseriti nella rete dell'emergenza urgenza nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base. **Queste attività di natura sub-acuta infatti non devono essere effettuate in strutture che abbiano le caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ospedali per acuti e non devono neppure diventare una copia in miniatura degli stessi.** L'obiettivo è infatti quello di promuovere il livello più appropriato e meno costoso di cura per le

tipologie di pazienti sopra descritte. A questo riguardo è assolutamente necessario che i protocolli di gestione dei pazienti presso queste strutture sub-acute, considerando la natura sanitaria

delle stesse, prevedano la sola presa in carico di pazienti con problemi di tipo sanitario (residua instabilità clinica non gestibile al domicilio) e che non si cerchi di supplire con questo tipo di struttura a problematiche di natura familiare e sociale che comporterebbero una impropria ed inappropriata completa messa a carico del servizio sanitario nazionale delle problematiche di natura non sanitaria.



Le ASL propongono alla DG Sanità la distribuzione territoriale delle attività sub-acute seguendo i seguenti criteri:

- valorizzare e stabilizzare i progetti già in atto in ambito simile;
- implementare nuove attività solo in strutture di tipo sanitario di ricovero e cura ordinario;
- prevedere che queste attività vengano svolte preferenzialmente in moduli di 20 posti tecnici;
- garantire il più possibile una distribuzione territoriale omogenea delle attività;
- privilegiare le attività che nascono dalla conversione di posti letto riabilitativi accreditati, a contratto e realmente attivati;
- nel caso in cui non vi siano posti letto riabilitativi da convertire le attività sub acute possono essere attivate presso strutture sanitarie di ricovero e cura già accreditate ed a contratto con il SSR, anche in incremento di posti letto a condizione che un numero equivalente di posti letto accreditati ed a contratto vengono ridotti, pro quota, nelle strutture di ricovero e cura che utilizzano le attività sub acute di cui sopra.

La segreteria del Collegio resterà chiusa:

- il 1° dicembre per corso di formazione personale amministrativo
- da martedì 27 dicembre a domenica 8 gennaio 2012 per festività natalizie.

Il consiglio direttivo, Collegio Revisori del Conti e personale amministrativo augurano Buon Natale e sereno 2012



Cosa è il CReG

CReG (Chronic Related Group): si intende come una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), deve garantire, senza soluzioni di continuo e cali di assistenza, tutti i **servizi extraospedalieri** (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG è specifico per patologia ed è finalizzato ad assicurare i livelli assistenziali previsti nei vari percorsi di cura. La DGR IX/1283 del 1° febbraio 2011 ha individuato gli ambiti territoriali di sperimentazione.

In prima applicazione del CReG le patologie individuate saranno:

Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scompenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, Ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi e le Patologie neuromuscolari a maggiore livello di disabilità. Si conferma che l'area territoriale minima di applicazione dovrebbe essere rappresentata dal distretto. È infatti indispensabile avere un numero di pazienti sufficiente per ridurre al minimo la variabilità di consumi osservati rispetto a quelli attesi che saranno la base per definire l'ammontare economico del cosiddetto CReG. Preferenzialmente i pazienti reclutati devono essere assistiti da un medico di medicina generale che faccia parte di forme associative di gruppo e di rete.

L'ammontare delle risorse verrà assegnato a quei soggetti, individuati e governati dalla ASL (ad esempio: Medici di Medicina Generale, ONLUS, Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere ecc.), che si faranno carico di garantire, previa sottoscrizione di specifico accordo con la ASL stessa, la piena adesione dei pazienti reclutati al percorso del CReG.

Gli attori coinvolti dalla ASL in questo processo opereranno nell'ottica prevalente di assicurare la continuità di cura. Non è richiesto che i soggetti eroghino direttamente le prestazioni previste dal piano individuale ma sono comunque responsabili che le stesse siano effettuate secondo le modalità qualitative e quantitative previste. In questo caso la ASL contratterà direttamente con gli erogatori le prestazioni necessarie. **Nessun vincolo deve essere posto alla libera scelta del cittadino.**

I soggetti selezionati e coordinati dalla ASL operano in modo tra loro sussidiario. Il ruolo della ASL è quello di facilitare l'incontro tra domanda ed offerta e di monitorare, valutare e perseguire l'appropriatezza dei percorsi clinici ed assistenziali.

Alla ASL è lasciato ampio margine per sperimentare le modalità tecnologiche ed organizzative più consone al perseguimento dell'obiettivo (call center, telemedicina, carte della salute, etc.).

notizie in pillole a cura di S. Citterio, K. Cavenaghi

Cassazione: illegittimi i controlli della Corte dei conti su Ordini e Collegi professionali

La gestione finanziaria degli Ordini professionali non può essere sottoposta al controllo della Corte dei conti. Il "verdetto" arriva dalla Corte di Cassazione che, con la sua decisione 21226 depositata il 14 ottobre scorso, ha accolto il ricorso della Fofi, la Federazione degli Ordini dei farmacisti, contro la sentenza della Corte d'appello di Roma che aveva, invece, sentenziato la legittimità del controllo.

La sentenza della Cassazione mette fine a una vicenda iniziata ben sedici anni fa quando, era il 1995, una determinazione della Corte dei conti stabilì che anche gli Ordini e i Collegi professionali nazionali dovessero essere sottoposti al controllo di gestione. L'atto fu impugnato dinanzi al Tar e da allora la vicenda è passata da una Corte all'altra.

Fino alla decisione della Suprema Corte, che ha accolto il ricorso della Fofi decidendo nel merito, senza ulteriori rinvii. Infatti, sottolinea la Cassazione, «è incontestata la circostanza che gli Ordini professionali non beneficiano di alcun contributo pubblico» e perciò «non è dato comprendere quale possa essere l'interesse dello Stato (che giustificerebbe poi le eventuali iniziative conseguenti) ad esercitare un controllo sulla correttezza della gestione degli enti in questione, al semplice fine di accertarne la rispondenza fra gli obiettivi programmati ed i risultati conseguiti».



Valorizzare la formazione per la professione



COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI DELLA LOMBARDIA



Sede:
Collegio IPASVI di Bergamo
Via Rovelli, 45
24125 Bergamo
collegio@infermieribergamo.it
collegiobg@ipasvibg.postecert.it

PROT. N. 66/11

BERGAMO, 5 agosto 2011

PRESIDENTE:	MAZZOLENI Beatrice
Collegio di Bergamo:	
VICEPRESIDENTE:	GUANDALINI Andrea
Collegio di Mantova:	
SEGRETARIO:	FILIPPINI Aurelio
Collegio di Varese:	
TESORIERE:	MARSELLA Enrico
Collegio di Cremona:	BAZZANA Stefano
Collegio di Brescia:	CITTERIO Stefano
Collegio di Como:	TENTORI Cristina
Collegio di Lecco:	MUTTILLO Giovanni
Collegio di Milano-Lodi:	FRISONE Enrico
Collegio di Pavia:	PIANI Ercole
Collegio di Sondrio:	

All'Assessore alla Sanità
Dott. Luciano Bresciani
Regione Lombardia
Luciano.bresciani@regione.lombardia.it

Al Direttore Generale Sanità
Dott. Carlo Lucchina
Regione Lombardia
Carlo.lucchina@regione.lombardia.it

Oggetto: proposta valorizzazione Coordinatori didattici di Sezione, Tutor e Assistenti di tirocinio delle sezioni di corso di Laurea in Infermieristica.

Gli infermieri rappresentano una risorsa cruciale per il sistema sanitario, non solo in termini numerici, ma anche nella prospettiva dell'evoluzione dei servizi sanitari che richiede sempre maggiore assunzione di responsabilità e capacità di relazioni efficaci, dentro e fuori l'ospedale (esempi: ospedale per intensità di cura, malati cronici nel loro ambiente di vita).

Studi pubblicati su riviste qualificate attestano la decisiva importanza della funzione di tutorato sul risultato formativo. In questo campo l'esperienza e la letteratura di cui si dispone consentono di scegliere tra i vari modelli quello più affine alla propria realtà operativa.

Il corso di Laurea in infermieristica ha due caratteristiche salienti dal punto di vista della normativa regionale:

- una organizzazione in Sezioni, ciascuna delle quali possiede "un'articolata struttura formativa per la gestione delle funzioni didattico organizzative" (DGR 16 febbraio 2005 – n. 7/20950)
- il requisito di un tutor ogni 15 studenti (Decreto n. 6382 del 02/05/2005).

A fronte di tali responsabilità e tali sfide, si vuole con la presente evidenziare la necessità di un riconoscimento dell'impegno assunto e delle rispettive competenze dei principali attori della formazione.

I Coordinatori didattici di Sezione ed i Tutor attivi nelle diverse sedi del corso di laurea in Infermieristica della Regione

- sono per la quasi totalità dipendenti del SSN
- hanno un inquadramento contrattuale ed un riconoscimento economico molto diversificato e scarsamente gratificante (vedi tabella allegata).



Come esempio si evidenzia che un tutor inquadrato nella categoria "D" dal momento in cui passa alla sede formativa, prendendo le indennità di turno, lavoro notturno ecc, riceve uno stipendio netto inferiore a quello di un neo laureato.

Avanziamo pertanto la seguente proposta:

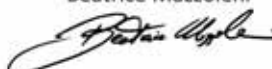
- **Coordinatore didattico di Sezione:** riconoscimento di una funzione che è inquadrabile come dirigente. Ciò era peraltro già suggerito dalla citata DGR 16 febbraio 2005 – n. 7/20950, laddove si fa esplicito riferimento all'istituto ex art. 7,1° e 2° comma, legge 251/2000.
- **Tutor:** riconoscimento economico della complessità della funzione svolta attraverso uno degli istituti contrattuali applicabili.
- **Assistenti di tirocinio:** esplicitazione che tale attività rientra tra quelle previste come "attività didattica" nell'ambito della formazione individuale (Deliberazione n. VII/18576 del 5 agosto 2004).

Riteniamo auspicabile un orientamento omogeneo a livello regionale, lasciando al rapporto tra Regione ed Università la decisione circa l'assunzione dei relativi oneri.

Riteniamo comunque che la valorizzazione del ruolo dei Coordinatori, dei Tutor e degli Assistenti di tirocinio dei Corsi di Laurea in infermieristica, possa inoltre favorire il raggiungimento dell'importante obiettivo di meglio corrispondere con l'offerta formativa delle Università lombarde, al fabbisogno regionale di infermieri (peraltro anche quest'anno accademico dimezzata al 50 % : da 4000 unità richieste dai Collegi IPASVI e da Regione Lombardia, l'offerta delle Università lombarde si è attestata a sole 2000 unità).

Disponibili ad approfondire l'argomento per individuare le migliori soluzioni, ringraziamo per l'attenzione e porgiamo distinti saluti.

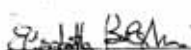
La Presidente
Collegi IPASVI della Regione Lombardia
Beatrice Mazzoleni



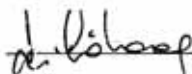
I Coordinatori didattici delle Sezioni dell'Università degli Studi di Milano



Andreoletti Maddalena



Balesrieri Elisabetta



Manara Duilio

Il Coordinatore didattico della Sezione dell'Università Vita-Salute S.Raffaele di Milano



Anne Destrebecq



Francesco Fanari

I Coordinatori didattici delle Sezioni dell'Università degli Studi di Milano Bicocca

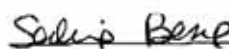


Ledonne Giuseppina

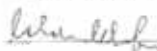
Lusignani Maura



Baraiolo Rosella



Bezze Sabrina



Magni Miriam



Negri Marina



Colombo Nadia



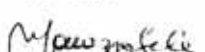
Citterio Mariella - Gorini Anna Maria



Pittella Francesco



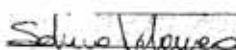
Sponton Anna



Sala Maurizio



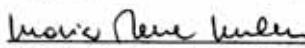
Villa Candida Ester



Tolomeo Sabrina



Valente Claudio



Milesi Maria Irene (Coordinatore formazione universitaria professioni sanitarie- A.O. Bergamo)



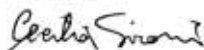
Il Coordinatore didattico della Sezione dell'Università Cattolica Sacro Cuore di Brescia sezione Poliambulanza


Bazzoli Letizia

I Coordinatori didattici delle Sezioni dell'Università degli Studi dell'Insubria

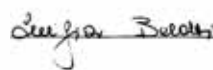

Baccin Gigliola

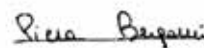

Pontiggia Donatella

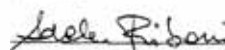

Sironi Cecilia

Sironi Cecilia (Supervisore didattico del Corso di laurea per Infermiere dell'Università Insubria)

I Coordinatori didattici delle Sezioni dell'Università degli Studi di Pavia


Belotti Luligia


Bergomi Piera


Riboni Adele


Testa Armando

16

COORDINATORI DIDATTICI DI SEZIONE CdL Infermieristica REGIONE LOMBARDIA

giu-11

Istituzioni sanitarie sede di CdL Infermieristica: 34

DIPENDENTI	
Università	4
Istituzioni sanitarie	30
DIRIGENTI	
contratto ex legge 251/2000	1
dirigenti professionali sanitarie	2
anche direttori SITRA	2
dipendenti Università, in convenzione con SSR inquadrati come dirigenti	4
DS	
DS + posizione organizzativa + indennità coordinamento	9
DS + posizione organizzativa	6
DS + indennità coordinamento	7
DS	2
D	
D + indennità coordinamento	1
D	1
JOB DESCRIPTION (esiste a livello di istituzione sanitaria)	
Si	14
No	20

TUTOR CdL Infermieristica REGIONE LOMBARDIA

giu-11

Istituzioni sanitarie sede di CdL Infermieristica: 34

DIPENDENTI	
Università	0
Istituzioni sanitarie	190
DS	
DS + posizione organizzativa + indennità coordinamento	2
DS + posizione organizzativa	2
DS + indennità coordinamento	43
DS	19
D	
D + posizione organizzativa	4
D + indennità coordinamento	2
D	118
JOB DESCRIPTION (esiste a livello di istituzione sanitaria)	
Si	15
No	19



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Circolare n. 23/2011
Prot. P-4112/III.01

E-mail

Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

Data 5 ottobre 2011

E p.c.
Spett.le Enpapi

17

LORO SEDI

Oggetto: Manovra finanziaria
L. 14/9/2011 n. 148

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

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

Si evidenzia ai Collegi in indirizzo un aspetto di particolare importanza e cogenza inserito nella "Finanziaria" da ultimo emanata dal Governo; ossia il disposto dell'art. 3, comma 5, lettera e) della Legge di conversione 14 settembre 2011 n. 148 (GU 16/9/2011 – n. 216) recante "*Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e lo sviluppo*" che così letteralmente dispone:

"Gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto per recepire i seguenti principi: (omissis.)

e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti".

Preme richiamare in specifico:

- che l'obbligo **non** si riferisce ai professionisti che operano in regime di dipendenza stante che, in tal caso, è l'Ente datore di lavoro che deve impegnarsi rispetto al paziente;
- che la Federazione dei Collegi IPASVI ha già da tempo stipulato una Convenzione assicurativa per tutti i professionisti infermieri operanti sia in regime libero professionale che in regime di dipendenza;
- che tale Convenzione assicurativa offre a tutti i professionisti infermieri una polizza con contenuti estremamente positivi e costi oggettivamente concorrenziali rispetto ad altre offerte;
- che la Convenzione assicurativa stipulata dalla Federazione dei Collegi IPASVI è già stata utilizzata da oltre 30.000 infermieri.

Si invitano pertanto i Collegi in indirizzo ad adoperarsi per fornire adeguata informazione in merito ai propri iscritti con particolare riferimento agli infermieri libero professionisti che ad ogni buon conto troveranno specifiche indicazioni anche nel sito della Federazione Ipasvi.

Cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro



Il tariffario: perchè reintrodurlo

A cura di Marino Ciro - Tesoriere Collegio IPASVI Como

18

Il Collegio IPAS.VI. di Como ha deciso di reintrodurre il Tariffario minimo in un'ottica di regolamentazione del lavoro libero professionale al fine di garantire prestazioni efficaci e tariffe semplici, comprensibili, eque e trasparenti sul territorio comasco.

È un tema questo, molto dibattuto e sentito a livello Regionale e Nazionale non sono dalla categoria Infermieristica ma un po' da tutte le Professioni Intellettuali, che con la scomparsa del Tariffario minimo "Vedi Decreto Bersani (D.L. n.223 del 4/7/2006 poi convertito con Legge n.248 del 4/8/2006)" avevano perso un punto di riferimento di contrattazione con il cittadino/utente. Avevano perso quindi uno strumento a tutela sia gli interessi del cittadino sia del Professionista che poteva denunciare al collegio di appartenenza eventuali abusi e concorrenza sleale.

Con la reintroduzione del Nomenclatore tariffario si ristabilisce un collegamento tra prezzo di una prestazione intellettuale e decoro professionale, quindi diventa una questione Deontologica stabilire il giusto compenso quando si contrattualizzano delle prestazioni.

Cito il parere dell'Avv.Prof. Dario Vladimiro Gamba

(docente di diritto pubblico e diritto del lavoro) interpellato dal Coordinamento dei Collegi Lombardi: la questione delle tariffe professionali costituisce non una mera questione di cassa, collegata alla difesa degli introiti del prestatore d'opera intellettuale, ma bensì fondamentale "questione di valori che da sempre impegna, la moderna deontologia". La misura del compenso deve sempre essere adeguata all'importanza dell'opera e al decoro della professione (Art. 2233 del c.c. comma 2) e la vigilanza Deontologica da parte dei Collegi sulle tariffe praticate dagli Infermieri, costituisce fondamentale garanzia per lo stesso consumatore. Con la reintroduzione del Nomenclatore, il Consiglio Direttivo sollecita i Liberi Professionisti ad adoperarsi nel segnalare eventuali criticità sul territorio provinciale e verificare che questo strumento costituente una linea guida venga rispettato e applicato. Auguro a Voi tutti in questo fine mandato, un augurio una proficua continuazione di carriera a nome di tutto il Consiglio Direttivo e del Presidente.

Il Nomenclatore tariffario è reperibile sul sito www.ipasvicomo.it nella sezione libera professione.

PEC

Si ricorda che la legge 29 novembre 2009 n. 185 impone agli iscritti agli Albi, l'**obbligo** di dotarsi di una PEC (Posta Elettronica Certificata) e conseguentemente di comunicare l'indirizzo al proprio Collegio di appartenenza.

Tale adeguamento, oltre ad essere dettato da una norma di legge ha come obiettivo futuro, la possibilità di poter privilegiare, quale **unico** mezzo di comunicazione, la posta elettronica e la PEC.

In particolare ci rivolgiamo ai liberi professionisti già dotati di Pec fornita gratuitamente dalla cassa ENPAPI.



Terza Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina

17 / 18 OTTOBRE 2011 - VILLA ERBA - CERNOBBIO (COMO)



Al centro della formazione continua in medicina

In collaborazione con

COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

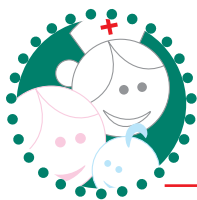
La terza Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina, svolta il 17 e 18 ottobre 2011 nel centro congressuale Villa Erba di Cernobbio (Como) sotto la direzione scientifica della Commissione Nazionale per la Formazione Continua e del Ministero della Salute in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), si è tenuta a conclusione di un anno ricco di novità per il mondo della formazione in Sanità. Un anno che ha visto il definitivo passaggio alla fase a regime del nuovo Programma ECM, una sensibile crescita dell'offerta formativa sia in termini di numero di organizzatori, ben oltre 600 accreditati con il nuovo sistema, che di eventi, circa 15.600 alla fine di giugno, i primi risultati operativi degli organi di supporto all'operato della Commissione (Cogeaps, Comitato di Garanzia, Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM), l'avvio dei nuovi sistemi ECM regionali e l'implementazione degli strumenti previsti dal nuovo Programma ECM. La Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina ha presentato le più importanti novità del Programma ECM ed approfondito le tematiche di maggior interesse ed attualità per gli operatori della formazione in Sanità, facendo il punto dei risultati raggiunti dal Programma ECM nel suo primo anno a regime, per promuovere esperienze di eccellenza ed innovazioni nella formazione, e dibattere le criticità emerse sul piano dell'offerta formativa dall'applicazione delle nuove regole.

Molte le novità presentate in questa terza edizione. Tra queste il Manuale di accreditamento, gli Schemi di contratto per la sponsorizzazione degli eventi, le Sperimentazioni di metodologie formative innovative selezionate e finanziate dalla Commissione ed il relativo nuovo Bando, i Modelli regionali di accreditamento. La Conferenza non è stata però solo un luogo di dibattito ma anche un momento di incontro e confronto. Forte del successo dello scorso anno, la Cittadella della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, è stata il cuore pulsante della Conferenza, nella quale le Sezioni che compongono la Commissione hanno incontrato gli ope-



ratori per dare risposta ai loro quesiti. Uno spazio espositivo attiguo alla Cittadella ha ospitato infine gli enti formativi regionali, le Sperimentazioni di metodologie formative innovative selezionate e finanziate dalla Commissione ECM e le migliori realtà della formazione in Sanità, compreso lo stand della Federazione Nazionale IPASVI. Gli attori del Sistema ECM sono stati chiamati ad apportare il proprio contributo ai lavori della Conferenza in termini di proposte, esperienze e progetti, nell'idea che in futuro si possa assicurare in medicina una formazione di qualità solo attraverso una concreta innovazione e la partecipazione di tutti. A gennaio on line su sito la Terza Conferenza ECM <http://www.forumecm.it/> Il Collegio IPASVI di Como e di Varese hanno supportato con la loro presenza lo stand che la Federazione Nazionale IPASVI ha allestito all'interno dello spazio espositivo, per promuovere e valorizzare esperienze, favorendo relazioni tra i Provider, le società scientifiche, le aziende sanitarie e le realtà imprenditoriali presenti alla manifestazione. Rilevanti all'interno del programma congressuale, le presenze de Dott Gennaro Rocco, Vice Presidente IPASVI e Tesoriere CoGeAPS, in merito all'anagrafe e certificazione dei crediti formativi e alle esperienze FAD, e al Dott. Marcello Bozzi, Membro della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, Consigliere IPASVI, in merito al ruolo di Ordini e Collegi nella Formazione.





Dalla parte del bambino

20

La neonatal developmental care nei paesi in via di sviluppo

L'esperienza descritta nell'articolo della collega rappresenta sicuramente un valido esempio di realizzazione della personalizzazione dell'assistenza infermieristica attuata con risorse limitate e nel pieno rispetto della diversità culturale della persona assistita. Questa modalità di approccio rappresenta sempre più una sfida anche per i reparti di Terapia Intensiva Neonatale dei nostri paesi. L'impegno anche per gli infermieri di neonatologia è volto a garantire non solo la sopravvivenza ma una vita qualitativamente migliore per il neonato durante la degenza in ospedale e dopo la dimissione e il coinvolgimento dei genitori e della famiglia.

*P. Stillo infermiera pediatrica, Firenze
K.H. Aiello ostetrica, Firenze*

Ogni anno, nel mondo, nascono circa 20 milioni di neonati a basso peso (Low Birth Weight), il 97% di questi vede la luce nei paesi in via di sviluppo (PVS) come risultato di una combinazione di fattori sociali, culturali, della mancanza o inadeguatezza di un sistema sanitario. All'interno di una società, il valore conferito ad alcuni gruppi determina il loro accesso alle risorse primarie, come cibo, acqua, cure sanitarie ed educazione; allo stesso modo, l'investimento dei governi su determinati problemi di salute riflette lo stato sociale di chi ne è affetto. Non è quindi difficile capire, come, in contesti caratterizzati da un' elevata mortalità materno-infantile, le donne si trovino al gradino più basso nella società; se possibile i neonati si trovano ad un livello ancora più basso, spesso considerati come non esistenti per il loro primo anno di vita.

Il neonato, nato prima del tempo, di basso peso, quasi ovunque non viene nemmeno considerato come nato e quindi raccogliere dati specifici è difficile se non impossibile: non esistono per i PVS dati certi sul numero di neonati pretermine, sul tasso di mortalità neonatale tra i pretermine e ancor meno sugli esiti esiti a distanza di nascite difficili o premature. La valutazione dell'età gestazionale utilizzando Dubowitz o il punteggio semplificato di Parkin, richiede competenze cliniche di alto livello, difficilmente disponibili in questi paesi, e il basarsi solamente sulla data dell'ultima mestruazione può essere fuorviante specialmente in realtà culturali che usano calendari diversi da quello occidentale.



Il peso è uno dei pochi dati registrati, sebbene spesso per pesi molto bassi, il neonato non viene nemmeno considerato tale e quindi non registrato. In maniera poco ortodossa quindi, parleremo di LBW includendo tra loro anche i neonati pretermine, derivando per analogia che tra i pesi bassi ci siano sicuramente anche dei nati prima della 37a settimana di età gestazionale.

Questi bambini con una partenza difficile come i LBW o con asfissia o sepsi, possono sopravvivere ma sono ad alto rischio di disabilità a lungo termine o a morte del periodo dell'infanzia.

Nel giugno 2003, l'ONG italiana Emergency ha inaugurato presso il suo ospedale in Panjshir a nord-est di Kabul in Afghanistan, il centro di maternità, che fornisce gratuitamente cure ostetriche e ginecologiche ad una delle popolazioni femminili più deprivate.

Emergency è un'associazione italiana indipendente e neutrale, nata per offrire assistenza medico-chirurgica gratuita e di elevata qualità alle vittime civili delle guerre, delle mine antiuomo e della povertà.



Attualmente è presente in diversi paesi con i suoi ospedali, centri di primo soccorso, centri pediatrici e con il centro di cardiocirurgia Salam Centre a Khartoum.

Quando nel 2003 ci è stato chiesto di occuparci dell'avvio delle attività del centro di maternità in Afghanistan, per scelta consapevole e condivisa, l'approccio "care" è diventato l'elemento essenziale delle cure al neonato.

Gli obiettivi del progetto dovevano essere sostenibili con le risorse disponibili; introdurre tecnologia significava aumentare la complessità assistenziale che diventa insostenibile quando il livello di formazione del personale non è adeguato.

In Afghanistan l'80% delle donne con più di 15 anni è analfabeta e questa percentuale aumenta nelle aree extraurbane; lo staff selezionato per la maternità, esclusivamente femminile, possedeva il titolo equivalente alla nostra terza media, in quel momento storico post-talabano, il titolo più elevato che le giovani donne afgane avevano potuto raggiungere.

Erroneamente si ritiene sia necessaria una costosa tecnologia per salvare la vita ai neonati e che interventi a basso costo non possano essere usati efficacemente. Numerosi studi, nei paesi industrializzati, hanno oramai confermato come l'avvio precoce della Developmental Care porti ad una diminuzione complessiva delle giornate di ricovero, di assistenza ventilatoria, di maggior incremento ponderale e riduzione di esiti a distanza.

Così come la Kangaroo Mother Care è nata per sopperire ad una carenza di risorse nei PVS, è venuto assolutamente naturale esportare la Developmental Care come strategia low-tech e low-cost in grado di aumentare le possibilità di sopravvivenza e la riduzione di esiti a distanza nei neonati pretermine in un contesto caratterizzato da scarsità di risorse materiali e umane.

In particolare, nel centro di maternità del Panjshir, sono stati applicati una serie di interventi atti a minimizzare lo stress ambientale a partire dal momento della nascita, con l'obiettivo di facilitare la transizione e l'adattamento al mondo esterno del neonato, in particolare, ma non solo, del pretermine.

Supportare l'adattamento al mondo esterno di neonati nati da parto difficile o pretermine e facilitare la stabilizzazione e maturazione del sistema neurovegetativo, sono gli unici strumenti disponibili

in grado di ridurre la mortalità neonatale in assenza di tecnologie e risorse come la ventilazione assistita e la Nasal CPAP.

Gli interventi attuati, includono il controllo degli stimoli esterni luminosi, uditivi, tattili e vestibolari e il



contenimento corporeo.

Durante il travaglio e al momento della nascita, la sala parto viene lasciata in penombra (compatibilmente alle condizioni del parto), riducendo al minimo il traffico di persone necessarie all'assistenza.

Alla nascita il neonato, dopo esser stato asciugato con panni morbidi precedentemente riscaldati, viene posizionato sull'isola neonatale leggermente declive per facilitare l'uscita di eventuale muco.

L'aspirazione delle vie respiratorie viene utilizzata solo ed esclusivamente nei casi di liquido tinto e rianimazione neonatale.

In Afghanistan, dove tutto ciò che è corporeità viene costantemente e sistematicamente represso, c'è il rifiuto da parte delle donne di avere il neonato sul proprio corpo in attesa dell'espulsione della placenta e su questo non abbiamo voluto creare una situazione di violenza, imponendo il pelle a pelle.

Durante il periodo di espulsione della placenta, quindi, il neonato rimane sull'isola neonatale, con il wrapping, in attesa di poter andare al seno.

Seguendo le indicazioni dell'OMS, il "bagnetto" non viene fatto prima delle sei ore di vita.

In caso di neonati con distress respiratorio si segue la stessa procedura, evitando il più possibile le manipolazioni, le stimolazioni luminose e uditive, utilizzando il contenimento corporeo (wrapping) e somministrando eventualmente O₂ con occhialini. Il neonato viene quindi lasciato tranquillo ma in osservazione costante per un'ora e monitorato con



un pulsiossimetro.

Dopo un'ora, al persistere del distress, o prima in caso di aggravamento, al neonato viene posizionata una agocanula, avviata una perfusione di soluzione glucosata ed eventualmente l'antibiotico terapia secondo protocollo e modificata la modalità di somministrazione di somministrazione di O₂ con mascherina.

L'assistenza durante la degenza ai pretermine o ai neonati con un avvio difficoltoso, è incentrata sulla "care": manipolazioni ridotte al minimo, contenimento con wrapping o nido per facilitare la stabilità delle funzioni vitali attraverso la stabilità e la maturazione del sistema neurovegetativo.

Appena è possibile l'allattamento al seno o con latte materno spremuto e cucchiaino o siringa.

Le difficoltà incontrate con il personale nazionale sono frutto di due diverse culture che riconoscono alla donna e al neonato status sociali differenti.

In una realtà dove la mortalità infantile raggiunge il 178/1000 e dove è normale che una donna partorisca 10-12 figli di cui ne sopravvivono 5-6, ci è voluto molto impegno per far comprendere che anche un neonato, in particolare se molto piccolo, deve essere considerato persona e quindi soggetto di cure.

L'altro aspetto riguarda la corporeità, pressoché negata in Afghanistan.

La KMC è vissuta come qualcosa di sbagliato, con un disagio palpabile da parte delle donne, abbiamo quindi deciso, si di proporla, ma di non utilizzarla sistematicamente per evitare ulteriori violenze ad una popolazione femminile già sofferente.

Con lo staff nazionale abbiamo lavorato molto sulla "manipolazione" del neonato, sul tatto/contatto e sul gentile handling così lontano dal loro mondo che abbiamo dovuto utilizzare delle bambole morbide per far prender loro confidenza e sicurezza.

Sul fronte dello staff internazionale, a parte la continuità iniziale del progetto per un anno, il turnover ogni sei mesi circa di ostetriche, infermiere e pediatri provenienti spesso da paesi diversi ha un po' rallentato il consolidarsi della Developmental Care.



L'esperienza descritta non è uno studio formale e sarebbe difficile attribuire un impatto specifico per ciascuno degli interventi, tuttavia sarebbe incorretto non tener conto, sulla base dell'esperienza professionale, dei risultati ottenuti.

L'introduzione della Developmental Care nei suoi elementi di base, ha portato ad un' aumentata sopravvivenza dei LBW, ad una rapida stabilizzazione del distress respiratorio, ad una diminuzione del fabbisogno di ossigeno.

A sei anni dall'apertura del centro di maternità, dopo una formazione costante del personale locale, ora in grado di affrontare autonomamente il parto, all'implementazione tra le donne dei controlli prenatali, agli standard elevati di igiene durante il parto, al consolidamento della "care" come pratica routinaria nell'assistenza al neonato sono stati raggiunti risultati molto lontani dai dati che caratterizzano i PVS e lo stesso Afghanistan.

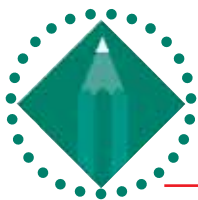
Nel 2008 ci sono stati 1631 nati, 179 con un peso inferiore ai 2500 gr. La mortalità neonatale intraospedaliera è stata di 31 neonati, pari al 1.9% sul totale delle nascite.

Questi primi risultati hanno bisogno di essere sistematizzati e approfonditi, ma ci sentiamo di affermare che la Developmental Care deve essere inserita, insieme alla Kangaroo Care tra gli interventi essenziali nelle cure dei LBW e dei neonati a rischio nei programmi di salute materno-

BIBLIOGRAFIA

- P. Hopkirk. Il grande gioco. ed. Adelphi
- M. Barry. Massoud - Il leone del Panjshir. ed. Ponte alla Grazie
- G. Rapisardi, A. Davidson, G.P. Donzelli, E. Scarano, C. Vecchi. L'assistenza personalizzata allo sviluppo del neonato pretermine in un reparto di terapia intensiva neonatale. Riv Pediatr Prev Soc 1993; 43:45-58
- N.S. Wood et al. Neurological and developmental disability after extremely preterm birth. N Engl J Med 2000; 343:378-84





È evidente che...

Le scale utilizzate dall'infermiere per valutare il dolore nella persona anziana con demenza grave

23

A cura di Pozzi Francesca¹

il dolore è "una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale, o comunque descritta come tale" (IASP, 1979). Anche se in questa definizione si parla di "danno tissutale" e quindi di un danno oggettivo, emerge ed è probabilmente un'esperienza comune, che esiste un'innegabile componente soggettiva del dolore. Nelle persone anziane il dolore è un problema significativo, con una prevalenza che varia dal 26 all'83% dei residenti in nursing homes (Fries et al., 2001); ancor più significativo risulta essere nelle persone con demenza, in cui la compromissione delle abilità cognitive e verbali interferisce con la loro capacità di comunicare la presenza di dolore (Storti et al., 2006). In Europa la prevalenza della demenza è pari a 1,4% e si stima che siano colpiti 7,3 milioni di persone (Alzheimer Europe, 2006), quindi l'infermiere si trova sempre più frequentemente ad assistere persone con degenerazione cerebrale. Inoltre, numerosi studi hanno documentato un'alta prevalenza del dolore negli anziani colpiti da declino cognitivo e ciò può essere collegato alla loro incapacità di esprimere e di quantificare la loro esperienza di dolore (Gioachin, 2009). Risulta dunque fondamentale nell'assistenza infermieristica la valutazione del dolore nelle persone anziane con demenza grave in quanto il dolore è un elemento che influisce su tutti i bisogni della persona ed occorre dunque considerarlo per un'efficace pianificazione assistenziale. Lo scopo di questo elaborato è quello di descrivere le diverse scale di valutazione del dolore nella persona anziana con demenza grave che l'infermiere può utilizzare valutando la loro applicabilità al contesto italiano. Ho scelto di escludere dalla ricerca le scale riguardanti la valutazione del dolore nelle situazioni cliniche di demenza lieve e moderata in quanto le persone in questo stadio della malattia possiedono ancora parzialmente le abilità comunicative e le scale che vengono utiliz-

zate sono ad uso più generale. La ricerca effettuata ha individuato 6 scale di cui l'infermiere può avvalersi. Queste scale possiedono limiti e pregi, spetta perciò all'infermiere decidere quale scala utilizzare per poter pianificare un'assistenza infermieristica personalizzata e centrata sui bisogni di assistenza infermieristica della persona.

MATERIALI E STRUMENTI

Per effettuare la ricerca ho consultato siti internet di interesse generale sull'anziano e sulla demenza, riviste infermieristiche quali *"L'infermiere"* e *"Nursing Oggi"* e banche dati biomediche quali *Medline*, attraverso il portale *PubMed*, la *National Library* degli Stati Uniti; *Cinahl*, nella versione *Cinahl Plus with Full Text*, accessibili attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo tramite la biblioteca dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna. Ho iniziato la ricerca in *Medline* facendo una ricerca per *Medical Subject Headings (MESH)*; quindi ho effettuato una ricerca in parola libera, utilizzando tutti i sinonimi, le sigle e utilizzando la troncatura (*).

Per associare i vari termini ho utilizzato gli operatori booleani "Or" e "And".

I termini utilizzati per la ricerca in MESH, sono stati:

- *pain measurement, "or" pain assessment, "or" managed pain, "or" pain scale;*
- *"And"*
- *dementia, "or" Alzheimer's disease;*
- *"And"*
- *nursing homes, "or" institutionalization.*

I termini utilizzati per la ricerca in parola libera sono stati:

- *cognitiv* impairmen*, cognitiv* declin*, advance* dementia, severe dementia*
- *pain, discomfort;*
- *assessmen*, instrument*, measurement*, tool*;*
- *old care institution*, nursing home*.*

Successivamente ho abbinato i risultati della ricerca



in parola libera con i risultati della ricerca per termini controllati MESH con l'operatore booleano "OR". Ho definito i seguenti criteri di inclusione: articoli redatti dal 1992 al 2010 e popolazione anziana (età maggiore o uguale a 80 anni); nello stesso modo ho definito i criteri di esclusione: documenti con consultazione a pagamento, articoli non redatti in lingua inglese, italiana o francese. Da questa ricerca in *MedLine* ho reperito 138 articoli; dopo un'attenta e critica lettura dei relativi abstract, 35 sono risultati pertinenti alla ricerca. La stessa search strategy è stata proposta nella banca dati Cinahl, ed ha fornito 32 articoli, 5 dei quali ho ritenuto pertinenti a questo lavoro.

DISCUSSIONE

Diversi studi hanno valutato la necessità di un approccio personalizzato riguardo alla gestione del dolore in persone anziane con gravi deficit cognitivi, tale approccio prevede una valutazione globale basata sulla misurazione dell'intensità del dolore, sulla funzionalità fisica e cognitiva della persona (Weiner, Hanlon, 2001). Il gold standard per la valutazione del dolore dovrebbe essere "quello che riferisce il paziente" (Wheeler, 2006), ma nelle persone con demenza la compromissione delle abilità cognitive e verbali interferisce con la loro capacità di esprimere il proprio dolore (Storti et al. 2006) e quindi sulla difficoltà da parte dell'infermiere di valutarlo utilizzando le normali scale per le persone adulte. Il personale infermieristico è quindi costretto a fare affidamento ad una serie di elementi "non verbali" di espressione del dolore e di segni clinici quali: lo stato di agitazione fisica, la verbalizzazione ripetitiva, le grida, le cadute, l'improvvisa perdita di capacità funzionali, la sudorazione, la tachicardia, l'aumento della pressione arteriosa (Kovach et al., 1999) che rendono necessaria l'introduzione di scale osservazionali, basate cioè sull'osservazione del comportamento della persona: la scelta della scala più idonea è quindi determinante nella persona con demenza grave (Zanetti, Zani, 2008) ai fini di un'appropriata pianificazione assistenziale.

La letteratura offre 6 scale di valutazione del dolore nella persona con demenza grave, di seguito descritte.

- La scala Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD) è costituita da 5 domini che esplorano differenti modalità di manifestare il dolore: respiro, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo e consolazione del paziente. Il punteggio finale della scala è compreso in un range da 0 a 10: a punteggio maggiore corrisponde dolore più grave (Zanetti, Zani, 2008).

Vedi figura 1.

- La scala di valutazione Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type (DS - DAT) sonda 9 comportamenti ritenuti espressione di disagio: respiro rumoroso, vocalizzazioni negative, espressione serena del viso, espressione del viso triste, espressione del viso spaventata, espressione corrucciata, corpo rilassato, corpo teso, irrequietezza. Ogni comportamento viene valutato in base alla: frequenza in 5 minuti di osservazione (1 punto per ogni episodio), intensità (appena percepibile 0 punti, da moderata a forte 1 punto), durata (< 1 minuto 0 punti, > 1 minuto 1 punto). Il punteggio totale va da 0 a 27, dove un punteggio maggiore corrisponde al livello più alto di dolore (Zanetti, 2008). Nell'uso di questa scala risulta complesso il metodo di amministrazione e di punteggio (Herr, 2006).

Vedi figura 2.

- La scala "Non communicative Patient's Pain Assessment Instrument" (NOPPAIN) è costituita da 4 sezioni che valutano:
 - i comportamenti che esprimono dolore durante interventi assistenziali (bagno, trasferimenti, vestizione);
 - sei indicatori che esprimono dolore (parole, espressioni del viso, suoni onomatopeici o lamenti, massaggi o movimenti per proteggere parti del corpo, irrequietezza, resistenza o rifiuto), dove per ciascun indicatore è richiesto al compilatore di stimare da 0 a 6 l'intensità della manifestazione dolorosa osservata;
 - le possibili aree doloranti, dove viene chiesto al compilatore di indicare sul disegno della sagoma di un corpo le possibili aree doloranti;
 - l'intensità dolorosa, dove viene chiesto al compilatore di indicare su una scala graduata l'intensità del più alto livello di dolore trovato (Zanetti, Zani, 2008).

Vedi figura 3.

- La scala "Echelle comportementale pour Personne Agées" (ECPA) ha l'obiettivo di misurare la presenza di comportamenti riferibili a sintomatologia dolorosa abitualmente e/o durante un intervento assistenziale.

Per ciascun comportamento che può indicare la presenza di dolore sono descritti 5 possibili livelli di gravità: da 0 (assenza del comportamento) a 5 (massima intensità nell'espressione del comportamento).

Lo strumento si compone di due parti:

- osservazione di 4 comportamenti abituali riferibili a sintomatologia dolorosa (espressioni del viso, posizioni spontanee del corpo, mobilità, intera-



	0	1	2
RESPIRO (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami lamenti. Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITÀ	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile: non si distrae né si rassicura

Punteggio: 0= nessun dolore 10 = massimo dolore

Figura 1 - scala PAINED

The Discomfort Scale (DS-DAT)*

Behavioral Indicator:	Frequency episodes	Intensity** Low/High	Duration Short <1, long >1 min
Noisy Breathing: negative sounding noise on inspiration or expiration, breathing looks strenuous, labored, or wearing; respirations sound loud, harsh or gasping; difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation.			
Negative Vocalizations: noise or speech with a negative or disapproving quality; hushed low sounds such as a constant muttering with a guttural tone; monotone, subdued, or varying pitched sound with a definite unpleasant sound; faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan; repeating the same words with a mournful tone; expressing hurt or pain.			
Content Facial Expression: pleasant calm looking face; tranquil, at ease or serene; relaxed facial expression with a slack unclenched jaw; overall look is one of peace.			
Sad Facial Expression: troubled look on face, looking hurt, worried, lost, or lonesome; distressed appearance, sunken, "hound dog" look with lackluster eyes; tears, crying.			
Frightened Facial Expression: scared, concerned looking face; looking bothered, fearful, or troubled; alarmed appearance with open eyes and pleading face.			
Frown: face looks strained; stern or scowling look, displeased expression with wrinkled brow and creases in the forehead; corners of the mouth turned down.			
Relaxed Body Language: easy open handed position; looking of being in a restful position and may be cuddled up or stretched out; muscles look of normal firmness and joints are without stress; look of idle, lazy, or "laid back"; appearance of "just killing the day"; casual.			
Tense Body Language: extremities show tension; wringing hands, clenched fist, or knees pulled up tightly; look of being in strained or inflexible position.			
Fidgeting: restless impatient movement; acts squirmy or jittery; appearance of trying to get away from hurt area; forceful touching, tugging, or rubbing of body parts.			

* Hurley, A.C., Volicer, B.J., Hanrahan, P.A., Houde, S., & Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advance Alzheimer patients. *Research in Nursing & Health*, 15, 369-377.

**Intensity, Low=barely to moderately perceptible; high=present in moderate to great magnitude Scoring: 1 point for each episode; 1 for high intensity, 1 for long duration.

Figura 2 - Scala Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Tipe



NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)							
NOPPAIN (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)		Nome del operatore: _____ Nome dell'ospite: _____ Data: _____ Ora: _____					
Check List delle attività							
INDICAZIONI: l'operatore dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana all'ospite osservando i comportamenti che suggeriscono dolore. Entambe le pagine di questa scheda devono essere completate subito dopo il termine delle attività di assistenza.							
Ha scelto attività attività? (Barra SPNC)	Ha scelto attività attività? la condotta? (Barra SPNC)	Ha scelto attività attività? la condotta? (Barra SPNC)	Ha scelto attività attività? la condotta? (Barra SPNC)	Ha scelto attività attività? la condotta? (Barra SPNC)	Ha scelto attività attività? la condotta? (Barra SPNC)		
a) mettere a letto l'ospite GESURE osservare l'ospite che si sdraia		SI NO	SI NO	f) alimentare l'ospite		SI NO	SI NO
b) girare l'ospite nel letto		SI NO	SI NO	g) aiutare l'ospite a stare in piedi GESURE osservare l'ospite mentre si alza		SI NO	SI NO
c) massaggi posturali (letto-letto, sedia-letto, sedia-sedia)		SI NO	SI NO	h) aiutare l'ospite a camminare GESURE osservare l'ospite che cammina		SI NO	SI NO
d) mettere seduto l'ospite GESURE osservare l'ospite che si siede		SI NO	SI NO	i) fare il bagno all'ospite GESURE fare una saponatura al letto		SI NO	SI NO
e) vestire l'ospite		SI NO	SI NO	Chiedere al paziente: "Sente dolore?" ☐ SI ☐ NO Chiedere al paziente: "Le faccio male?" ☐ SI ☐ NO			

Parole che esprimono dolore? "Che male!" "Mal!" "Non so!" "Non so!" SI NO Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 0: non dolore 5: più forte dolore possibile	Espressioni di dolore del viso? Sguardo Contrazione della fronte SI NO Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 0: più felice 5: più affetto da dolore possibile	Sstringere una parte dolente? Ingombrare SI NO Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 0: non dolore 5: più forte dolore possibile	Davanti  Dietro 
Versi che esprimono dolore? angoscia SI NO Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 0: più felice 5: più affetto da dolore possibile	Sstringere una parte dolente? Ingombrare al letto dolente SI NO Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 0: più felice 5: più affetto da dolore possibile	Inquietudine? Inquietudine o agitazione SI NO Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 0: più felice 5: più affetto da dolore possibile	

Figura 3 - Scala Non communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)

zione con gli altri);
 - osservazione di 4 comportamenti riferibili a sintomatologia dolorosa durante l'assistenza (ansia, reazione alla mobilitazione, reazioni come risposta a manipolazione di parti del corpo, lamentele espresse durante la cura).
 Il punteggio va da 0 a 32 (Zanetti, Zani, 2008).
 Vedi figura 4.

- La scala *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) si propone di misurare la presenza di comportamenti riferibili a sintomatologia dolorosa.

È composta di 4 sottoscale e complessivamente comprende 60 elementi di osservazione:

- espressioni facciali (13 punti)
- movimenti del corpo, attività (20 punti)
- socialità, personalità, umore (12 punti)
- indicatori fisiologici, cambiamenti nel comporta-

mento alimentare, riposo e sonno, vocalizzazioni (15 punti).

Ogni elemento prevede una risposta dicotomica (presente = 1 punto; assente = 0 punti), con un punteggio finale compreso tra 0 e 60.

Non è stato individuato un cut off e non è stato descritto come interpretare il punteggio (Zanetti, Zani, 2008).

Vedi figura 5.

- La scala *Doloplus 2* deriva da una scala di valutazione del dolore utilizzata nei bambini ed è composta di 10 punti suddivisi in 3 aree che valutano rispettivamente:

- le reazioni somatiche: lamento, protezione di parti del corpo, assunzione di posture antalgiche, espressioni di dolore, disturbi del sonno;
- le reazioni psicomotorie: comportamento



Echelle ECPA

Nom :	SCORE TOTAL (sur 32) :
Prénom :	
Service :	
Date :	

I OBSERVATION AVANT LES SOINS

1° Expression du visage : REGARD et MIMIQUE

- 0 : Visage détendu
- 1 : Visage soucieux
- 2 : Le sujet grimace de temps en temps
- 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé
- 4 : Expression complètement figée

2° POSITION SPONTANÉE au repos
(recherche d'une attitude ou d'une position antalgique)

- 0 : Aucune position antalgique
- 1 : Le sujet évite une position
- 2 : Le sujet choisit une position antalgique
- 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique
- 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur

* : se référer aux jours précédents

** : ou prostration

N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

3° MOUVEMENTS (ou MOBILITÉ) du patient
(hors et/ou dans le lit)

- 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*
- 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements
- 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*
- 3 : Immobilité contrairement à son habitude*
- 4 : Rareté des mouvements** ou forte agitation, contrairement à son habitude*

4° RELATION A AUTRUI

Il s'agit de tout type de relation quel qu'en soit le type : regard, geste, expression ...

- 0 : Même type de contact que d'habitude*
- 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude*
- 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude*
- 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude*
- 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*

II OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5° Anticipation ANXIEUSE aux soins

- 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété
- 1 : Angoisse du regard, impression de peur
- 2 : Sujet agité
- 3 : Sujet agressif
- 4 : Cris, soupirs, gémissements

6° Réactions pendant la MOBILISATION

- 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une importance particulière
- 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation ou les soins
- 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins
- 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins
- 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins

7° Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

- 0 : Aucune réaction pendant les soins
- 1 : Réaction pendant les soins, sans plus
- 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses
- 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses
- 4 : L'approche des zones est impossible

8° PLAINTES exprimées PENDANT les soins

- 0 : Le sujet ne se plaint pas
- 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui
- 2 : Le sujet se plaint en présence du soignant
- 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement dès qu'on le soigne
- 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment dès qu'on le soigne

Copyright : CNRD - www.cnrdr.fr

Figura 4 - Scala Echelle comportamentale pour Personne Agées

della persona assistita quando si lava o viene lavata, mentre indossa o toglie indumenti, ridotta mobilità;

- le reazioni psicosociali: inusuale richiesta di attenzione o rifiuto di comunicare, ridotta socializzazione, partecipazione ad attività, anomala reattività a stimoli esterni.

I punteggi variano da 0 (assenza del comportamento che esprime dolore) a 3 (massima espressione del comportamento che può associarsi a dolore) e la loro somma è compresa tra 0 e 30.

Un punteggio maggiore o uguale a 5 indica la presenza di dolore (Zanetti, Zani, 2008).

È uno strumento facilmente comprensibile e inoltre copre le 6 categorie di "comportamenti dolorosi" previste dalle linee guida dell'American Geriatric Society (Herr, 2006).

CONCLUSIONI

La revisione della letteratura effettuata per ricercare le scale utilizzate dall'infermiere per valutare il dolore nella persona anziana con demenza grave ha permesso di recuperare sei scale. La difficoltà incontrata è stata quella di ottenere una traduzione precisa e di facile comprensione dall'inglese all'italiano, in quanto molti termini sono prettamente scientifici e specifici.

Tutte le scale proposte in questo lavoro hanno dei limiti, in quanto, come già visto, il gold standard per la valutazione del dolore è il "riferito" della persona assistita (Wheeler, 2006); tutte, però, rappresentano strumenti condivisi che hanno lo scopo di migliorare l'intero processo assistenziale attraverso una raccolta sistematica di dati clinici.

Nel nostro paese, l'unica scala validata in lingua italiana è la scala PAINAD; con tale scala il dolore viene



Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

DATE: _____ TIME ASSESSED: _____ NAME OF PATIENT/RESIDENT: _____

PURPOSE: This checklist is used to assess pain in patients/residents who have dementia and are unable to communicate verbally.

INSTRUCTIONS: Initiate with a checkmark, which of the items on the PACSLAC occurred during the period of interest.
Scoring the Sub-Scales is derived by counting the checkmarks in each column.
To generate a Total Pain Score sum all four Sub-Scale totals.

Comments: _____

Sub-scale Scores:

Facial Expressions	
Activity/Body Movement	
Social/Personality/Mood	
Other	
Total Checklist Score	

* "Other" sub-scale includes physiological changes, eating and sleeping changes and vocal behaviours.

This version of the scale does not include the items "tittering and rocking", "quiet/withdrawn", and "vacant blank stare" as these were not found to be useful in discriminating pain from non-pain states.

Copyright © Shannon Flinch-Lacelle and Thomas Hadjistavropoulos
The PACSLAC may not be reproduced without permission.
For permission to reproduce the PACSLAC, please contact the copyright holders: Thomas.Hadjistavropoulos@unimelb.edu.au

Note on Scoring: There is no recommended cut off score at this time. Scores all depend on the person and context (e.g., whether they are assessed over a shift or during a transfer). The authors recommend an individualized approach whereby a baseline series of scores is collected for each resident and then the nurse observes deviations from the score (also examining whether pain treatments result in decline in scores).
Email correspondence from Thomas Hadjistavropoulos May 28, 2007

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

Facial Expressions	Present	Activity/Body Movement	Present	Social/Personality/Mood	Present
Grimacing		Decreased activity		Unsettled	
Sad Look		Refusing medications		Agitated	
Tighter face		Moving slow		Cranky/Irritable	
Dirty look		Impulsive behaviour (e.g., repetitive movements)		Frustrated	
Change in eyes (squinting, dull, bright, increased movement)		Uncooperative/Resistant to care		Other*	
Frowning		Guarding sore area		Pale Face	
Pain expression		Touching/holding sore area		Flushed, red face	
Grim face		Limping		Tearful eyes	
Gnashing teeth		Clenched fist		Sweating	
Wincing		Going into fetal position		Shaking/Trembling	
Opening mouth		Sit/Rigid		Cold & clammy	
Creasing forehead		Social/Personality/Mood		Changes in sleep (please circle)	
Screwing up nose		Physical aggression (e.g., pushing people and/or objects, scratching others, hitting others, striking, kicking)		Decreased sleep or	
Activity/Body Movement		Verbal aggression		Increased sleep during day	
Fidgeting		Not wanting to be touched		Changes in Appetite (please circle)	
Pulling Away		Not allowing people near		Decreased appetite or	
Flinching		Angry/Mad		Increased appetite	
Restless		Throwing things		Screaming/Yelling	
Pacing		Increased confusion		Calling out (i.e. for help)	
Wandering		Anxious		Crying	
Trying to leave				A specific sound or vocalisation	
Refusing to move				For pain 'ow', 'ouch'	
Thrashing				Moaning and groaning	
				Mumbling	
				Gurting	

Copyright © Shannon Flinch-Lacelle and Thomas Hadjistavropoulos The PACSLAC may not be reproduced without permission.
For permission to reproduce the PACSLAC, please contact the copyright holders: Thomas.Hadjistavropoulos@unimelb.edu.au

Figura 5 - Scala Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate

sottostimato solo nel 15% dei casi, si ritiene pertanto ideale per le persone con decadimento cognitivo severo, anche se necessita di validazione su un campione più ampio (Costardi, 2007). La scala Doloplus 2 richiede una rivalutazione generale specie con riferimento agli items relativi alla sfera sociale e richiede una conoscenza approfondita della persona assistita. Risulta quindi ideale in contesti di lungodegenza (Lefebvre-Chapiro, 2001). Inoltre, non descrive il singolo episodio, ma esprime un decorso ed è quindi appropriata nella valutazione del dolore persistente e cronico (Zwakhalen, 2006). La scala Doloplus 2 trova però il suo punto di forza nelle istruzioni per l'uso di cui è correlata, che evitano difficoltà di interpretazione di certi items, in particolare di quelli riguardanti le reazioni psicosociali (Zwakhalen, 2006). Il suo limite è rappresentato però dalla man-

canza di una forma validata in lingua italiana e ciò non permette la sua applicazione nelle nostre realtà assistenziali. La riflessione che emerge da questo lavoro è che è importante che tutti gli operatori sanitari si sensibilizzino al problema del dolore, in particolare a quello delle persone che non sono in grado di esprimerlo verbalmente, affinché non sia trascurato, incompreso o male interpretato. Di fatto, la rilevazione del parametro dolore è stata oggetto di importanti indicazioni normative, quali il provvedimento ministeriale inerente al programma "Ospedale senza dolore".

Anche la Regione Lombardia, nel "Manuale della cartella clinica" (2007), stabilisce la necessità di dedicare un apposito spazio nella cartella clinica alla rilevazione del dolore attraverso sistemi validati, semplici nell'uso, versatili. In accordo con gli Standard di



SCALA DOLOPLUS-2		GIORNI			
VALUTAZIONE COMPORTAMENTALE DEL DOLORE NELLA PERSONA ANZIANA					
NOME COGNOME :					
Servizio :					
Osservazione Comportamentale					
IPERCLASSEMI SOMATICHE					
1* Lamentela [pianti, gemiti]	- assenza di lamentela - lamentele solo in caso di sollecitazione - lamentele spontanee occasionali - lamenti spontanei continui	0	0	0	0
2* Posizioni antalgiche a riposo	- assenza di posizione antalgica - il soggetto evita alcune posizioni in modo occasionale - posizione antalgica permanente e efficace - posizione antalgica permanente e inefficace	0	0	0	0
3* Protezione di zone dolenti	- assenza di protezione - protezione dopo sollecitazione senza ostacolare il proseguimento dell'esame o delle cure - protezione dopo sollecitazione impedendo ogni esame o cura - protezione a riposo, in assenza di sollecitazione	0	0	0	0
4* Mimica	- nessuna attività - attività che sembra esprimere dolore sotto sollecitazione - attività che sembra esprimere dolore in assenza di ogni sollecitazione - attività espressiva continua e non-attività [pianto, fissa, sguardo nel vuoto]	0	0	0	0
5* Sonno	- senza attività - difficoltà di addormentamento - risvegli frequenti - risveglio con ripresonazione sulla fase di veglia	0	0	0	0
IPERCLASSEMI PSICOMOTORE					
6* Tolleranza a/o vestirsi	- abilità consuete invariate - abilità consuete lievemente ridotte [attività possibili senza esaltati] - abilità consuete molto diminuite, solite a/o vestirsi difficili e incomplete - solite a/o vestirsi impossibili [paciente oppositivo ad ogni tentativo]	0	0	0	0
7* Movimenti	- abilità e attività consuete invariate - abilità consuete lievemente ridotte [il modo non è più coerente, dimostra le sue abilità logiche di disorientamento] - abilità e attività consuete limitate [anche se aiutato, il modo diminuisce i propri movimenti] - ogni movimento impossibile, ogni tentativo di mobilitazione provoca un'opposizione	0	0	0	0
IPERCLASSEMI PSICOSOCIALI					
8* Comunicazione	- invariata - alterata [la persona ottiene l'attenzione in modo occasionale] - diminuita [la persona tende a isolarsi] - assenza o rifiuto di qualsiasi forma di comunicazione	0	0	0	0
9* Vita sociale	- partecipazione abituale ai diversi attività [pasti, animazione, laboratori terapeutici] - partecipazione ai diversi attività solo se sollecitato - rifiuto parziale di partecipazione alle diverse attività - rifiuto assoluto di partecipazione a qualsiasi attività	0	0	0	0
10* Disturbi del comportamento	- comportamento abituale - disturbi lievi del comportamento se sollecitato - disturbi continui del comportamento dopo sollecitazione - disturbi del comportamento continui [in assenza di ogni sollecitazione]	0	0	0	0
COPYRIGHT		SCORE			

Joint Commission International viene chiesto quindi agli infermieri e tutti gli operatori sanitari, che i pazienti siano sottoposti a uno screening del dolore, cui deve seguire la valutazione in caso di riscontro positivo e deve essere offerto il supporto per gestirlo efficacemente. Ciò non deve essere solo un impegno del singolo professionista, in quanto l'organizzazione stessa è chiamata alla responsabilità di supportare il diritto del paziente a un'appropriata valutazione e gestione del dolore.

Relativamente alle specifiche responsabilità infermieristiche, il Decreto Ministeriale n. 739 del 1994 (Profilo dell'Infermiere) recita che: "L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi", richiama cioè all'attuazione delle prime fasi del processo di assistenza infermieristica in cui ben si innestano i richiami normativi sopra riportati. D'altro canto, oltre

all'obbligo normativo, gli infermieri hanno anche responsabilità deontologiche che vengono richiamate dal proprio Codice (Federazione Collegi IPASVI, 2009) in cui, all'articolo 34, si sottolinea che: "L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari"; così come all'articolo 35: "L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del comfort ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale". In conclusione si può affermare che l'accurata valutazione del dolore nelle persone anziane con demenza grave, oltre che rispondere alle responsabilità citate precedentemente, richiama gli infermieri ad un più ampio concetto che deve essere alla base di tutto il processo assistenziale attuato dall'infermiere: il rispetto della dignità della persona in qualunque situazione fisica o clinica essa si trovi (Fry, Johnstone, 2004).

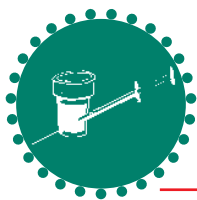


BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer Europe (2006) Dementia in Europe Yearbook 2006 [on line]. Disponibile da: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2006_dementiayearbook_en.pdf [consultato il 6 aprile 2010]
- American Geriatric Society (2002) The management of persistent pain in older person. Journal of the American Geriatric Society, 6: 205-224.
- Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. 2^a edizione. Milano: Masson.
- Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (2009) Codice Deontologico dell'Infermiere [on line]. Disponibile da: www.ipasvico.it/documenti/CODICE%20DEONTOLOGICO%202009.pdf [consultato il 9 maggio 2010].
- Corran T.M., Farrell M.J., Helme R.D. Gibson S.J. (1997) The classification of patients with chronic pain: age as a contributing factor. Clinical Journal of pain, 13 (3): 207-214.
- Costardi D., Rozzini L., Costanzi C., Ghianda D., Franzoni S., Padovani A., Trabucchi M. (2006) The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. Archives of Gerontology and Geriatrics [on line] 44 (2). Disponibile da: [http://www.aggiornamenti.com/article/S0167-4943\(06\)00038-0](http://www.aggiornamenti.com/article/S0167-4943(06)00038-0) [consultato il 05 febbraio 2010].
- Dal Santo P., Storti M., Zanolin M. (2006) Studio sulla valutazione del dolore in pazienti anziani ospedalizzati affetti da grave demenza. Infermieri informati [on line], 6 (2). Disponibile da: http://www.vicenzaipasvi.it/download/publicazioni/rivista/0602_inf_inf.pdf
- Faine G.A. (2004) La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla. 2^a edizione. Milano: McGraw-Hill.
- Fries B.E., Simon S.E., Morris J.N. (2001) Pain in U.S. nursing homes. Validating a pain scale for the Minimum Data Set. Gerontologist, 2, 173-79.
- Fry S.T., Johnstone M.J. (2004) Etica per la pratica infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Gaffuri V. (2008) La valutazione del dolore nella persona anziana affetta da decadimento cognitivo severo. Agorà 37, 16-20 [on line] Disponibile da: http://www.ipasvico.it/documenti/art_5_37.pdf [consultato il 17 giugno 2011].
- Gioachin M. (2009) Il dolore negli anziani con declino cognitivo severo. Barriere, caratteristiche e limiti della valutazione del dolore. Infermiere collegio [on line], 1, Apr. Disponibile da: <http://www.ipasvico.it/rivista109.pdf> [consultato il 3 gennaio 2010].
- Heyman A., Wilkinson W., Hurwitz B. (1987) Early-onset Alzheimer's disease: clinical predictors of institutionalization and death. Neurology, 37: 980-984.
- Herr K., Bjoro K., Decker S. (2006) Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review. Journal of pain and Symptom Management, 31 (2): 170-192.
- Hurley A., Volicer B., Hanrahan P., Houde S., Volicer L. (1992) Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. Research in nursing and Health, 15: 369-377.
- International Association for the Study of Pain (1979) Pain Definitions. Pain [on line], 6. Disponibile da: www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&ContentID=1728 [consultato il 05 Gennaio 2010].
- Kaasalainen S., Crook J. A comparison of pain assessment tools for use with elderly long-term-care residents. Canadian Journal of Nursing 35 (4): 58-71.
- Kovach C., Weissman D., Griffie J. (1999) Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. Journal Pain Symptom Management, 18: 412-419.
- Lefebvre-Chapiro S. (2001) The Dolopius 2 scale-evaluating pain in the elderly. European Journal Of Palliative Care, 8 (5): 191-194.
- Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale n. 739 (1994) Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere [on line]. Disponibile da: http://www.ipasvico.it/documenti/decreto_739.pdf [consultato il 13 aprile 2010].
- Morello R., Jean A., Alix M., groupe Regates (1998) ECPA: une echelle comportementale de la douleur pour personnes agées non communicantes. Infokara 51 (3): 22-29.
- Pautex S., Michon A., Guedira M., Emond H., Le Sous P., Samaras D., Michel JP., Herrmann F., Giannakopoulos P., Gabriel G. (2006) Pain in severe dementia: self-assessment or observational scale? Journal of The American Geriatrics Society 54 (7): 1040-1045.
- Regione Lombardia (2007) Manuale della cartella clinica [on line]. Disponibile da: <http://www.comlas.it/documenti/ManualeCartellaClinicaRegionelombardia.pdf> [consultato il 17 giugno 2011].
- Sherder E., Oosterman J., Swaab D., Herr K., Ooms M., Ribbe M., Sergeant J., Pickering G., Benedetti F. (2005) Recent development in pain and dementia. British Medical Journal 330 (7489): 461-464.
- Shuler M., Becker S., Kaspar R., Nikolaus T., Kruse A., Basler H. (2007) Psychometric properties of the German "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINAD-G) in nursing home residents. Journal of the American Medical Directors Association, 8: 388-395.
- Snow A., Weber J., O'Malley K. (2004) NOPPAIN: a nursing assistant-administered pain assessment instrument for use in dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorder, 17 (3): 240-246.
- Storti M., Dal Santo P., Zanolin M. (2006) Studio sulla valutazione del dolore in pazienti anziani ospedalizzati affetti da grave demenza [on line]. Disponibile da: http://www.vicenzaipasvi.it/download/publicazioni/rivista/0602_inf_inf.pdf [consultato il 7 maggio 2010].
- Storti M. (2009) Come misurare il dolore acuto e cronico. I quaderni de l'infermiere, 26 (6): 3-6.
- Tosetti A. (2008) La valutazione del dolore acuto in persone incoscienti o sedate. Agorà 38, 16-20 [on line] Disponibile da: http://www.ipasvico.it/documenti/art_6_38.pdf [consultato il 17 giugno 2011].
- Warden V., Hurley A., Volicer L. (2003) Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. Journal of the American Medical Directors Association, 4: 9-15.
- Weiner D.K., Hanlon J.T. (2001) Pain in nursing home residents: management strategies. Drugs Aging, 18 (1): 13-29.
- Wheeler M. (2006) Pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment. Home Healthcare Nurse, 24(6): 354-359.
- While C., Jocelyn A. (2009) Observational pain assessment scale for people with dementia: a review. British Journal of Community Nursing, 14 (10): 438-442.
- Zanetti E., Zani M. (2008) Valutazione del dolore nell'anziano con demenza. Dossier Infad 3 (36): 1-9.
- Zwakhalen S., Hamers J., Abu-Saad H., Berger M. (2006) Pain in elderly people with dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. BioMedCentral Geriatrics, 6 (3).

¹ Infermiera, Degenza Medica 1 - Azienda Ospedaliera Sant'Anna Como - Estratto dall'elaborato finale per il conseguimento del Diploma di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria. A.A. 2009/2010





Infermieristica e cure complementari

Imparare a stare bene con il Metodo Grinberg®

31

A cura di Iacchia Valentina*

In questo articolo vi presento un'ulteriore possibilità di argomenti di approfondimento per il personale sanitario: infermieri, ostetriche, medici. Mi sono approcciata al metodo Grinberg come "utente" e da subito mi ha affascinato per la capacità che ha di attivare le risorse della persona al fine di raggiungere uno stato di benessere maggiore. Tutto ciò richiama la teoria di "auto cura" di Dorothea Orem. Ci racconta del metodo in questione Silvia Dragoni (operatrici del metodo Grinberg) e la collega infermiera Giovanna Fumagalli (operatrice del metodo in formazione).

Stare bene? È la premessa di una disciplina che vuole occuparsi dell'essere umano. Reagire in modo automatico e ripetitivo alle piccole o grandi avversità quotidiane può creare in ognuno di noi malessere e disagi che spesso si cronicizzano trasformandosi in **veri e propri sintomi fisici.**

Per imparare a recuperare benessere possiamo fare riferimento al **Metodo Grinberg®** che attraverso il tocco, l'attenzione e diverse tecniche di movimento insegna alle persone ad **ascoltare il proprio corpo e a migliorare la propria qualità di vita.**

Affinché il trattamento sia efficace è necessaria la partecipazione della **persona, attenta e motivata** dal desiderio di creare un **miglioramento e un apprendimento permanente**, che collabori pienamente con l'operatore.

LE ROUTINE SBAGLIATE SEGNAANO CORPO E MENTE- UN'ALTERNATIVA

Senza volerlo nel corso della vita impariamo a reagire alle difficoltà, ai dolori e alle paure, alle situazioni quotidiane in maniera **AUTOMATICA e RIPETITIVA.**

Manifestiamo questi automatismi attraverso tutto il nostro modo di essere, di muoverci, di camminare, di stare in piedi, respirare, pensare, agire e sentire emotivamente, secondo schemi che ripetiamo nel tempo e che rinforziamo attraverso la ripetizione.

Le routine alterano l'equilibrio e riducono il potenziale di base della persona (le sue qualità e risorse) restringendone la libertà e il piacere

nella vita, imparare a conoscerli ed interromperli ci dà la **possibilità di recuperare forza, energia** e soprattutto la possibilità di vivere senza schemi prestabiliti rendendo la nostra vita intensa e non prevedibile.

Il Metodo Grinberg® può anche essere utilizzato **per migliorare lo stato di salute** di coloro che soffrono di **disturbi ricorrenti** (come mal di testa, mal di schiena, dolori alla cervicale, gonfiore alle gambe, stitichezza, stanchezza agli occhi...), **per chi ha subito un trauma e nel periodo pre e post operatorio.** Nervosismo, agitazione, timidezza, imbarazzo in luoghi pubblici, false sicurezze, difficoltà nella gestione dei soldi, solitudine, attacchi di panico, ansia, stress, difficoltà relazionali o di comunicazione... diventano sfide semplici da poter realizzare.

IMPARARE A GESTIRE IL DOLORE CON IL METODO GRINBERG®

Fermare le reazioni al dolore?

Il dolore, pur non essendo piacevole, **accompagna costantemente l'esperienza umana.** Dolore fisico o emotivo, in noi o diretto verso le persone che ci sono vicine, è una costante comune dell'esistenza umana.

Ognuno di noi ha il suo stile per reagire al dolore (ignorarlo, parlarne continuamente, drammatizzarlo, irrigidirsi...) ma tutti cerchiamo di evitarlo incrementandone in questo modo la sofferenza.

Il Metodo Grinberg® **approccia il dolore come un'esperienza che avviene all'interno della sfera dell'attenzione**, insegna alle persone a ridurre tutto lo sforzo inutile che viene fatto per



respingerlo ed evitarlo per imparare, invece, a sperimentarlo in modo differente. La persona può così recuperare e **permettere il naturale processo di guarigione del corpo** e utilizzare il dolore nel suo significato originario: come **spinta per l'apprendimento, l'evoluzione, l'adattamento, la creatività, l'abilità di trovare nuove soluzioni alle difficoltà ed ai problemi**.

Per maggiori informazioni consultate l'opuscolo "The Grinberg Method® TRASFORMING PAIN".

L'applicazione del Metodo nel periodo post-operatorio è stata sperimentata anche all'ospedale Humanitas di Rozzano, nell'hinterland milanese. *Le persone dopo un intervento chirurgico all'addome hanno ricevuto, sia immediatamente dopo l'intervento nella sala recovery, sia nei giorni successivi delle sedute individuali per supportare e sostenere il processo di guarigione del corpo.*

ALLA RADICE...

Il metodo è stato ideato negli anni '70 da **Avi Grinberg**, terapeuta israeliano che iniziò a studiare e praticare diverse tecniche di lavoro sul corpo prima di creare una propria metodologia di attenzione al corpo e alla persona con un approccio educativo anziché terapeutico (da terapeuta, che aiutava le persone a stare bene, ad **insegnante che guida le persone ad essere responsabili del proprio sviluppo personale, della propria salute e del proprio benessere**).

Oggi vi sono centinaia di operatori che applicano il metodo in tutta Europa, in Israele e negli Stati Uniti.

Per avere la lista completa degli operatori certificati sul territorio nazionale potete consultare l'associazione italiana degli operatori del Metodo Grinberg che vigila sulla professionalità dei propri iscritti e fornisce un elenco aggiornato. (visitare il sito www.metodogrinberg_AssocItalia.com)

Disclaimer: Il Metodo Grinberg è un metodo educativo che insegna attraverso il corpo. Non dichiara di guarire, di essere una medicina alternativa, una forma di massaggio terapeutico, o di essere considerato fra le professioni assistenziali. Il Metodo Grinberg non è destinato a persone che soffrono di condizioni che minacciano la loro vita o di malattie gravi che richiedono attenzioni mediche o psichiatriche e non intende sostituire qualsiasi tipo di trattamento richiesto. Il Metodo non si fonda su basi ideologiche o mistiche e non richiede alcun stile di vita particolare.

Come si svolge... *"Difficile riassumere un'esperienza così ricca e piena ..."*

Dove: Una sala di lavoro, uno spazio accogliente e neutro, illuminato, riscaldato, un lettino, una sedia, lenzuola pulite, un professionista del metodo Grinberg e una persona attenta e motivata, desiderosa di imparare.

Primo meeting: Gli incontri iniziano con un colloquio e un'analisi del piede che riflette qualità e risorse della persona, gli schemi acquisiti, il potenziale attuale e quello di base...

Attraverso **l'osservazione, l'attenzione e l'ascolto** si descrive lo schema, il sintomo, la situazione che la persona desidera modificare. L'operatore evidenzia le abitudini e i comportamenti che la persona ha messo in atto nella sua vita per cercare di affrontare il malessere, il disagio, la situazione, e come li ha resi cronici e automatici nel proprio corpo, quale **percorso la persona deve fare per creare il cambiamento e fermare il malessere**.

Successivamente: L'operatore attraverso diversi tocchi sul corpo, invita a portare l'attenzione alle zone interessate e alla respirazione, insegna alla persona a rilassarsi anche nel dolore, ad acquisire una consapevolezza fisica degli schemi che automatici, a recuperare attenzione, a fermare l'automatismo, a permettere il lavoro del corpo. La voce e l'attenzione dell'operatore facilitano la persona nel percorso di attenzione e apprendimento che avviene **attraverso il corpo**.

È un percorso fatto di attenzione, piacere, recupero di qualità e risorse, di responsabilità intensa come libertà di scegliere e vivere pienamente, di una migliore condizione fisica e di una semplicità nello sperimentare ed essere.

TESTIMONIANZA

Giovanna Fumagalli infermiera e operatrice Il livello Metodo Grinberg

"Carissimi colleghi colgo con molto piacere l'invito di condividere, a mezzo della nostra rivista, i contenuti salienti di questa recente disciplina, che a parer mio, vale assolutamente la pena di conoscere.

Ho conseguito il Diploma di Infermiera professionale nel 1982. Ho esercitato la professione come infermiera e soprattutto come capo sala in realtà ospedaliere e non, in Italia e all'estero.

Attualmente lavoro in una comunità psichiatrica e frequento il 2° anno della Scuola per Operatori del Metodo Grinberg.



Personalmente lo trovo un metodo rivoluzionario perché restituisce alla persona la dignità e la responsabilità di poter stare bene... se davvero lo vuole.

Il Metodo Grinberg si rivolge a tutte quelle persone che vogliono imparare, che non si accontentano, che desiderano scoprire sempre di più su loro stessi, che amano l'avventura e che vogliono essere protagonisti della loro vita.

Non è una forma di cura, bensì è un metodo di insegnamento, per mezzo del quale, la persona che si rivolge ad un operatore del Metodo, impara a riconoscere e a non ripetere comportamenti, umori, pensieri, posture che lo danneggiano nella vita, guadagnando così vitalità, salute, benessere e libertà.

FANTASTICO: imparando a non farci del male, impariamo di conseguenza a star bene!

Scopo del metodo è insegnare ad **ESSERE RESPONSABILI** nelle situazioni in cui siamo coinvolti. Possiamo imparare ad aumentare l'attenzione al corpo e ad identificare il comportamento automatico che si manifesta in queste situazioni - come teniamo il corpo, come creiamo tensioni, come respiriamo, il modo in cui pensiamo, e rispondiamo a livello emotivo è allora che possiamo **SCEGLIERE di fermare l'automatismo.**

Imparare attraverso il corpo: In virtù del fatto che tutto ciò che ci succede nella vita è custodito come memoria in ogni nostra singola cellula, in una seduta con il Metodo Grinberg, l'apprendimento

avviene attraverso il corpo. L'operatore insegna, usando il tocco e le istruzioni verbali, inizialmente le lezioni di base come il rilassamento e la respirazione che portano ad una maggior consapevolezza di avere un corpo.

Già questo risultato è da considerarsi notevole in un mondo dove ci viene sempre più chiesto di essere testa e rivolti alla mente, dimenticandoci la consapevolezza "che il nostro corpo è ciò che noi siamo. Uno stadio sempre più approfondito e avanzato nel processo di apprendimento, consentirà alla persona di imparare come crea, prima nel fisico e poi anche a livello di pensieri e di emozioni, quei comportamenti automatici e ripetitivi di cui parliamo prima e che non sono solo causa di stati d'animo - come nervosismo, ansietà, tendenza ad arrabbiarsi facilmente, ed altri ancora - ma che nel tempo sono responsabili, nella maggioranza dei casi, anche di sintomi fisici come: mal di testa, stitichezza, mal di schiena, dolori mestruali, pesantezza alle gambe, ecc...

È un'esperienza che consiglio a tutti di sperimentare

Per informazioni:

Studio Professionale per Il Metodo Grinberg@

www.imparareastarebene.com

email: info.imparareastarebene@gmail.com

telefono 339 89 43 296

sito ufficiale: www.grinbergmethod.com/it/

*ostetrica libero professionista

Agorà
Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile: Stefano Citterio

Comitato di Redazione: Stefano Citterio, Katia Cavenaghi, Michela Marzorati, Paola Pozzi, Sandro Tangredi

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: foto di Lucia Ostinelli

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@ipasvicom.it

Numero chiuso il 14 novembre 2011

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'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@ipasvicom.it.

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





News from the web

34

A cura di Inf. AFD Paola Pozzi*

<http://www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi/index.php>

Overo Indice della letteratura italiana di scienze infermieristiche: offre la possibilità di ricercare e consultare le schede bibliografiche degli articoli pubblicati nelle principali riviste infermieristiche e d'interesse infermieristico in Italia. Tutti gli articoli sono corredati di abstract. La Biblioteca del Collegio Ipasvi di Roma possiede tutte le riviste indicizzate nel database ILISI.

<http://www.snlg-iss.it/>

Negli ultimi decenni si è assistito ad una notevole produzione di linee guida da parte di agenzie sanitarie, enti governativi, società scientifiche o gruppi di esperti del settore, con l'obiettivo di offrire una soluzione al problema di produrre raccomandazioni a partire dai risultati degli studi originali disponibili, creando un collegamento tra ricerca e pratica clinica. In quest'ottica il Sistema nazionale linee guida italiano elabora raccomandazioni di comportamento clinico basate sugli studi scientifici più aggiornati. Comprende: linee-guida nazionali, linee-guida regionali, una banca-comparativa di linee-guida internazionali e documenti EBM elaborati dalle varie articolazioni del Servizio sanitario nazionale e dai servizi sanitari regionali.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/i_5/accueil

L'Haute autorité de santé francese produce delle linee-guida, definite come «des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données». L'obiettivo è quello di informare il personale medico e sanitario ed i pazienti, per migliorare la qualità della cura.

Anche in lingua inglese:

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5443/english?cid=c_5443

<http://www.guideline.gov/>

Curato dall'Agency for healthcare research and quality con l'American Medical Association e l'American Association of Health Plans, il sito è costituito da un archivio di linee-guida, che comprende anche il link al testo integrale quando disponibile in rete.

<http://www.nice.org.uk/>

Il National Institute for health and clinical excellence sviluppa da tempo linee-guida ottimamente strutturate.

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/numlist.html>

Overo Scottish Intercollegiate Guidelines Network, nata nel 1993 con lo scopo dichiarato di migliorare la qualità della cura nelle strutture sanitarie scozzesi. A marzo 2010 116 linee-guida pubblicate sono incluse nel programma di SIGN.

<http://ktclearinghouse.ca/cebml>

Offre un'ottima presentazione dell'EBN, oltre a un insieme di esempi pratici su come affrontare quesiti nell'ambito della diagnosi, della prognosi, del trattamento e come leggere criticamente le revisioni sistematiche.

<http://www.ceveas.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1>

Il Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria è un Dipartimento della Azienda USL di Modena nato per favorire l'accesso alle migliori evidenze disponibili su trattamenti e cure, attraverso la valutazione critica dei dati disponibili, la loro comprensione e il trasferimento di questa informazione a medici, manager e cittadini.

<http://www.ebn.bz.it/>

È il sito del progetto "EBN-Südtirol-Alto Adige", nato con l'obiettivo di implementare un'assistenza basata sull'evidenza all'interno del servizio sanitario provinciale. Qui sono pubblicate le linee guida elaborate dal "gruppo progetto EBN".



Intervista a Andrea Pagani autore di "Una lettera nella testa". Un libro scritto anche con tanto cuore

A cura di Mauro Fogliaresi - giornalista

Non è un libro qualunque quello che vi troverete a leggere entrando tra le pagine di "Una lettera nella testa" opera prima di Andrea Pagani. Il volume scritto in modo agile e scorrevole è una fonte inesauribile di accoglienti inviti a riflettere sui temi fondamentali del nostro vivere quotidiano. La vita, la morte, la dignità dell'esistere, la dignità di poter morire da "vivi": la cura e la malattia. Il ruolo dell'infermiere è centrale alla narrazione dell'autore e sarà coinvolgente per chi svolge questa professione farsi rapire dal libro di Pagani. Senza entrare troppo nelle vicende del romanzo stesso - che caldamente vi invitiamo a leggere - rivolgiamo ad Andrea alcune domande che accompagnino al viaggio nel libro.

Quanto è autobiografico il tuo libro?

"La percentuale di autobiografico è sicuramente alta: la maggior parte delle situazioni e degli eventi narrati hanno una base reale.

Ho, però, spesso dovuto distorcere la realtà al fine di rendere più incisivo il messaggio che di volta in volta intendevo lanciare.

Nel protagonista c'è molto di me anche se, devo sottolinearlo, non sono io: è un mio strumento."

Come nasce l'idea e in che tempi di scrittura vive "Una lettera nella testa"?

"L'idea è nata quasi per caso, quando, ancora studente di Infermieristica, chiacchierando con un medico durante un tirocinio in reparto, ho ricevuto il consiglio di provare a scrivere un libro.

Ai tempi doveva trattarsi di una sorta di 'stupidiario' che poi, con il passare del tempo e, soprattutto, con il peso dell'esperienza lavorativa in Rianimazione, anni dopo si è trasformato in quel concentrato di introspezione e filosofia del vivere e del morire che oggi sono riuscito a dare alla luce.

Per quanto riguarda i tempi, posso dire che la fase di stesura del romanzo è durata circa otto mesi. Il più del lavoro è venuto dopo: da quando ho cominciato la ricerca dell'editore al momento della pubblicazione è passato quasi un anno."



Nel libro quanto c'è dello scrittore e quanto dell'infermiere?

"Direi che c'è molto dell'Andrea infermiere e moltissimo dell'Andrea persona, dello scrittore non c'è quasi nulla, anche perché non ho la presunzione di considerarmi tale. Sono un ragazzo che si è impegnato, attraverso il punto d'osservazione privilegiato offertogli dalla sua professione, a guardare un po' oltre il primo strato della scorza della vita e che poi ha cercato di comunicare quello che ha scoperto. Nulla di più."

Scrivere aiuta ad esorcizzare il dolore o a vincere l'inadeguatezza davanti ad un evento così "spoglio" come la morte?

"Aiuta molto in entrambi i casi. Scrivere mi è servito ad analizzare le cose con il giusto distacco e con la rielaborazione razionale che l'emozione del momento rende difficile, se non impossibile.

Scrivere credo sia un ottimo esercizio mentale efficace nel migliorare il rapporto con se stessi, forse al pari di una seduta di psicanalisi."

Quella lettera commovente dell'ultimo capitolo è più che un testamento spirituale? Una riflessione profonda - tra ragione e sentimento - a voce alta?

"Quella lettera è probabilmente il cappello conclusivo che ha lo scopo di sintetizzare il risultato di quella sorta di analisi delle cose che davvero contano nella vita. Rappresenta forse la provocazione più



forte del romanzo intero: un invito a non mettere la testa sotto la sabbia. Ma non voglio dire di più su questo finale."

Qual è - se esiste - il profilo ideale e professionale del tuo infermiere modello?

"Sarebbe banale rispondere che l'infermiere deve essere preparato, disponibile, umano e, al contempo, padrone del giusto distacco. Sotto l'etichetta di infermiere si muovono migliaia di persone che fanno cento lavori diversi, anche se tutti con il comune denominatore del contatto con il bisogno di un'altra persona. Credo che ogni infermiere, più che cercare di avvicinarsi al suo ideale, debba cercare l'ambito lavorativo che più si addice a ciò che è in grado di dare al prossimo. Ognuno di noi ha delle potenzialità che spesso non sono messe a frutto semplicemente perché ci si trova nel posto sbagliato."



Il motivo più vero per leggere il tuo libro?

"In un libro, personalmente, ho sempre cercato una possibilità di immedesimazione e sono sempre andato alla ricerca di letture che mi lasciassero un 'qualcosa' e che mi permettessero di valermi cresciuto dopo averle terminate. Ho voluto perseguire questo obiettivo anche nello stendere il mio romanzo. Ho puntato in alto: ho cercato di creare qualcosa che lasciasse una traccia nel profondo dell'animo del lettore."

La vita è tutto quello che abbiamo, ma non ci accorgiamo che la viviamo solo sporadicamente tra una distrazione e l'altra."

"...Dedicato a tutti quelli che lavorano immersi nella sofferenza di un altro essere umano" così termina l'incipit del libro di Andrea Pagani, così inizia un viaggio che vi invitiamo teneramente ad intraprendere".

notizie in pillole a cura di S. Citterio, K. Cavenaghi

Taglio del nastro per la nuova centrale del 118

La struttura, aperta il 19 luglio scorso, è la sede del sistema di emergenza extraospedaliero della provincia di Como, una tra le più all'avanguardia in Europa. Alla cerimonia sono intervenuti l'assessore regionale alla Sanità, Luciano Bresciani e, tra gli altri, il direttore generale dell'Ospedale Sant'Anna di Como, Marco Onofri, il direttore generale di AREU, Alberto Zoli, il direttore del dipartimento di Emergenza, Mario Landriscina. "Una giornata significativa per un'opera straordinaria - ha detto Bresciani - che rappresenta un braccio operativo importante ed è la sinergia degli atti che vengono fatti per un progetto che va lontano, tanto che ha ricevuto l'apprezzamento da parte delle autorità sanitarie canadesi: nei prossimi mesi, dal Canada, verranno in Lombardia tecnici sanitari per studiare il nostro sistema. Un sistema vincente, con un bilancio in pareggio da diversi anni ed è questa la strada virtuosa che vogliamo continuare a percorrere". L'elisoccorso comasco, con una storia di 25 anni, ha trasportato, dal 1986 ad oggi, oltre 17.000 persone. La nuova postazione di Villa Guardia si sostituisce a quella di Erba che verrà utilizzata per l'atterraggio notturno e che in futuro sarà anche destinata come base della Protezione Civile. Nella struttura di Villa Guardia operano 25 persone. A disposizione ci sono, oltre all'elicottero, anche 5 ambulanze per il trasporto pazienti. La nuova centrale è stata finanziata con un investimento di 9 milioni di euro grazie a fondi regionali (circa 2 milioni) e statali, stanziati nell'ambito della realizzazione del nuovo ospedale Sant'Anna a San Fermo della Battaglia. La base del 118 di Villa Guardia si sviluppa su un'area di 30mila metri quadri e accoglie anche il Servizio di Continuità Assistenziale della Guardia Medica in carico all'Asl. La base è composta da due edifici collegati tra loro dove sono collocate la centrale del 118 e la Guardia Medica, prima nel vecchio Sant'Anna, un hangar con annesso un magazzino deposito con i materiali per le "grandi emergenze". All'interno anche uno spazio per il materiale sanitario, autorimesse per i mezzi di emergenza e una piazzola di atterraggio/decollo per gli elicotteri con centrale radio e meteo. La struttura, progettata con criteri antisismici ed integrata con pannelli solari, si avvale di un call center per 118 e Guardia Medica ad elevata tecnologia, integrato con il sistema informatico e telefonico dell'ospedale Sant'Anna. Dal 19 luglio scorso le chiamate di soccorso effettuate al 118 comasco sono state 18.000 mentre 13.000 le missioni effettuate dagli operatori della base. Per il soccorso in elicottero, dal mese di agosto, i voli sono stati 230, di cui 41 notturni. "Il sistema delle emergenze-urgenze è un braccio - ha concluso l'assessore Bresciani - che ci permette di guardare al tempo che diventa amico se non lo sciupiamo: in Lombardia si è registrato un abbattimento del rischio di mortalità pari al 7,4 per cento. La conquista del tempo è conquista della vita".

(Lombardia Notizie)



Una vita da infermiera

Tratto da "Oltre il giardino" il giornale dell'associazione NEP "Nessuno è perfetto"

Nello speciale ad episodi sulla storia di Villa Aurora Nicoletta una giovanissima redattrice intervista Anna Padalino che con la "nostra" Matilde Trinca (infermiere con le ali) - sono state protagoniste coraggiose e umili di una storia tra le storie. Un'avventura unica e rara in una città dalla memoria molto corta... Più di un Abbondino meriterebbero tutti i partecipanti dell' "operazione Villa Aurora". Il titolo del pezzo: "Anna dei miracoli"? più umilmente nello spirito dell'intervistata.

37

UNA VITA DA INFERMIERA (MOLTO MOLTO DI PIÙ...)

INTERVISTA AD ANNA PADALINO

È il 25 maggio 2010. Io e Rosanna abbiamo preso appuntamento al Centro Diurno di Como con Anna Padalino e tutto è pronto per la sua intervista. Io sono un po' nervosa. Lei ha due grandi occhi che mi scrutano e mi mettono un po' in imbarazzo.

Tutto sembra un po' macchinoso, il registratore, il foglio con l'intervista, il blocco per gli appunti; ma è solo questione di minuti. Dopo poco il nostro incontro si trasforma in un racconto fiume di ricordi ed esperienze. La voglia di condividere è palpabile. L'emozione anche. Mi schiarisco la voce e le chiedo

Quanti anni ha lavorato al San Martino? E a Villa Aurora?

Nel 2011 saranno 39 anni, di cui 9 passati a Villa Aurora.

Quali erano esattamente le sue mansioni?

Ho ricoperto diversi ruoli. L'infermiera generica, l'infermiera psichiatrica, la capo sala.

A domanda, risposta. Siamo tutte ancora molto composte; la Sig.ra Anna sembra non volersi sbottonare troppo. Poi è un attimo; non so spiegare cosa sia successo, ma ecco che ci viene aperto lo scrigno dei ricordi. Io e Rosanna veniamo portate per mano in un viaggio iniziato tanti anni fa...



Che rapporto c'era fra voi colleghi?

Una cosa particolare, soprattutto a Villa Aurora, era il superamento del ruolo che ognuno di noi ricopriva ufficialmente. Eravamo un gruppo di persone impegnate nel conseguimento di un obiettivo. Tutti, dal direttore agli ausiliari, lavoravamo per ottenere l'autonomia delle pazienti (a Villa Aurora erano ospitate solo donne, ndr.); o meglio, per assisterle nel loro percorso per rendersi indipendenti.

Questa è stata una grande innovazione, se si pensa che stiamo parlando del periodo antecedente all'entrata in vigore della legge 180.

Per me poi, che avevo precedentemente lavorato al San Martino, era completamente cambiato il modo di relazionarmi con le pazienti. Mi sono dovuta abituare a una nuova situazione. In ospedale psichiatrico mi dovevo preoccupare di dove fossero i degenti e di cosa facessero. A Villa



Aurora, invece, gran parte di loro era autonoma; le Sig.re potevano uscire, prendere il pullman, lavorare. Non è stato facile non preoccuparmi più di non lasciare le porte aperte. Le pazienti che provenivano dall'ospedale avevano la possibilità di riacquistare molte facoltà pratiche, come cucinare, cucire.

Venendo insomma a mancare la gerarchia che contraddistingue un reparto di un ospedale, noi tutti abbiamo dovuto imparare a prendere delle decisioni in autonomia, a svolgere mansioni che fino a quel momento non ci erano spettate.

Una vera rivoluzione, quindi.

Sì, Villa Aurora voleva essere il "gradino" per facilitare la reintegrazione delle persone nella società. Dall'ospedale psichiatrico era altrimenti difficile essere dimessi. Il rischio era quello di reinserire nella società persone non in grado di affrontare la vita di tutti i giorni. In ogni caso poi, l'ospedale garantiva le cure ai degenti, una volta dimessi. Possiamo dire, dunque, che le due strutture, entrambe necessarie, rispondevano a esigenze diverse.

Com'era organizzata Villa Aurora?

Cominciamo col dire che le donne ospitate nel 1973 erano circa 80. Una bella cifra. Poi negli anni sono andate diminuendo perché era nata la necessità di ospitare anche i bambini e i bisognosi in generale.

Comunque soprattutto i primi anni, la struttura era molto "coccolata" dalle Istituzioni. Ad esempio, per la cucina ci venivano fornite solo materie di prima qualità. Le pazienti poi, pur non gestendo la mensa, avevano libero accesso alla cucina; se volevano potevano cucinare, cosa che in alcuni casi, non succedeva da anni. Riacquisivano delle capacità che possiamo definire "casalinghe", che hanno consentito poi a molte di loro di andare a vivere in alcuni appartamenti messi a disposizione dalla provincia senza grosse difficoltà.

Ribadisco, si cercava e si coltivava, giorno dopo giorno, l'indipendenza. Le pazienti erano assistite, ma non guardate a vista. Sia alzavano, riordinavano la loro stanza, facevano colazione e poi andavano a lavorare. Molte di loro si occupavano della lavanderia e del guardaroba. Ogni giorno arrivavano dal San Martino tovaglie e lenzuola da

lavare, stirare, piuttosto che da riparare. Il servizio era completo: i panni venivano divisi, contati, lavorati e confezionati. C'era poi anche un laboratorio di foulards; le più abili si occupavano di tagliare fili, cucire orli etc.etc. A fronte del lavoro, era riconosciuto alle Signore un piccolo compenso. Questo perché si è sempre pensato che riuscire anche a gestire delle, seppur minime, finanze, fosse indispensabile alla reintegrazione.

Ha accennato prima al fatto che le pazienti potessero uscire.

Sì. Basti pensare che per primo, il Dott. Adriani (l'allora Direttore del CPS) dava appositamente appuntamento alle pazienti presso la sede del CPS e non in Villa Aurora. Questo comportava per loro uscire, prendere il pullman, rispettare un dato orario e così via. Adriani voleva che le pazienti collaborassero alla propria cura, che non la vivessero più come succedeva in ospedale, cioè come qualcosa di subito, prestabilito. Voleva che le Sig.re prendessero coscienza della loro situazione e la affrontassero con spirito nuovo.

Immagino che questo sistema non fosse sempre semplice da gestire.

No, non lo è stato. Ma era l'unica soluzione possibile. È stata dura un po' per tutti, per le pazienti e anche per noi.

C'è un episodio che ci vuole raccontare, del quale ha un ricordo forte?

Vede, io ho cominciato a svolgere questo lavoro a 24 anni, quindi di ricordi ne ho moltissimi. Quello che posso dire è che col tempo e maturando esperienza, mi sono avvicinata alla malattia vera e propria, al disagio, alla comprensione della sofferenza di persone che vivono veramente una realtà diversa dalla nostra. Ad esempio ricordo che una notte in Villa Aurora una delle pazienti aveva iniziato a urlare perché vedeva dei bambini, tra i quali i suoi nipoti, chiusi nell'ascensore che secondo lei venivano condotti alla morte. Era davvero disperata e ci pregava di intervenire. Nonostante la sua fosse chiaramente un'allucinazione, il suo dolore era palpabile e vero. Mi sono domandata cosa avrei fatto io in una situazione



del genere e ho capito una cosa fondamentale per il mio lavoro. È necessario avvicinarsi al trauma, al dolore psichico del paziente che molto spesso resta incompreso. Oggi fortunatamente ci sono dei farmaci che permettono almeno di alleviare il dolore per affrontare con serenità la psicanalisi. Se c'è troppa sofferenza è difficile che il paziente risponda positivamente all'analisi. Per fare questo mestiere ci vogliono molta capacità di ascolto e molta sensibilità.

È necessaria una vera e propria vocazione secondo Lei?

Non saprei. Ad esempio io all'inizio ero un'insegnante e solo in un secondo momento ho iniziato a lavorare come ausiliaria. Piano piano mi sono accorta che la materia psichiatrica mi interessava e allora ho deciso di frequentare la scuola per infermieri. Sono stati tre anni durissimi, dove non avevo quasi il tempo di dormire; studiavo, andavo a lezione, facevo tirocinio. Ho dovuto rinunciare a molti altri progetti, ma è andata bene così. Non rimpiango nulla.

Quali sono le cose fondamentali che deve tenere in considerazione chi si vuole avvicinare a questa professione?

Sicuramente una buona formazione e l'interesse

per la professione. E quando dico formazione non mi riferisco solo a quella iniziale obbligatoria, ma anche a quella continua che si fa lavorando. È importante coltivare le proprie conoscenze, essere aggiornati, essere sempre pronti a imparare. Infine non bisogna dimenticare che questo è un lavoro a contatto con il disagio, con la sofferenza delle persone. Bisogna saper ascoltare e offrire un supporto che spesso va al di là della procedura medica. Bisogna mettere il paziente in condizione di potersi esprimere senza quella "cappa" di sovrastruttura che crea la patologia, che gli impedisce di instaurare rapporti, di comunicare.

A questo punto vado a riguardare la definizione di infermiera che avevo letto sul Dizionario della Lingua Italiana.

Infermiera: chi assiste il medico nella cura dei malati in ospedale o altri luoghi di cura; che assiste il malato con assiduità.

Ora sembra molto riduttiva come definizione. La testimonianza di Anna Padalino ha davvero dato un'anima a qualcosa che fino ad ora erano numeri e casi. Storie di persone, di sofferenze e di piccole vittorie quotidiane. A leggerla all'incontro questa intervista si dovrebbe intitolare "Una vita da infermiera (molto molto di più)".

Nicoletta Caminada con la collaborazione di: Rosana Motta

notizie in pillole a cura di S. Citterio, K. Cavenaghi

ORDINI E ALBI: a che punto siamo?

In parlamento ci sono questi disegni di legge: DDL Senato n. 573 G. Caforio, DDL Camera dei Deputati n. 4274 e Senato n. 2935 - Mentre il DDL 4274 approvato il 28 settembre dalla Camera è "volato" verso il Senato (DDL 2935), che il 18 ottobre ne ha immediatamente avviato la discussione in sede referente presso la XII Commissione Sanità, al contrario invece, quello delle Professioni sanitarie, il DDL 1142, resta tuttora impantanato al Senato. Peraltro, come è noto, era fallito il tentativo fatto alla Camera di aggregare a Medici, Odontoiatri e Veterinari anche le Professioni sanitarie, analogamente a quanto fatto invece per Biologi e Psicologi. Era stato infatti bocciato l'emendamento 6.32 di parlamentari del PD e UDC per "aggiungere le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnicosanitarie e della prevenzione, fermo restando il pieno rispetto dei criteri di liberalizzazione dell'accesso e dell'esercizio professionale e di omogeneizzazione della disciplina per tutte le professioni sanitarie". **Tornando alla seduta del 18 ottobre in Commissione Sanità del Senato, dopo l'intervento introduttivo del relatore Michele Saccomanno (PDL)** è intervenuto Lionello Cosentino (PD) che ha chiesto di prevedere apposite audizioni per chiarire alcuni punti critici fra cui l'art. 6, comma 2, lettera c, "visto che nella legislazione vigente sono stati sollevati dubbi sulla esistenza dell'obbligo di iscrizione all'ordine per il professionista pubblico dipendente". Il 19 ottobre il Presidente della Commissione, Antonio Tomassini (PDL), ha comunicato che le audizioni sono da richiedere entro il 25 ottobre. Lo stesso Tomassini ancora una volta conferma la necessità che si concluda positivamente l'iter legislativo. Intanto sulla necessità di chiudere l'iter anche per le altre professioni sanitarie è arrivata la dichiarazione a favore del Presidente dell'Ordine dei Medici FNOCEO, "non si tratta di istituire nuovi Ordini, ma di riconoscere quel 70% di professioni sanitarie strutturate in Collegi, che prevedono ormai un percorso di laurea professionalizzante, e che, inoltre, già applicano norme interne uguali a quelle ordinarie" e "dovremmo ricordare ai parlamentari che dopo aver approvato 17 nuove professioni sanitarie non possono pensare che queste rimangano allo sbando solo perché oggi la parola d'ordine è diventata "no ai nuovi ordini". Da registrare anche la conferma della posizione unitaria a favore da parte dei Sindacati Confederali nella tavola rotonda del 10 ottobre durante il XXI Congresso Fisioterapisti AIFI espressa da Daniela Volpato CISL, da Maria Vittoria Gobbo per la UIL e da Gianluca Mezzadri per la CGIL, che si era già espresso con la richiesta trasmessa il 15 settembre al Presidente e ai capi gruppo del Senato. Infine, da ieri è stata avviata anche una petizione popolare che sta raccogliendo ampi consensi e moltissime adesioni.

<http://www.petizionepubblica.it/?pi=P2011N15715>



ISCRIZIONI E CANCELLAZIONI DAL 21/07/2011 AL 11/10/2011

NUOVE ISCRIZIONI INFERMIERI

CORTJIO DE SOLORZANO MIRIAN LUZ	TANASA MARIA
HIDEG ECATERINA ILDIKO	VADAKKEKARA PHILIP JISHA PHILIP
HOXHAJ BELTONA	CALEAN OVIDIU ADRIAN
IVASCO ADRIANA	DOROT IOAN STELIAN
RADULESCU MARIANA	DOROT MARIUS

40

ISCRIZIONI PER TRASFERIMENTO DA ALTRI COLLEGI

CAPUTO ELISA	MANTI FIAMMETTA STEFANIA
CARTABIA CAROLA	MOMBELLI AGNESE CECILIA
DASSI VERONICA	PARONELLI CARLA
FORCOS MARIA MARGARETA	PETROVIC VLADAN
IBANISTEANU MARIA CRISTINA	PINEDO PEREZ JULIA PATRICIA
MAGGIO LEANDRO	STOEVA VANYA SLAVOVA

CANCELLAZIONI PER CESSATA ATTIVITÀ LAVORATIVA

BEDETTI VALENTINA	CIAPPA ANGELA MADDALENA
CASTRICA GABRIELE	COMINI ANITA SUOR PIERFAUSTA
CERVI ANGELO	

CANCELLAZIONI PER TRASFERIMENTO AD ALTRI COLLEGI

GERRACI ERNEST	MUKA JULIANT
LOCATELLI GIULIA	OLLDASHI ALIDA

CANCELLAZIONI PER DECESSO

BUZZI EDOARDO	RIVA SUOR ERCOLINA
---------------	--------------------

notizie in pillole a cura di S. Citterio, K. Cavenaghi

Sanità, il ticket si paga on line, basta code

Ottobre 2011 (Ln - Milano) Dopo la sperimentazione condotta negli ultimi dieci mesi dagli Istituti Clinici di Perfezionamento e dall'Azienda Ospedaliera di Treviglio (Bg), il servizio di pagamento on-line dei ticket sanitari si estende all'Asl di Lecco e alle Aziende Ospedaliere di Cremona, Lecco e Sondrio, oltre che al Sacco di Milano. A partire dai prossimi giorni, grazie all'attivazione di una nuova funzionalità della Carta Regionale dei Servizi, i ticket delle visite e delle prestazioni ambulatoriali prenotate in queste strutture potranno dunque essere pagati on-line, da casa o da qualunque postazione internet, tramite la Carta Regionale dei Servizi (CRS) e il lettore di smart card. Il sistema, chiamato 'PagoCRS', è uno strumento elettronico di facile utilizzo, veloce e sicuro. Si attiva con una semplice registrazione iniziale. Per accedere al servizio si può utilizzare il sito www.pagocrs.com o i link presenti sui siti delle diverse Aziende Ospedaliere o dell'Asl di Lecco.

Con la CRS è inoltre possibile controllare on line le esenzioni, evitando di andare in ASL. È necessario avere il PIN della CRS e un lettore di Smart Card per verificare autonomamente le esenzioni per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a cui si ha diritto attraverso il Servizio di Visualizzazione dei Dati Anagrafici e Esenzioni. Sul sito della CRS tutte le informazioni e il link al servizio

Sul sito del MIUR, è stato pubblicato il decreto 29 luglio 2011 prot. 336 sulla "Determinazione dei settori concorsuali, raggruppati in macrosettori concorsuali, di cui all'art. 15 legge 30 dicembre 2010,n.24", dove è previsto il mantenimento del SSD nell'ambito del macrosettore 06/M Sanità Pubblica (06/M3: SCIENZE INFERMIERISTICHE)



Data apertura evento
16 novembre 2011

MANOVRE DI DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE PER SOGGETTI IN ETÀ PEDIATRICA

14 dicembre 2011 - Sede Como Centro Card. Ferrari

Il programma dell'evento è già stato pubblicato sul n. 47 della rivista
Agorà ed è reperibile sul sito del Collegio **www.ipasvicomo.it**

41

Posti a disposizione
90 infermieri
10 assistenti sanitari

Costo:
€ 20,00 IPASVI Como
€ 40,00 iscritti ad
altri Collegi

Data apertura
evento:
16 novembre 2011 e
fino ad esaurimento
posti

ECM: in attesa

ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE DEMENTE

2 dicembre 2011 - Como Centro Cardinal Ferrari

*Relatori dott. Cosimo Prete, inf. Moira Maesani, inf. Giuseppina Miraglia
educatrice professionale: Beatrice Ricci, Inf. Enrico Ottavio Milani*

PROGRAMMA

8.30-9.00

- ▷ Registrazione partecipanti ed apertura dei lavori

9.00- 10.30

- ▷ Diagnosi e cura prima parte - *dott. Prete Cosimo*
- ▷ Aspetti epidemiologici legati all'invecchiamento e all'incidenza della demenza in Italia e nella Provincia di Como.
- ▷ Definizione di demenza
- ▷ I vari tipi di demenza

10.30-10.45 - pausa caffè

10.45-12.30

- ▷ Diagnosi e cura seconda parte - *dott. Prete Cosimo*
- ▷ Aspetti eziologici - clinici della demenza
- ▷ I disturbi del comportamento nel demente
- ▷ Considerazioni terapeutiche
- ▷ Aspetti sociali correlati alla demenza

12.30-13.30 - pausa pranzo

13.30-14.15

- ▷ La gestione del dolore nella persona affetta da demenza: presentazione di un'esperienza. Presentazione delle LG e dei dati rilevati in seguito all'applicazione delle stesse - *inf. Miraglia Giuseppina*

14.15-15.00

- ▷ Sicurezza della persona con demenza e ricorso alla contenzione: quale equilibrio? - *Inf. Maesani Moira*

15.00-16.00

- ▷ L'integrazione tra l'intervento sanitario e le metodologie non farmacologiche con anziani affetti da demenza in RSA e centri diurni Ricci Beatrice - *inf. Milano Enrico*

16.30-17.00 - dibattito

17.00-17.30

- ▷ Compilazione del questionario e chiusura dei lavori



MODALITÀ DI ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI

- ▷ telefonicamente 031/300218, una telefonata max due iscrizioni;
- ▷ presso la segreteria negli orari di apertura (da lunedì a venerdì 8.30/12.00 - 14.00/16.30)
- ▷ Inviare ENTRO 5 giorni dall'iscrizione telefonica il coupon allegato e fotocopia del versamento effettuato;
- ▷ le modalità di pagamento verranno comunicate al momento della prenotazione;
- ▷ LA QUOTA NON È RIMBORSABILE.

42

Collegio IPASVI Como Scheda di iscrizione per eventi formativi

Titolo evento..... Data

Cognome Nome

Indirizzo.....

Recapito telefonico.....

Data e luogo di nascita

Codice fiscale

Qualifica

Collegio di appartenenza

Sede di lavoro

N. tessera Data di iscrizione

L'iscrizione all'evento deve essere prenotata telefonicamente o personalmente presso la Segreteria.

Solo dopo avere avuto conferma della disponibilità di posti, inviare la scheda, **entro 5 giorni**, unitamente alla copia del versamento della quota di iscrizione all'evento, al n. **031/262538**.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, autorizzo in Collegio IPASVI di Como al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione dell'evento.

Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.

Data Firma



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

SCHEDA DI CANDIDATURA PER RINNOVO CARICHE TRIENNIO 2012/2014

Cognome Nome

Data e luogo di nascita

Iscritto al Collegio Ipasvi di Como dal al N°

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

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





La morfina, 1894,
olio su tela, museo Cau Ferrat, Sitges
Santiago Rusiñol

Il pittore e letterato spagnolo Santiago Rusiñol con potente naturalezza ne "La morfina" raffigura la mano della giovane donna artigliata al lenzuolo qualche istante prima che il farmaco iniettato produca il suo effetto calmante. Con notevole sensibilità il pittore delinea il profilo teso della donna e accende la scena con brillanti pennellate di colore, come se volesse alzare il velo dell'ottusità ed entrare così nell'intimo di quella solitudine. Solo all'arte però è concesso di denudare con sguardo impietoso le miserie dell'umanità senza renderla indegna. Ciò che vediamo infatti non è la verità di una condizione di vita emarginata, ma piuttosto il colore ora ardente, ora sordo, il tono misterioso di un'ombra, la luce velata su di un muro, la bellezza dell'interpretazione geniale dell'artista può dunque glorificare la miseria della carne.

*Tratto da "Curare e guarire. Occhio artistico e occhio clinico".
Giorgio Bordin Laura Polo D'Ambrosio*

