

# Parliamone

Anno 23 - N. 1 - Giugno 2013 - Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 2, comma 1, DCB Sondrio

Trimestrale di informazione settoriale - Autorizzazione Tribunale di Sondrio n° 218 del 19-2-1991 - Direttore Responsabile Ercole Andrea Piani  
Redazione: Via Aldo Moro, 38 - Sondrio - tel. 0342-218427 - fax 0342-517182 - E-mail: info@ipasviso.org - Stampa Lito Polaris (So)

In caso di mancato recapito restituire a:  
Centro Postale Operativo Sondrio

## LE CURE NEGATE O RINUNCIA ALLE CURE?

di Tonino Trinca Colonel

**L'**art. 47 del Codice deontologico dell'infermiere sancisce: "L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale".

Su Corriere della Sera.it, nel febbraio 2013, veniva segnalato che una famiglia su dieci a basso reddito o monoparentale o con malati cronici rinuncia alle cure mediche essenziali ovvero è costretta a ricorrere a prestiti per accedere a cure dentistiche, visite oculistiche od acquisto di farmaci.

Pochi giorni fa il Censis in un comunicato evidenzia che 2,4 milioni di anziani, 5 milioni di coppie con figli e 4 milioni di residenti nel sud Italia non ricorrono alle cure mediche; nello stesso comunicato rileva come negli ultimi dieci anni l'utenza ricorra sempre più, con un incremento del 25,5%, alla sanità privata. La crisi economica, la spending review, i piani di rientro hanno portato alla progressiva riduzione delle risorse destinate alla sanità pubblica con un crollo dei tassi di incremento della spesa media annua dedicata alla sanità pubblica passati dal 6% nel periodo 2000/2007 a meno del 2,3% nel periodo 2008/2012.

Infine, il decreto Balduzzi ha confermato il trend di riduzione dei posti letto per ricovero acuto (ospedaliero), stabilendo come parametro 3,7 posti letto ogni 1000 abitanti rispetto ai precedenti 4 posti letto, con un taglio complessivo di circa 18.000 posti letto ospedalieri in Italia.

La nostra rappresentanza professionale (Federazione Nazionale e Collegi Provinciali) che ancora oggi non gode di tutto il coinvolgimento che merita nelle sedi decisionali, sistematica-

mente sostiene valori imperativi di universalità, equità, solidarietà come base irrinunciabile del sistema salute.

Per rispettare i parametri di stabilità dettati dall'Eurozona, l'Italia, asfissata da un cronico ed incontrollato debito pubblico, si trova a dover fronteggiare rigorosi ed austeri piani di rientro. E' fin troppo evidente come gli ultimi governi (sia politici che tecnici), argomentando buone riorganizzazioni, nel nome del risparmio e della riduzione degli sprechi, rastrellano risorse con meri tagli lineari.

Il peso di questa linea di condotta grava principalmente sulle spalle del sistema di welfare e sul sistema salute, dove a fronte di un diritto alla salute fondamentale dell'individuo e della collettività solennemente sancito dal art. 32 della Costituzione Italiana si assiste ad una progressiva contrazione di quanto riconosciuto.

Nonostante il contemporaneo ed ulteriore aumento delle richieste di compartecipazione economica a carico dell'utente (ticket), i LEA - Livelli Essenziali di Assistenza - in ogni Piano Sanitario Nazionale subiscono inesorabili ridimensionamenti. L'utente con basso reddito, già pressato dalla crisi, di fronte all'aumento dei prezzi di beni di consumo, della precarietà, del blocco dei rinnovi dei contratti di lavoro, della disoccupazione ecc. si trova a dover rinunciare ad una serie di beni e servizi che vanno da quelli voluttuari (viaggi e vacanze) sino ad arrivare ai beni necessari ed alle cure.

L'ampia autonomia riconosciuta alle Regioni in campo sanitario ha generato situazioni di disparità qualitativa circa le risposte offerte agli utenti, originando flussi migratori dalle Regioni con precaria proposta sanitaria verso quelle considerate d'eccellenza. Ed all'interno dei territori regionali

CONTINUA A PAGINA 2 ►

## La realtà sa di pane

di Ercole Piani



**N**ell'ultima riunione di redazione, pensando a questo numero di Parliamone, ci si è intrattenuti molto sui disagi di questa società e sul valore del nostro lavoro; da qui nasce l'idea di proporre temi che possano farci riflettere e che alcuni di noi porteranno come contributo perché crediamo che una professione come la nostra può valorizzarsi sempre più se sa schierarsi in sostegno di quelle realtà così profondamente umane e che troppo spesso le riteniamo ingiustamente marginali. Per quanto mi riguarda userò, per questo contributo, il titolo di un libro di Luigi Verdi, che una collega mi ha donato e che a me è servito molto, non solo come titolo di queste riflessioni.

E' ricorrente ormai sentir dire "questo mondo fa paura, vorrei non dover sentire più nulla" e via dicendo. Vivere in un mondo così tecnologicamente evoluto porta con se, per quanto concerne l'informazione, l'immediatezza della notizia, la visione di immagini spesso cruenta, il continuo e martellante ripetersi delle notizie a maggior ragione se queste scuotono l'opinione pubblica. Da qui nasce il problema; l'informazione e la conoscenza di cosa avviene entro e oltre i confini del nostro contesto civile e culturale è importante perché ci fa sentire "globalizzati"; ma perché l'informazione è ormai quasi esclusivamente catalizzata dalle notizie cruento siano esse di cronaca nera, di attualità o cronaca politica deviata? Perché questo silenzio sui veri problemi della nostra società o sulle affasci-

**"Non sono le cose  
in se stesse  
a preoccuparci,  
ma le opinioni  
che ci facciamo di esse"**

(Epiteto del 1° secolo D.C.)

nanti storie di profonda umanità che spesso accompagna l'esistenza di tanti nostri concittadini che, molto probabilmente, se valorizzate ci farebbero vivere meglio?

A lungo andare tutto questo ha fatto emergere un altro grave silenzio sui problemi più pressanti della nostra società e utilizzando il pensiero di un grande sociologo quale Vinicio Albanesi vi riporto il suo pensiero "A questa drammatizzazione dei bisogni sociali, la coscienza collettiva si è difesa con il silenzio, di cui quello dei media è conseguenza e non causa. Mai più sentito parlare - eccetto rare occasioni - di poveri e le nuove fasce povere, badanti, precari, tossicodipendenti, minori a rischio, stranieri, handicappati, malati psichiatrici, carcerati, eccettuati i fatti di cronaca nera. Il silenzio è stato un antidoto efficacissimo per la coscienza collettiva che ha rimosso ogni notizia di disagio. Nemmeno "il problema" degli anziani, che pure interessa numerose famiglie, è emerso nella sua complessità. Sembra che le povertà esistenti siano diventate tutte "vergognose", imputabili alle incapacità (colpevoli) personali e familiari e quindi da nascondere. "Chi ha problemi se li tenga e si arrangi", sembra aver detto la coscienza collettiva".

A questo silenzio grave e peccami-

noso si è perfettamente adeguato il governo. Scomparso ogni dibattito, ogni partecipazione, ogni progetto, ogni piano, ogni investimento. Il braccio di ferro tra Stato e Regioni è consistito nel sapere se e quanto il cosiddetto fondo sociale andava risicato o confermato.

Allora già a questo punto penso si possono condividere alcune soluzioni: l'informazione "nuda e cruda" come tale non va accettata, grave errore arrivare a delle conclusioni affrettate, per capire devo informarmi, cercare la verità; così come un grande giornalista quale Enzo Biagi ci ha suggerito e spiegava: "ad un collega darei solo un consiglio, quello di cercare la possibile verità". Ci ha provato dirigendo Epoca e il Telegiornale della Rai di Ettore Bernabei. Si è mostrato un italiano in tutto e per tutto, anche nel suo rapporto con il dolore e l'aldilà.

CONTINUA A PAGINA 2 ►

### All'interno

Aggressività in RSA	Pag. 3
Violenza alle donne	Pag. 4
Elettrocardiogramma	Pag. 7
La relazione del tesoriere	Pag. 8
La paura della morte	Pag. 10
Pianeta anziani	Pag. 12
Alomar	Pag. 13
Gestione del bambino autistico	Pag. 14
Don Gallo, se non ora adesso	Pag. 15
Appuntamento con Aido al Gavia	Pag. 16

► Continua dalla prima pagina

## Le cure negate o rinuncia alle cure?

*riconosciuti come titolari di risposte sanitarie d'eccezione peraltro, le stesse situazioni si ripresentano, con migrazioni dai territori provinciali decentrati con fiacco investimento economico sanitario verso le zone e province metropolitane più "ricche".*

*In questo scenario l'attività, il lavoro, l'impegno professionale profuso ogni giorno dagli infermieri rappresenta un faticoso argine alle difficoltà ed ai limiti mostrati dalla sanità pubblica. È, tuttavia, evidente come il perdurare di orientamenti rigidi, espressi anche con il blocco del turnover, l'innalzamento dell'età pensionabile, con il conseguente aumento delle limitazioni fisiche, portino all'inevitabile invecchiamento della popolazione infermieristica, generando evidenti difficoltà nel garantire i dovuti standard qualitativi del prendersi cura dell'utente. Nel manifesto diffuso presso la collettività in occasione della giornata dell'infermiere, la FNC e i Collegi interpretano la salute come un diritto di civiltà.*

*E' di tutta evidenza che la carenza di infermieri sviluppa cali qualitativi con:*

- *aumento delle difficoltà oggettive del mantenimento dei parametri contenuti nei LEA;*
- *impedimenti al corretto raggiungimento della deospedalizzazione a favore di uno sviluppo dell'assistenza territoriale, soprattutto a carico delle patologie cronico degenerative che oggi sono in costante aumento;*
- *conseguente impossibilità di potenziare l'assistenza infermieristica domiciliare e le cure primarie;*
- *problematiche gravi per l'attivazione delle strutture socio sanitarie territoriali intermedie.*

*Un corretto rapporto di infermieri occupati nel sistema salute concorrerebbe a rendere lo stesso maggiormente sostenibile, efficace ed efficiente, modellandolo a "misura" delle nuove esigenze del cittadino.*

**Tonino Trinca Colonel**

► Continua dalla prima pagina



## La realtà sa di pane

Nell'ultimo periodo ci hanno "rimpiombato la testa" di notizie legate ad episodi di grave violenza ad opera di immigrati, ma se la notizia resta questa e tralascia tutto il "sommerso" quale l'opportunità di aprire gli occhi al mondo, la forza lavoro regolare che rimpingua le casse dello Stato, il grave sfruttamento che spesso vede vittime gli extracomunitari etc. etc.

Ma quali vere violenze, a volte subdole, che coinvolgono le donne vittime di uomini che vogliono dominare le proprie compagne ritenendo di amarle, sono nascoste o ancor peggio sottovalutate anche da chi ne viene a conoscenza, rendendo ancor più cruda questa violenza? Per meglio comprendere questo dramma vi rimando all'analisi approfondita all'interno di questa edizione di "Parliamone".

La legalità, richiamando ancora Don Vinicio - e veniamo al dunque - esige parità di diritti e di doveri. Per esigere legalità occorre dare legalità. Senza giri in Italia e in Europa la legge non è uguale per tutti come si dichiara. Quale donna italiana lavora 24 ore al giorno, per sei giorni, per un migliaio di euro al mese? Nessuna: in Italia ne abbiamo una milionata. Quale operaio generico italiano lavora nell'edilizia o nell'agricoltura per tre o quattro euro all'ora? Nessuno e ne abbiamo qualche centinaio di migliaia. Perché si permette che delle minorenni straniere si prostituiscono senza che il cliente subisca alcuna conseguenza penale? Perché i Comuni tollerano che si affittino case fatiscenti, in nero, a prezzi esorbitanti? La lista potrebbe allungarsi. La conclusione è chiara: solo offrendo legalità si può esigere legalità. A me sembra che destra e sinistra si stiano accartocciando al "centro" dove regna un antico adagio: sii esigente con gli schiavi, perché tu appartieni a un popolo nobile, garante di giustizia". E ancora per tornare alla domanda posta all'inizio, la realtà sa di pane

e per non aver paura di questi fenomeni o ancor peggio per evitare che altri corrano il rischio di diventare razzisti, dobbiamo cercare la verità.

Ma se non vogliamo nascondereci "dietro" i problemi lontani dalla nostra realtà che, in parte, possono garantirci nel non impegno guardiamo alla realtà che ci circonda e cerchiamo di rendere ciò che è ancora invisibile visibile. Affrontiamo per primo il mondo dei disabili (personalmente preferisco ancora chiamarli così) Li hanno chiamati "cittadini invisibili": non appaiono perché sono marginali e non sono loro garantiti "tutti" i diritti. Sono molto numerosi in Italia, oltre due milioni e mezzo di persone; di questi, numerosissimi sono anziani. Ogni anno nascono in famiglia 2.000 bambini disabili. Quando ho voluto conoscere a fondo il mondo dei disabili ha dato la mia disponibilità e ho diretto per un anno il CRH (Centro Residenziale Handicap) della Cooperativa San Michele, quando lo stesso è stato trasferito da Sondrio a Tirano. E' stata la mia storia professionale più coinvolgente, conoscere questo mondo nascosto è stato per me entusiasmante, quali bellissime storie umane ho potuto incontrare. Eppure quante volte ho dovuto "educare" altri a voler vedere oltre. Quando in una civilissima città della nostra provincia non è stato riconosciuto un figlio perché Down ho pensato a quante tenerezze quei genitori hanno rinunciato.

Andiamo ancora oltre Cristina, suora e Down consacrata a Sondrio: la sfida della fiducia. Questa notizia dice che è possibile valorizzare la dignità di una creatura nonostante i limiti che la sindrome di Down comporta.

E' una data storica perché la storia di Cristina contribuisce a riportare uguaglianza nonostante i limiti fisici. Chi frequenta i questi ragazzi conosce bene la loro affettività, costanza, affidabilità: hanno però bisogno di presenza, riferimenti, affetto.

Con linguaggio sofisticato si può dire che sono "fragili": un po' creature, un po' adulti. Che la sfida della fiducia sia stata accolta in ambito religioso è un segnale molto, molto positivo.

Altra realtà che non si vuole vedere o che fa paura è il mondo del disagio mentale.

Anche qui è importante conoscere prima di giudicare; chi ha conosciuto, perché ha voluto, questo mondo ha incontrato persone molto speciali perché senza tanti veli o filtri sanno "tirare avanti"; anche questa realtà molto presente nel nostro territorio ora trova per fortuna una migliore accoglienza. Credo che nella nostra Provincia, salvo le solite eccezioni, ora il mondo del disagio mentale non faccia più paura, ma appena fuori questi confini il problema è serio troppo spesso le agenzie informative parlano di violenze ad opera di malati psichici - tutto questo è falso, la verità è un'altra ma, come sempre, è più facile colpevolizzare chi non si difende che affrontare il problema.

Ancora per rimanere in tema delle nostre paure parliamo del mondo delle dipendenze dove, l'espressione più marginale la troviamo nelle Comunità di accoglienza. Alcuni episodi di aggressione o furto hanno criminalizzato tutti i ragazzi in terapia ultimi tra gli ultimi.

Chi vuole vedere oltre trova se stesso e le sue fragilità e riconosce in questi giovani il risultato del disimpegno, dell'abbandono, della sfiducia della marginalità. Mi hanno colpito le storie di alcuni ragazzi che in queste comunità sono morti, mi ha colpito il loro morire ancora soli.

Ancora, per rimanere "dentro le mura delle nostre città" guardiamo oltre nel mondo degli anziani e dei malati che noi infermieri conosciamo molto bene; non frequentandoli perdiamo le cose più autentiche della vita; non sono persone fragili, sono persone autentiche che, molto

spesso, grazie alla malattia, o forse ancor più alla dipendenza per le funzioni di base dell'esistenza, scoprono il vero senso della vita e se si sentono accolti ce lo trasferiscono. Per non parlare del vissuto di tanti giovani che ricercano in noi adulti riferimento, fiducia, guida. Cercare la verità soprattutto tra "le pieghe del disagio" fa emergere il prezioso significato del vivere. Ma perché ancora in questo ambito 35.000 minori attendono in Italia accoglienza? Perché tanti sono pronti ad adottare un minore, magari piccolo e sano, mentre sono rare ed eccezionali le disponibilità da accogliere minori in affido temporaneo - in attesa che la propria famiglia si ricomponga o risolva quei problemi che non permettono ai genitori presenza educativa? Altra risposta potrebbe essere che anche l'egoismo nel quale più o meno coscientemente tanti vivono porta con sé solitudine e paura. Infine per non tediare ancora utilizzo per le conclusioni il pensiero del Cardinal Martini "Bisogna partire dalle cose belle che abbiamo e ampliarle. L'elenco delle cose che mancano è senza fine"

Ma se ancora può essere utile dobbiamo tornare a noi infermieri - alla ricchezza di una professione che ci permette di essere vicini agli altri, di conoscere le reali richieste di aiuto, senza dimenticare che l'assistenza infermieristica, della quale siamo gli unici responsabili, prevede innanzitutto accoglienza, vicinanza, empatia, solidarietà e disponibilità. Se il nostro agire passa attraverso queste "attenzioni" sapremo sicuramente ridurre non solo quella sofferenza che accompagna le patologie ma potremo permettere ai nostri assistiti di non essere soli e, soprattutto attraverso noi, di ritrovare la voglia di continuare il cammino. Quello stesso cammino che ci permetterà, grazie all'essere infermieri autentici, di vivere " questa realtà che sa di pane" .

**Ercole Piani**

# Valutazione dell'aggressività in RSA

di Roberta Cecini\*

L'aggressività è un fenomeno complesso legato al manifestarsi della violenza fra gli esseri umani. Le dinamiche psichiche e biologiche che conducono ai conflitti violenti e il loro legame con gli istinti primari sono questioni che da secoli gli studiosi tentano di analizzare e definire.

Nella valutazione e gestione del paziente violento, il personale sanitario deve avere consapevolezza del fatto che potrebbe essere chiamato a rispondere del proprio operato nei confronti di principi deontologici e medico-legali. A tutela di ogni operatore è utile che anche le decisioni operative riguardanti la gestione del

paziente aggressivo siano obiettivamente giustificabili, espresse in modo collegiale e documentate per iscritto. Ciò diluisce le responsabilità non solo in termini etici, ma soprattutto in caso di procedimenti civili e penali.

Per questi motivi è necessaria la regolamentazione degli interventi sulla base di dati non discrezionali e documentati. A questo scopo ci vengono in aiuto le scale di valutazione, più specificatamente la OVERT AGGRESSION SCALE - OAS (Yudofsky, 1986). Si tratta di un valido strumento descrittivo delle modalità di espressione dell'aggressività ed è basata sull'osservazione

del soggetto e la compilazione di una scala articolata in quattro sezioni: aggressività verbale, aggressività fisica verso gli oggetti, aggressività fisica autodiretta e aggressività fisica eterodiretta. Una modifica del 1988 ha introdotto quattro livelli di intensità per ciascuna sezione, arricchendo la valutazione di importanti informazioni. E' lo strumento ideale per indagare e valutare il comportamento nei soggetti istituzionalizzati ed è per questo che è stato scelto per la realizzazione del nostro progetto. Nelle RSA i pazienti con disturbi comportamentali sono molto rappresentativi: le patologie di base di cui sono affetti, come la demenza o la malattia psichiatrica, e la non facile accettazione della nuova condizione sociale dovuta all'inserimento in struttura, determinano spesso la comparsa di aggressività. La vita istituzionalizzata è altamente regolata e restrittiva e questo può essere motivo di frustrazione per queste persone che faticano a conformarsi alle nuove abitudini. Inoltre sappiamo che spesso gli interventi degli operatori sono vissuti dai pazienti come una violenza o una minaccia e le reazioni sono spesso di difesa. Il progetto realizzato vuole regolamentare l'osservazione di queste persone per fornire al medico dati precisi e non discrezionali, utilizzabili al fine di programmare interventi opportuni, quali la contenzione



nelle sue varie forme. A riguardo va detto che gli operatori sanitari sono portatori di garanzia nei confronti dei pazienti e che questo li pone di fronte al dovere giuridico di provvedere alla loro tutela contro qualsiasi pericolo che ne minaccia l'integrità. La contenzione, sia essa realizzata con mezzi fisici, chimici o ambientali, è un atto sanitario-assistenziale che limita la libertà dell'individuo e attualmente nessuna disposizione di legge ne autorizza l'uso, ma il tramite per cui tale metodo si applica è lo stato di necessità.

E' proprio di fronte a soggetti con disturbi comportamentali e aggressività che spesso si verifica lo stato di necessità che determina l'uso di tali mezzi. La prescrizione è competenza medica e in essa devono essere esplicitati il motivo della prescrizione, il tipo di strumento adottato, i tempi di applicazione, il controllo e la revisione. L'utilizzo improprio può portare alla configurazione di reati, quali sequestro di persona, violenza privata, maltrattamenti, abuso di mezzi di protezione. Va altresì detto che il personale sanitario potrebbe essere accusa-

to di condotta omissiva qualora il mancato ricorso alla contenzione causi danni al paziente: l'art.40 del Codice Penale stabilisce infatti che "non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire, equivale a cagionarlo".

In conclusione, la persona con disturbi comportamentali è sempre un soggetto impegnativo che mette a dura prova l'intera équipe dal punto di vista fisico e psicologico. La consapevolezza che l'aggressività sia un disturbo al pari del dolore, che va quindi valutato e adeguatamente trattato, motiva l'operatore nella propria attività assistenziale e conferisce un senso di utilità ai propri gesti. Questo vale anche per la compilazione della scala OAS che valuta gli aspetti osservabili di un episodio di aggressività nella consapevolezza che questo può servire alla pianificazione di adeguati interventi medici e assistenziali che hanno come obiettivo fondamentale la sicurezza del paziente e degli operatori, nel pieno rispetto della dignità umana.

\*Infermiera RSA Bellavista Sondalo



RSA BELLAVISTA-COMUNE DI SONDALO

**SCALA O.A.S.**  
(OVERT AGGRESSION SCALE - SCALA DI PALESE AGGRESSIVITA')

1° GRADO	2° GRADO	3° GRADO	4° GRADO
AGGRESSIVITA' VERBALE	AGGRESSIVITA' FISICA VERSO GLI OGGETTI	AGGRESSIVITA' FISICA VERSO DI SE'	AGGRESSIVITA' FISICA VERSO GLI ALTRI
Livelli di intensità: 1) rumoreggia, grida 2) urla insulti rivolti agli altri 3) impreca con cattiveria, usa un linguaggio osceno 4) minaccia di violenza agli altri o verso se stesso	Livelli di intensità: 1) sbatte le porte, sparpaglia gli abiti, mette in disordine 2) fa cadere oggetti, prende a calci mobili 3) rompe oggetti, infrange finestre 4) incendia, lancia oggetti pericolosi	Livelli di intensità: 1) si graffia, si ferisce 2) sbatte la testa, prende a pugni gli oggetti, si lancia sul pavimento 3) si procura piccoli tagli, contusioni, scottature minori 4) si procura automutilazioni, tagli profondi, morsi che sanguinano, fratture	Livelli di intensità: 1) compie gesti minacciosi, gira attorno alle persone, afferra gli abiti di chi ha di fronte, sputa 2) colpisce, prende a calci, spinge 3) attacca causando danni fisici moderati (distorsioni, contusioni) 4) attacca causando danni fisici gravi (fratture, lacerazioni, danni agli organi interni)

RSA BELLAVISTA-COMUNE DI SONDALO

PROGETTO: "Disturbi comportamentali in utenti di RSA monitorati con la scala OAS"

DURATA PREVISTA: dal 1° giugno al 1° agosto 2013

CAPO PROGETTO: Roberta Cecini

OBBIETTIVO: monitorare gli episodi di aggressività negli ospiti che presentano disturbi comportamentali.

SVILUPPO: vengono monitorati n° 3 pazienti con storia nota di demenza e disturbi comportamentali, avvalendosi della scala OAS aggiornata quotidianamente per un periodo di 2 mesi consecutivi.

OPERATORI COINVOLTI	ATTIVITA'
INFERMIERE	osservazione dell'ospite, compilazione della OAS
MEDICO	consultazione quotidiana delle OAS e intervento e/o prescrizione farmacologica se opportuno
ASA	segnalazione degli episodi di aggressività

COMPILAZIONE DELLA TABELLA DI MONITORAGGIO: la tabella si presenta come un calendario in cui la giornata è suddivisa in MATTINO (6.30/13.30), POMERIGGIO (13.30/20.30) e NOTTE (20.30/6.30). Per ogni fascia oraria c'è lo spazio per la segnalazione di massimo 4 episodi di aggressività. In ciascuna di queste caselle va inserita la valutazione dell'episodio di aggressività in base alla scala OAS (es. l'ospite oppositivo che insulta con rabbia l'operatore avrà una valutazione così espressa: 1°/3, cioè aggressività di 1° grado/livello 3; l'ospite che colpisce l'operatore procurandogli dei segni visibili sulla cute avrà una valutazione di 4°/3)

VALUTAZIONE DEI RISULTATI:

---



---



---



---

SCOPO: avere consapevolezza degli ospiti problematici dal punto di vista comportamentale. Si pone un limite oltre il quale si rende necessario l'intervento farmacologico per l'instaurarsi di un rischio reale per l'ospite e per gli operatori. Tale limite è flessibile, secondo valutazione medica.

RSA BELLAVISTA-COMUNE DI SONDALO

TABELLA DI MONITORAGGIO

OSPITE: \_\_\_\_\_ MESE DI: \_\_\_\_\_

	MATTINA (06:30-13:30)				POMERIGGIO (13:30-20:30)				NOTTE (20:30-06:30)			
	1° episodio	2° episodio	3° episodio	4° episodio	1° episodio	2° episodio	3° episodio	4° episodio	1° episodio	2° episodio	3° episodio	4° episodio
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

Esempio di compilazione:

	MATTINA (06:30-13:30)				POMERIGGIO (13:30-20:30)				NOTTE (20:30-06:30)			
	1° episodio	2° episodio	3° episodio	4° episodio	1° episodio	2° episodio	3° episodio	4° episodio	1° episodio	2° episodio	3° episodio	4° episodio
1	4°/3											

Interpretazione: ospite che manifesta aggressività fisica verso gli altri (4° grado), causando danni fisici modesti come graffi o piccoli ematomi (livello 3).



# La violenza sulle donne è troppo spesso inascoltata e può diventare tragicamente femminicidio

a cura di Gloria Ciapponi\*



In Italia, una donna ogni due giorni viene uccisa dall'uomo che diceva di amarla. E se la situazione sembra quindi peggiorare per quanto riguarda la coppia, ciò che rimane costante è la violenza in generale esercitata dagli uomini sulle donne.

La storia di Michela Fioretti, infermiera di 41 anni, riportata sulle pagine della cronaca nera delle principali testate nazionali, è l'ennesimo dramma che dovrebbe far



riflettere la nostra società su questo fenomeno pericolosamente in crescita. Michela lavorava all'Ospedale Grassi di Ostia, nel reparto di Emodialisi che ora avrà per sempre il suo nome. Era apprezzata da tutti per la sua dedizione al lavoro, per la sua assiduità e pazienza, nonostante fosse costretta ad una vita d'inferno fuori dalle mura della struttura sanitaria, stando alle dichiarazioni di amiche e colleghe, proprio in riferimento alle persecuzioni da parte del marito a cui era continuamente sottoposta. La sua storia familiare è costellata di denunce per maltrattamenti e segnata da una causa di divorzio in corso. Michela aveva avuto due figlie dal matrimonio, di 6 e 10 anni, oggi orfane a chiedersi quale società civile possa aver permesso che ciò accadesse nonostante le ripetute denunce da parte della donna: ogni attore di questa macabra vicenda è in qualche modo colpevole di non aver capito per tempo il suo dramma familiare e di aver snobbato le sue reiterate richieste di aiuto.

Purtroppo però quello di Michela è restato e resta un grido inascoltato come quello di tante donne: questa lettera anonima ci è pervenuta in questi giorni ed è stata scritta da una collega della nostra provincia di Sondrio che riporta riflessioni che fanno pensare.

*“L'altra sera ho letto la nota su Michela Fioretti e non ho potuto trattenere le lacrime. Non ce l'ho fatta, mi sono messa a piangere.*

Michela aveva la mia età, faceva l'infermiera come me e svolgeva il proprio lavoro con dedizione e grande umanità, quella stessa umanità che in famiglia le mancava.

Michela aveva scelto un uomo sicuramente credendo di amarlo e credendo di essere amata, ma col tempo aveva scoperto di essere amata di un amore egoistico e possessivo, un amore che vuole tutto per sé e non è in grado di amare e di donarsi.

Ma quante donne vengono amate in questo modo? Quante donne vivono situazioni simili e non hanno il coraggio di uscirne per paura di avere conseguenze peggiori? Quante donne hanno lanciato un grido d'aiuto che non sempre è stato accolto o a volte è stato addirittura soffocato?

Michela aveva avuto il coraggio di andarsene e ha pagato con la vita la sua scelta.

A volte ci sono situazioni che non sono così eclatanti... A volte non ci sono violenze fisiche, ma pressioni psicologiche che a lungo andare logorano.

A volte il modo egoistico di amare dell'altro sta proprio nel volere che la persona sposata si metta a propria disposizione per il proprio benessere, a proprio piacimento...

A volte ci sono persone che sono consapevoli di dominarti, a volte ci sono persone che non sono in grado di amare perché si portano dentro chissà quali ferite che non hanno saputo curare....

A volte in famiglia si instaurano delle situazioni subdole e dei meccanismi che al momento non pesano, ma che col passare degli anni diventano come uno stillicidio, ti risucchiano le energie piano piano lasciandoti senza forze e come uno straccetto incapace di pensare e di agire.

E la cosa peggiore è che chi ti sta intorno non capisce... non vede, e in genere sono sempre le persone più vicine che non vedono o che non vogliono vedere...

E comunque per quanto si possa fare, certe situazioni penose si portano dietro per tutta la vita, anche quando si trova il coraggio di andarsene e di combattere e, molto spesso, le donne che scelgono di andarsene di casa perché non ce la fanno più a sopportare certe situazioni vengono additate come egoiste e fanno la figura delle cattive che abbandonano mariti e, a volte figli, peggiorando così la loro situazione. Ma ricordiamoci che a volte sono donne che si portano dentro il loro fardello e che hanno già pagato abbastanza nella loro vita, a volte sono donne che andrebbero sostenute e rinfrancate nella loro scelta,

sono donne che hanno bisogno di essere amate e non additate”.

Oggi sono troppe le donne a cui è stata tolta la vita perché hanno cercato di lasciare il partner o perché hanno detto no alle violenze, ai soprusi, al tradimento, piuttosto che a una vita da recluse. Secondo l'Istat infatti una donna su tre, tra i 16 e i 70 anni è stata colpita, nell'arco della propria vita, dall'aggressività di un uomo, e nel 63% dei casi alla violenza hanno assistito i figli. Le donne più colpite sono quelle comprese nella fascia 16-24 anni. E la situazione è così drammatica che alcune associazioni parlano di cifre più alte, dando la sensazione che sia difficile tenere il conto, tanti sono i casi.

La maggior parte delle violenze subite dalle donne non viene denunciata, in un contesto caratterizzato da una società patriarcale: la violenza domestica, inoltre, non sempre viene percepita come reato. I fattori che contribuiscono al muro di silenzio e di invisibilità che circonda questo tema sono soprattutto un quadro giuridico frammentario e l'inadeguatezza delle indagini, delle sanzioni e del risarcimento alle donne vittime di violenza.

Oggi esiste una risposta importante in Valtellina: l'associazione “Tua e le altre” è operativa dal novembre del 2009 con lo scopo di dare una risposta concreta alla sofferenza e alle richieste di aiuto delle donne maltrattate.

Tutti gli operatori dell'associazione si contraddistinguono per la loro preparazione e per la qualità e il livello che la loro capacità di risposta e di intervento sanno esprimere.

“Tua e le altre” ha infatti una forte

vocazione all'azione sinergica: ha una grande capacità di lavorare in squadra, riuscendo a coordinare nel modo più efficiente l'azione dei professionisti più diversi: criminologi, avvocati, psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, assistenti sociali, forze dell'ordine e servizi pubblici in generale.

E quanto sia imprescindibile la capacità di fare da collante tra le diverse figure che intervengono in un ambito così delicato ce lo spiega chiaramente la Presidente dell'associazione, Beatrice Barbeta: *“Quando una donna subisce maltrattamenti importanti, che vanno dalla violenza psicologica, a quella verbale, a quella economica, e che possono sfociare nella violenza fisica, oppure sessuale o addirittura in un omicidio, è fondamentale che tutte le azioni finalizzate al recupero personale, psicologico, antropologico e sociale di questa persona, ed, eventualmente, dell'intero nucleo familiare, siano ben coordinate e svolte nella maniera più approfondita e attenta”.*

In primo luogo, quindi, l'associazione offre la propria competenza per tutto il lavoro di ascolto, accoglienza analisi e approfondimento e poi per far nascere un vero e proprio processo virtuoso e interattivo tra tutte le figure coinvolte nel processo *“e non insisteremo mai abbastanza sull'importanza di un approccio con competenze specifiche, ma sinergico, dato che ci troviamo di fronte ad un problema estremamente serio, drammatico e purtroppo, spesso sottovalutato, quando non addirittura negato”*, continua Beatrice.

Per far fronte a questa autentica piaga, che da anni emerge anche a livello

nazionale in tutta la sua gravità, con numeri sempre più agghiaccianti, è indispensabile che tutti gli operatori sappiano integrare le loro competenze e le loro azioni nel modo più efficiente.

“Tua e le altre” è parte della rete Regionale dei centri anti violenza e costituisce, solitamente, la prima linea di questa vera e propria guerra di trincea. Di solito una prima richiesta di aiuto arriva con una telefonata, a cui l'operatore deve saper fornire ascolto, risposte rassicuranti, e grande capacità di cogliere immediatamente gli elementi che formano il quadro della situazione. Infatti è davvero importante che chi si decide a chiedere aiuto abbia la certezza, fin dal primo istante, di non essere giudicata, di vedere riconosciuto il diritto di esprimere la propria sofferenza e di chiedere aiuto, di non essere da sola, e di avere una vera opportunità di cambiare la propria vita.

Il modus operandi di “Tua e le altre” rispetta scrupolosamente tutti i protocolli già approvati e consigliati dalla rete regionale dei centri anti violenza e applica tutte le procedure specifiche – già individuate come ottimali – e più opportune a seconda delle situazioni specifiche, senza però mai dimenticare che ogni caso è una storia a sé.

Le varie fasi di questi interventi, che – lo sottolineiamo ancor una volta – sono sempre svolti in collaborazione e sinergia con tutti gli “attori” istituzionali previsti, prevedono che, dopo l'accoglienza e i vari colloqui con la donna maltrattata, la raccolta di tutti i dati fondamentali, si proceda ad una analisi approfondita di tutte le dinamiche che hanno determinato la

## Presentazione

L'Associazione di volontariato "Tua e le altre" nasce nel 2008 per affrontare il problema della violenza sulle donne, fare gradualmente emergere il fenomeno ancora sommerso e, nello stesso tempo, contrastarlo con risorse adeguate.

L'Associazione si compone di un'équipe caratterizzata da diverse figure professionali: operatrici volontarie formate presso la CADMI di Milano (casa donne maltrattate), assistenti sociali, psicologi, avvocati, educatori professionali, tecnici dei servizi sociali, a.s.a. operatore shiatzu.

"Tua e le altre" è un'Associazione iscritta all'albo regionale delle associazioni, dei movimenti e delle organizzazioni femminili, all'albo delle associazioni di volontariato regionale e all'albo della Provincia di Sondrio, oltre che all'albo della Prefettura; fa parte e collabora con la rete dei centri antiviolenza della Lombardia.

Si presenta come:

- Centro d'accoglienza (di primo e di secondo livello) e di pronto intervento per donne, sole o con minori, che necessitano di un luogo dove appoggiarsi temporaneamente ("Casa delle rose")
- Centro di ascolto mediante il Centralino Antiviolenza e colloqui individuali (tel. 0342 660216). Questo servizio è aperto il lunedì e il martedì dalle ore 10.00 alle ore 14.00.

Si caratterizza per essere un primo ed immediato strumento di contatto per tutte le donne che cercano ascolto, orientamento, aiuto o desiderano semplicemente avere informazioni sul fenomeno della violenza contro le donne e sui vari servizi presenti sul territorio. Il primo colloquio telefonico apre la strada per successivi colloqui "filtro" con la donna, che saranno effettuati presso la sede dell'Associazione, durante i quali figure professionali ed esperte valuteranno con la donna le diverse strade attraverso le quali affrontare la violenza subita.

Questi colloqui (definiti "filtri") hanno la precisa finalità di raccogliere il maggior numero di informazioni possibili sulla donna e la sua situazione: questo per poter effettuare un' "analisi del rischio" e una rilevazione delle sue reali esigenze e bisogni.

In base alle motivazioni ed alle condizioni psicologiche della donna vengono fornite le informazioni su ciò che l'Associazione può offrire:

- Sostegno psicologico
- Consulenza legale
- Terapia di gruppo
- Accompagnamento ai servizi del territorio (Servizi sanitari, Servizi sociali, Forze dell'ordine, Tribunale, ecc.)
- Sedute di massaggio Shiatzu e sedute di rilassamento
- Protezione ed allontanamento dalla figura maltrattante attraverso la temporanea residenza in struttura.

Per ogni donna che si rivolge all'Associazione viene steso un vero e proprio progetto personalizzato per fornire alla donna tutti gli strumenti necessari per uscire dal vortice del maltrattamento.

Ad oggi le donne che hanno contattato almeno una volta l'Associazione sono state più di 150, residenti in provincia e non. Più di 100 donne hanno proseguito con colloqui e consulenze gratuite da parte di volontari esperti dell'Associazione e 9 hanno trascorso un certo periodo di tempo presso la struttura residenziale (Casa delle rose), seguendo un progetto individuale e personalizzato.

Di queste nove, cinque sono state inserite presso la struttura con i propri figli su richiesta delle Questure e/o della Procura e/o del Servizio Sociale.

Casa delle Rose è una struttura molto imponente ma allo stesso tempo molto riservata dotata di sistema d'allarme e di telecamere esterne attive 24h su 24. Grandi spazi esterni con dei giardini a terrazzo ed un grande piazzale, internamente più di 200 mq su un unico livello. Spazi aperti strutturati in 5 unità: una cucina comune proprio per agevolare la condivisione tra gli ospiti presenti in struttura.

Le restanti unità sono munite di proprio bagno arredata con mobili componibili, poltrone letto con un totale di 15 posti;

# ASSOCIAZIONE "TUA E LE ALTRE"

un ambiente molto caldo e sereno. Nella prima unità c'è uno spazio adibito a centralino, un ufficio intimo dove si raccolgono tutte le sofferenze delle donne che si rivolgono al nostro servizio. Tutti i membri dell'Associazione lavorano come volontari offrendo gratuitamente la loro professionalità e disponibilità. L'équipe dell'Associazione si compone di:

- Presidente
- Vicepresidente
- Membri del direttivo
- Psicologo/psicoterapeuta
- assistenti sociali
- avvocati
- educatrice professionali
- tecnico dei servizi sociali
- ragioniera
- massaggiatrice shatzu
- volontarie formate.

L'équipe si vale inoltre della supervisione di un consulente psichiatra psicoterapeuta criminologo.

La maggior parte degli operatori ha seguito un corso formazione presso il CADMI di Milano ("casa delle donne maltrattate"). In generale i volontari che operano presso l'Associazione svolgono diversi compiti e, nella loro specificità, contribuiscono a costruire una visione completa della donna e della sua situazione. Le figure dello psicologo e dell'avvocato si occupano primariamente del supporto psicologico e della consulenza legale, trovando spunti e suggerimenti nel lavoro delle altre figure (professionali e non) che fanno parte dell'Associazione, le quali hanno la possibilità di osservare e conoscere la donna nella quotidianità e durante momenti e occasioni più specifici ("filtri", relazione con la rete parentale e amicale, relazione con i servizi, ricerca del lavoro ecc...).

## Colloqui individuali (filtri)

Per le donne che si rivolgono alla nostra Associazione sono previsti all'inizio degli incontri di conoscenza con i volontari della struttura. Questi colloqui (definiti "filtri") hanno la precisa finalità di raccogliere il maggior numero di informazioni possibili sulla donna e la sua situazione: questo per poter effettuare un' "analisi del rischio".

La valutazione individuale del rischio viene effettuata attraverso colloqui e la somministrazione di test specifici, somministrazione che viene effettuata da operatori appositamente formati. Attraverso questi test si valuta il rischio di recidiva di subire violenza: essi sono consigliabili anche agli operatori che sono a contatto con donne che subiscono maltrattamento (Forze Dell'ordine, Centri Antiviolenza ecc).

L'Associazione Tua e le Altre, facendo parte della Rete dei Centri Antiviolenza della Lombardia, ha pertanto effettuato presso il CADMI un corso di formazione sulla valutazione del rischio.

Questi strumenti sono stati validati dopo un'approfondita sperimentazione durata tre anni dalla CADMI in collaborazione con la prof. Anna Baldry del dipartimento di Psicologia dell'Università di Napoli. Tali colloqui vengono seguiti congiuntamente da due operatori: ciò consente di sviluppare una maggiore attenzione alla comunicazione verbale e non verbale della donna, nonché un rapido confronto su quanto emerso durante l'incontro. Gli operatori si pongono in un atteggiamento d'ascolto non giudicante che, nel rispetto dei tempi individuali, consente alla donna di aprirsi gradualmente e di comprendere le proprie reali necessità (che non sempre coincidono con le richieste con cui si è inizialmente rivolta all'Associazione).

In base alle caratteristiche e alla situazione della donna il numero di colloqui filtro può variare. Ciò permette agli operatori di valutare quanto la donna sia consapevole della gravità della sua situazione, alla donna per comprendere quanto e come desideri realmente uscire dal suo disagio e intraprendere un percorso di aiuto.

Le informazioni raccolte vengono poi condivise in micro-equipe in cui si valutano gli interventi futuri da attivare

con e per la donna (sostegno psicologico, consulenza legale, inserimento in struttura ecc...).

Tali colloqui vengono effettuati principalmente durante il primo periodo di conoscenza della donna: essi hanno in conclusione la finalità di aiutare la donna ad esternare il proprio disagio con l'aiuto di un operatore con il quale ha gradualmente costruito una relazione di fiducia.

## Sostegno psicologico

Le donne che subiscono violenza sperimentano un profondo senso di insicurezza, si sentono indifese e vivono nella costante paura di sbagliare. La letteratura scientifica suggerisce che le vittime di violenza possono sviluppare veri e propri quadri psicopatologici, particolarmente rilevanti da un punto di vista clinico. Assai frequenti sono la riduzione della stima di sé, i sintomi ansioso-depressivi, i disturbi del sonno, i disturbi alimentari, i sintomi psicosomatici. In alcuni casi, può essere addirittura formulata la diagnosi di "disturbo post-traumatico da stress": tale quadro, tipico delle persone che si sono trovate a fronteggiare un evento particolarmente minaccioso per la propria incolumità fisica e per la propria stessa esistenza, si caratterizza per una sintomatologia molto invalidante (evitamento delle situazioni associate al trauma, elevata attivazione fisiologica, deflessione del tono dell'umore, flashback ecc...). Qualunque sia la sintomatologia sviluppata dalla vittima dell'abuso, è evidente che essa interferisce significativamente con la sua vita sociale, familiare e lavorativa e che impedisce di mobilitare tutte le proprie risorse per affrontare in modo funzionale la situazione critica. Per questa ragione, è importante non sottovalutare tali difficoltà; nell'eventualità in cui il quadro descritto sia particolarmente rilevante, è inoltre necessario pianificare un adeguato intervento psicoterapico.

Uscire da una situazione di violenza può essere estremamente difficile. Molte delle vittime affermano di sentirsi assolutamente impotenti e di non vedere alcun tipo di soluzione al proprio problema. Il primo passo importante e non scontato è di riconoscere di essere vittima di una situazione di violenza ed accettare i vissuti e le emozioni negative che ne derivano. In secondo luogo, è necessario comprendere come la richiesta di aiuto non rappresenti un segnale di incapacità o debolezza, bensì un'opportunità di confrontarsi con professionisti in grado di valorizzare le risorse individuali e di rendere la persona in grado di individuare strategie funzionali per fronteggiare non solo la situazione attuale ma anche il proprio futuro. Il sostegno psicologico permette proprio questo: elaborare i propri vissuti e diventare consapevole che tollerare la violenza ha costi elevati sull'equilibrio psicofisico e per questo è assolutamente necessario parlarne. Si accompagna la donna a trovare la strada migliore per uscire da questa situazione, si accompagna la donna a diventare consapevole di ciò che le sta accadendo. Si da voce alla sua sofferenza. Gli aspetti più complessi da affrontare con le donne sono quelli della violenza coniugale e che spesso la donna è vittima, oltre che della violenza stessa, anche del c.d. "CICLO DELLA VIOLENZA". Ci sono diversi modi per entrare in questo discorso e noi lo stiamo facendo in modo graduale, ascoltando le donne e garantendo loro la riservatezza e l'anonimato.

Il sostegno psicologico costituisce un supporto fondamentale nelle situazioni di disagio emotivo ed esistenziale legato a momenti critici della vita ed è inoltre un utile strumento di cura in condizioni di carenza affettiva e relazionale, in quanto consente lo strutturarsi di nuove modalità relazionali. In particolare pone attenzione ai seguenti parametri:

- accoglienza della donna e ascolto empatico della storia che racconta;
- analisi della domanda e della motivazione per cui la persona ha deciso di contattare l'Associazione;
- accompagnamento della donna nel diventare consapevole della situazione

- ridefinizione ed elaborazione del problema
- accompagnamento della donna a cogliere i propri punti di forza e benessere proprio e, se presenti, dei propri figli;
- definizione degli obiettivi futuri;
- collegamenti con le risorse del territorio;
- programmazione rispetto alla necessità di ulteriori contatti.

Nel caso in cui la donna con i propri figli venga inserita presso la struttura, ove necessario e dove non ci siano interventi già da figure professionali esterne (neuropsichiatra ecc.) il professionista può estendere il percorso psicologico a tutto il nucleo.

## Consulenza legale

All'interno dell'Associazione operano avvocatess che, a richiesta, forniscono informazioni in materia di diritto di famiglia, matrimoniale ed extrafamiliare, per dare alla donna maggiore conoscenza dei suoi diritti e degli strumenti giuridici che possono tutelarla meglio. Tale consulenza è gratuita.

L'intervento consiste inizialmente in colloqui informativi in cui le donne possono ottenere le prime informazioni sulla propria situazione giuridica, nonché una visione generale su eventuali iniziative legali e relative conseguenze.

Partendo dal tipo di richiesta di aiuto delle donne, e dalle aspettative che ripongono nel sistema giudiziario, vengono individuate le diverse modalità con cui le donne possono affrontare un percorso giudiziario di uscita dalla violenza.

La descrizione delle diverse modalità con cui può essere affrontato l'iter processuale avviene sia per l'ambito penale dei reati contro la persona, il maltrattamento, l'abuso sessuale, sia per l'ambito civile nei percorsi di separazione, consensuale o giudiziale.

È prevista quindi un'assistenza delle donne in un difficile iter processuale diretto, il più delle volte, alla separazione, al distacco dal coniuge maltrattante, e, purtroppo più raramente, alla denuncia per reati penali.

Infatti la vera difficoltà delle donne che hanno subito violenza è quella di denunciare i fatti all'Autorità Giudiziaria. Per avere un intervento diretto ed efficace della Magistratura è necessario che la persona che ha subito violenza presenti una denuncia/querela alla Procura della Repubblica o presso un commissariato di Polizia o una Stazione dei Carabinieri, anche se, bisogna sottolineare che i nostri tempi processuali non consentono di rappresentare una risposta effettiva al bisogno di giustizia che viene invocato.

## Accompagnamento ai servizi del territorio

(Servizi sanitari, Servizi sociali, Forze dell'ordine, Tribunale, ecc.)

La donna che si rivolge all'Associazione ha la possibilità di avere un ulteriore supporto attraverso un accompagnamento da parte dei volontari presso i vari servizi del territorio. Ciò consente alla donna di acquisire una maggiore sicurezza che le permetterà in futuro di affrontare in autonomia tali incontri.

## Sedute di massaggio shatzu

Lo shatzu è una disciplina energetica Giapponese, anche se le sue radici affondano nella Medicina Tradizionale Cinese. Il trattamento shatzu consiste nell'effettuare pressioni lungo i meridiani energetici e serve a rilassare e decontrarre il corpo per metterlo così in condizione di auto rigenerarsi.

Si ritiene importante e positivo proporre tale tecnica alle donne che subiscono violenza in prevalenza per due motivi:

- lo stato emotivo di una persona che ha un disagio porta a tensioni fisiche: con lo shatzu si cerca di distendere il corpo così da facilitare anche un rilassamento mentale
- attraverso il massaggio si vuole offrire la possibilità alla donna di speri-

mentare attraverso le mani di un altro sensazioni di benessere e non soltanto di malessere

## Allontanamento dalla figura maltrattante attraverso temporanea residenza in struttura

La donna sola o con i propri figli viene accolta temporaneamente presso la struttura "CASA DELLE ROSE" quando:

- in seguito ai primi "filtri" si rileva una particolare situazione di pericolo per la sua incolumità
- le forze dell'ordine, la Procura, i servizi... richiedono all'Associazione un inserimento

Nel momento in cui la donna viene inserita l'Associazione attiva una serie di risorse:

- Avvisa le forze dell'ordine per garantire la protezione
- Comunica l'inserimento al comune di residenza della donna, all'ufficio di piano di riferimento e al servizio tutela minori se accompagnata da figli minori.
- Gli operatori effettuano un primo colloquio "filtro" dove viene specificato il regolamento della struttura
- Si organizzano i primi turni notturni in cui gli operatori saranno presenti per garantire una maggiore protezione della donna. (la presenza notturna si protrae fino a quando l'équipe lo ritiene necessario).

Dopo il primo mese d'osservazione l'équipe costruisce un progetto educativo individualizzato condiviso con la donna e con il servizio territoriale di riferimento.

## Progetti educativi individualizzati

Il lavoro svolto dall'équipe prevede la costruzione di progetti educativi individualizzati con e per la donna.

Nei casi in cui si prevede una temporanea residenza presso la nostra struttura, dopo un primo mese di osservazione, gli operatori condividono con la donna un progetto personalizzato caratterizzato da finalità e obiettivi specifici che mirino ad un graduale accompagnamento verso una fuoriuscita dalla situazione di disagio ed una ripresa in carico della propria vita.

In base alle esigenze e caratteristiche della donna il progetto può avere una durata variabile da 1 a 9 mesi.

Nel caso in cui la donna venga accolta in struttura con i propri figli sono previsti interventi educativi a sostegno della genitorialità e della relazione madre-figlio, aiuto e sostegno nella gestione dei rapporti con la rete parentale e amicale, accompagnamento nell'orientamento e ricerca della casa e del lavoro, programmazione di colloqui psicologici, sedute di rilassamento e shatzu, incontri con i servizi e le diverse risorse presenti sul territorio. Ogni progetto educativo è flessibile e può subire variazioni, riduzioni o ampliamenti, in seguito a continue valutazioni e verifiche effettuate in itinere.

Si prevede che il progetto sia costruito e condiviso con i servizi sociali del territorio che mettono in campo le loro risorse e competenze. Data la titolarità e la presa in carico della donna, tale condivisione dovrebbe avvenire sia a livello educativo che a livello economico.



**ASSOCIAZIONE "TUA E LE ALTRE" ONLUS**  
 Codice Fiscale: 91012430145  
 Sede legale: Via Cuchin, n° 13  
 23011 Ardenno (SO)  
 Sede operativa: Casa delle Rose  
 via Garibaldi, n° 64 - Ardenno (SO)  
 CENTRALINO: tel. 0342 660216  
 Tel. 348 3141995  
 Associazione: tuaealtr@fastwebmail.it  
 info@tuaealtr.it  
 www.tuaealtr.it

▶ Continua da pagina 4

situazione, ed in base ai risultati di questo lavoro si elabori un piano ad hoc, personalizzato e su misura della singola donna, piano che è un vero e proprio nuovo progetto di vita e di cambiamento per il recupero completo della persona maltrattata.

Inizia così un percorso assai difficile che porterà la donna maltrattata verso una nuova vita.

Cammino lungo, spesso tormentato, perché vede anche numerosi tentativi di sabotaggio, minacce e ulteriori intimidazioni da parte della persona maltrattante, e dirette sia alle donne che ai volontari del centro antiviolenza, ma vede anche, altrettanto spesso, l'indifferenza, la sottovalutazione, il tentativo di negare una realtà così evidente, dal parte del contesto sociale familiare in cui la donna è inserita e da cui, assai spesso, viene duramente criticata e lasciata completamente sola. Fortunatamente, l'Associazione "Tua e le altre" lavora in grande sintonia con la Questura di Sondrio e, in generale, con le forze dell'ordine, e si propone di diventare uno strumento sempre più utile ed efficace. Questo a dimostrazione del fatto che lavorare in rete per poter fornire le migliori risposte integrate, è possibile!

Da un anno "Tua e le altre" si è dotata di un altro fondamentale strumento per alzare la qualità della propria azione: due dei suoi operatori (la vicepresidente Anna Rossi e l'Ass. Sociale Marinella De Vittorio) infatti, sono ufficialmente abilitate a valutare il rischio che la donna corre di risubire violenza. "La nostra attenzione è focalizzata, in una prima fase, sugli aspetti di grave emergenza e sulla valutazione del rischio. L'emergenza porta all'intervento immediato. Emergenza intesa come necessità di protezione da gravi effetti di comportamenti violenti. È importante chiedersi quale sia la percezione della donna stessa, e individuare i fattori di rischio e, se ci sono, intervenire attraverso un progetto mirato, condiviso e fattibile. La valutazione del rischio avviene attraverso una scheda elaborata dai centri e basata sul metodo SARA - Spousal Assault Risk Assessment. Diagnosi e prevenzione insieme, questo è quanto si deve fare già dal primo intervento", sottolinea la presidente di "Tua e le altre".

Una delle problematiche più complesse da affrontare, perché richiede competenze molto specifiche e molta disponibilità a mettersi in discussione, da parte di tutti, anche degli operatori, è quella del percorso per riappacificare e ricostituire il nucleo familiare. Va da sé che questa è, in sé e per sé, l'opzione ottimale. Il problema è che questa operazione viene spesso condotta con le migliori intenzioni, ma senza avviare un lavoro serio e approfondito sulle dinamiche – malate ovviamente – che spingono il maltrattante ad esercitare violenza. In questi casi, dunque, la riappacificazione – a distanza di tempo – spesso si rivela essere soltanto apparente e momentanea e può dar corso a recidive assai gravi e pericolose per la donna maltrattata.

L'esperienza di tutti i centri antiviolenza nazionali dimostra che solo se si riesce ad attivare un intervento coordinato e integrato di tutti gli "attori" interessati (avvocato, psicoterapeuta, psicologo, ove richiesto psichiatra, assistenti sociali, forze dell'ordine e servizi pubblici in generale) che vada a lavorare in profondità sia sulla situazione della donna che sulle dinamiche del maltrattante, è possibile arrivare ad una soluzione duratura dei conflitti profondi e quindi anche

ad una riappacificazione autentica, ad una vera rinascita della coppia o della famiglia.

Non si insisterà mai abbastanza su questo punto, che è assolutamente imprescindibile, perché si trascura sempre di considerare quanto certi meccanismi di base siano potenti e difficili da smontare. Occorre infatti tenere presente che quando una persona si abitua ad esercitare violenza (e magari è stata a sua volta oggetto di varie forme di violenza), spesso è immersa in una cultura e in una serie di consuetudini, di automatismi che considera normali determinati comportamenti, al punto di non rilevare nemmeno come violenza ed abuso ciò che invece lo è.

Questa abitudine (rinforzata dalla legittimazione sociale e familiare) a prevaricare, a sottomettere l'altro con lo strumento della violenza (psicologica, economica, verbale, fino ad arrivare a quella fisica e sessuale) ha come esatto contraltare anche l'abitudine delle vittime a viverla e a subirla come qualcosa di doloroso, ma normale, che anzi, è necessario annoverare tra le difficoltà e le sofferenze che è necessario sopportare nella vita. Anni, o addirittura decenni di un tale vissuto (sia lato vittima, che lato persecutore) producono meccanismi psicologici e comportamentali che diventano parte integrante dell'identità di un individuo. Ma questo individuo – non dimentichiamolo – a sua volta è inserito prima in una famiglia, poi in un gruppo sociale, e quindi tenderà a rinforzare, anche a livello di percezione collettiva, questo modus vivendi.

La radice di molte situazioni difficili e di immense sofferenze risiede in questo, ma in le dinamiche risiedono anche i motivi per cui, a volte, le vittime non riescono a percorrere in tutto il percorso di cambiamento loro proposto e decidono di tornare indietro, rituffandosi nel vortice dell'inferno da cui avevano tentato di sfuggire.

Gli elementi che costituiscono le abitudini e le identità sono davvero difficili da smontare!

Da novembre 2009 le richieste di aiuto al centralino di "Tua e le altre" sono state 150, quasi interamente da parte di donne valtellinesi; se consideriamo che, mediamente, la percentuale di donne che si rivolgono ai centri antiviolenza (nel 2011 sono state circa 2000 le donne ascoltate dai 17 centri della Lombardia) possiamo farci un'idea abbastanza precisa di quante siano le persone maltrattate, anche nel nostro territorio, e che ogni giorno, magari, incontriamo per strada.

Questo è il motivo per cui "Tua e le altre" si mette a disposizione e non rinuncia a sollecitare tutti gli attori – istituzionali e non – coinvolti in questi processi ad una integrazione reciproca sempre maggiore, spendendosi totalmente, anche a livello personale dei singoli operatori, "Perché quella della violenza sulle donne è una autentica guerra, subdola, strisciante, che attacca le basi della nostra società, infettando, con il proprio veleno, la psiche e l'esistenza di un gran numero di persone, non ultimi anche i figli minori di queste donne, pertanto non possiamo accontentarci di dare risposte solo parziali, dobbiamo essere certi della completa riuscita, della totale efficacia della nostra azione!" rimarca con un sorriso che non riesce a celare la sua forza d'animo e la sua determinazione, Beatrice Barbetta.

\* Direttore SEINVALLE periodico culturale di Valtellina e Valchiavenna [www.seinvalle.it](http://www.seinvalle.it)

## Riorganizzazione del sistema regionale di emergenza e urgenza

a cura di Gisella Tridella\*

Il 2 Aprile 2008 con delibera della Giunta Regionale n° VIII/6994, viene istituita l'Azienda Regionale Emergenza-Urgenza AREU.

Ad Areu affluiscono:

- **12 A.A.T.** (Articolazioni Aziendali Territoriali): Bergamo, Brescia, Cremona, Lecco, Lodi, Mantova, Milano, Monza, Pavia, Sondrio, Varese, Como.
- **10 COEU** (Centri Operativi): Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Mantova, Milano, Monza, Pavia, Sondrio, Varese
- **5 Basi Elisoccorso:** Bergamo, Brescia, Como, Milano, Sondrio.

Le A.A.T. hanno la funzione di assicurare l'organizzazione dell'emergenza extraospedaliera nell'area di competenza, attualmente corrispondente all'area provinciale di appartenenza. L'A.A.T. deve inoltre gestire:

- i mezzi di soccorso e la formazione del personale operante su tali mezzi;
- la base dell'elisoccorso;
- le attrezzature, i presidi e le apparecchiature utilizzati sui mezzi;
- i mezzi e materiali per le maxi emergenze;
- garantire un corretto utilizzo, stoccaggio e scarico di farmaci compresi gli stupefacenti;
- i rapporti con i media in relazione a interventi di soccorso effettuati nell'ambito del proprio territorio e con le istituzioni operanti sul territorio;
- promuovere campagne informative relative al soccorso rivolte alla cittadinanza;
- collaborare alla stesura dei Pema (Piani di Emergenza Interni per il Massiccio Afflusso di Feriti)

### AAT SONDRIO

Il S.S.U.Em. della provincia di Sondrio ha iniziato la sua attività il 23 aprile del 1992 grazie all'impegno dei medici Anestesisti Rianimatori dell'Ospedale di Sondrio e sulla base dell'esperienza di elisoccorso gestito dall'ottobre del 1981. L'attività si è sviluppata in stretta collaborazione con gli Enti e le Associazioni di volontariato presenti sul territorio che già garantivano il trasporto e il soccorso sanitario. L'avvio del Servizio è stato supportato da un progressivo programma di qualificazione del personale coinvolto: soccorritori, medici dell'Emergenza territoriale, infermieri e tecnici.

Nella Centrale Operativa del S.S.U.Em. 118 di Sondrio sono sempre presenti un medico competente nella gestione delle situazioni cliniche più gravi e alcuni infermieri esperti nell'attività di soccorso sanitario e nella gestione telefonica di eventi critici. Entrambe le figure sanitarie rispondono direttamente alle richieste di soc-

corso che giungono dal cittadino che compone il numero telefonico 118.

Oltre alla gestione di tale eventi, il personale della centrale, si occupa del soccorso secondario (trasporti prenotati e autorizzati) e gestisce le chiamate dirette alla guardia medica e/o turistica, al servizio di veterinaria e di igiene pubblica. L'AAT di "Sondrio è diretta "da un Responsabile Medico coadiuvato da un Coordinatore Infermieristico. La presenza di personale tecnico, permette il controllo della funzionalità del complesso sistema informatico e telefonico e di altre apparecchiature della Centrale (sistema di registrazione, ecc...). Vi è inoltre un amministrativo che si occupa della gestione della documentazione sanitaria e di varie pratiche amministrative.

All'AAT di Sondrio convergono le postazioni 118 di Livigno, Bormio, Tirano, Sondrio, Morbegno e Chiavenna.

Ogni AAT dispone di personale e mezzi messi a disposizione dalle Aziende Sanitarie, dall'Ente Pubblico (CRI), dalle Organizzazioni di Volontariato e dalle Cooperative Sociali per le attività da svolgersi in ambito di soccorso sanitario territoriale.

A seconda della criticità dell'evento, si hanno a disposizione vari tipi di mezzo di soccorso quali:

- mezzi di soccorso di base (MSB) con equipaggio composto da soccorritori certificati;
- mezzi di soccorso intermedio (MSI) con equipaggio composto da soccorritori e infermieri abilitati all'applicazione di algoritmi clinico-assistenziali;
- mezzi di soccorso avanzato (MSA) con equipaggio composto da soccorritori, infermieri e medici esperti in emergenza-urgenza.

Riorganizzazione del sistema regionale di emergenza e urgenza *A partire dal 2011 la Regione Lombardia (DGR n 1964 del 6 luglio) ha definito i processi di riorganizzazione del sistema regionale di emergenza e urgenza prevedendo in particolare il mantenimento delle AAT ma la sostituzione delle 10 Coeu con 4 nuove Sale Operative Regionali dell'Emergenza.Urgenza definite SOREU)*

- **SOREU** macroarea metropolitana comprendente le AAT di Milano e Monza Brianza.
- **SOREU** macroarea dei laghi comprendente le AAT di Como, Varese e Lecco.
- **SOREU** macroarea alpina comprendente le AAT di Sondrio, Bergamo e Brescia.
- **SOREU** macroarea della pianura comprendente le AAT di Pavia, Cremona, Mantova e Lodi.

Numero unico per l'emergenza NUE 112 Progetto In Lombardia Il progetto di realizzazione delle

nuove SOREU viene concretizzato in sinergia con l'attivazione dei 3 call center laici del numero unico per l'emergenza (NUE) 112, collocati a Milano, Varese e Brescia, al momento sono attivi i Call Center di Milano e Varese.

Il progetto "NUE 112 in Lombardia" ha come obiettivo l'attivazione del "112 Numero Unico Europeo (NUE) attraverso un "call center laico", così come già avviene in diversi Paesi europei (l'attivazione del numero unico dell'emergenza 112 è obbligatoria per tutti gli Stati membri UE ai sensi della Direttiva CE n. 2002/22/CE). Il progetto, grazie al quale vengono date risposte a tutte le chiamate di soccorso che ogni cittadino italiano/europeo può attivare componendo il numero unico 112, è finanziato da regione Lombardia e coinvolge il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, l'Arma dei Carabinieri, i Vigili del Fuoco e l'Emergenza Sanitaria.

L'individuazione di una Centrale Operativa dell'Emergenza Urgenza/118 (COEU) quale sede operativa e organizzativa del NUE 112 lombardo è motivata dal fatto che le COEU sono già dotate di tecnologie adeguate, di linee telefoniche digitali, e soprattutto di una pluriennale esperienza nell'utilizzo di software applicativi adeguati alla complessità della gestione dell'emergenza, dalla chiamata alla risposta operativa anche in coordinamento con altre Forze. (Vedi pubblicazione Areu 08/4/2013)

### CHIUSURA DELLA CENTRALE 118 SONDRIO

il 2 luglio 2013 verrà dimessa la Centrale Operativa del 118 di Sondrio e contestualmente le telefonate 118 perverranno alla Soreu di Bergamo.

Per quanto concerne le telefonate inerenti ad altri servizi l'ASL istituirà dei numeri specifici che verranno divulgati a breve attraverso una campagna informativa rivolta ai cittadini.

Gratitudine per l'attività svolta va agli infermieri della COEU 118 che in questo ventennio hanno valorizzato la nostra professione nell'ambito dell'opinione pubblica.

Ricordiamo con stima profonda per l'alta professionalità: Alma Fanti, Lainati Manuela, Gatti Tiziana, Gianfranco Folatti, Luisella Piani, Oriana Mascarini, Raffaella Pagani, Elena Lojaco, Barbara Menesatti, Raffaella Gianoli, Edo Bagiolo, Roberta Cristini, Lorenza Svanolletti, Giovanna Tognini, Ivonne Paruscio, Marta Parolaro, Gabriella Meraviglia, Liviana Folini.

\* Infermiera Segretario Collegio IPASVI Sondrio

# L'elettrocardiogramma e l'infermiere

a cura di Tiziana Giaconi\*

## PREMESSA

L'esame elettrocardiografico è una pratica sempre più diffusa nell'attività assistenziale, coinvolge ormai per l'esecuzione Infermieri di tutte le unità operative.

Spesso, quando un infermiere esegue un elettrocardiogramma, ha difficoltà nel riconoscere un tracciato normale da uno patologico.

## L'ELETTROCARDIGRAMMA

Il cuore ha un'azione meccanica che è quella di pompare il sangue e tale funzione è la conseguenza di un impulso elettrico.

Le correnti prodotte dall'attività elettrica si irradiano dal cuore a tutti i tessuti circostanti, quindi alla cute.

L'apparecchio per l'elettrocardiogramma (elettrocardiografo) trasforma questa attività elettrica registrata mediante gli elettrodi, in onde e quindi in un grafico ECG)

Con l'elettrocardiogramma si possono individuare:

- disturbi del ritmo
- difetti di conduzione
- ingrandimento o ipertrofie delle camere cardiache
- segni di ischemia, danno o infarto miocardico
- squilibri elettrolitici
- effetti cardiotoxici dei farmaci.

## POSIZIONE DEGLI ELETTRODI

RA: sotto la clavicola destra

LA: sotto la clavicola sinistra

RL: lato destro del torace, sotto le costole sulla linea ascellare anteriore

LL: lato sinistro del torace, sotto le costole sulla linea ascellare anteriore

V1: quarto spazio intercostale bordo sternale destro

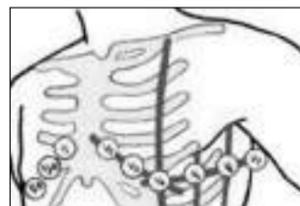
V2: quarto spazio intercostale bordo sternale sinistro

V3: a metà strada tra V2 e V4

V4: quinto spazio intercostale sulla linea emiclavare sinistra

V5: quinto spazio intercostale sulla linea ascellare anteriore di sinistra

V6: quinto spazio intercostale sulla linea medioascellare sinistra



Utilizzando il colore degli elettrodi delle periferiche, partendo da sotto la clavicola

destra con il Giallo e procedendo in senso antiorario abbiamo il famoso GI-RO-NEVE (Giallo, ROsso, NEro VErde).

## MISURAZIONI SU CARTA MILLIMETRATA

L'ECG registra l'attività elettrica del cuore su carta millimetrata, che scorre alla

velocità di 25 mm/secondo.

Ciascun quadratino rappresenta 0,04 secondi.

Cinque quadratini formano la base di un blocco più grande, delimitato da linee più

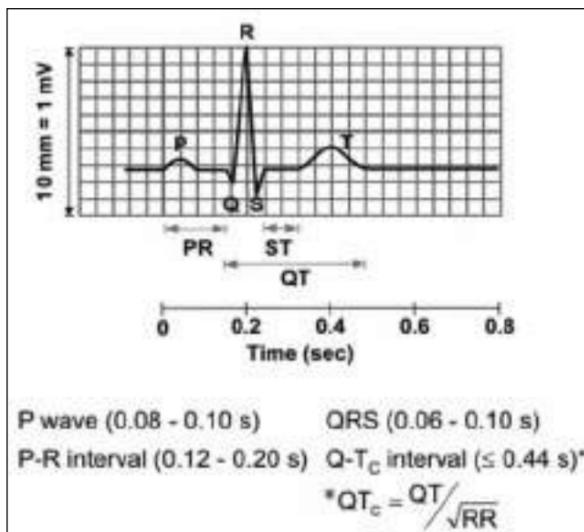
spesse che invece rappresenta 0,20 secondi.

La durata di un onda, di un segmento o intervallo è determinata contando il numero di quadratini dall'inizio alla fine dell'onda, del segmento o dell'intervallo.

## LE ONDE DELL'ECG

- **onda P:** è la prima onda che si deflette dalla linea isoelettrica e rappresenta la depolarizzazione atriale
- **segmento PR:** è la linea isoelettrica (piatta) che segue l'onda P che indica il ritardo naturale della conduzione a livello del nodo atrioventricolare
- **intervallo PQ:** è la distanza tra l'inizio dell'onda P e l'inizio dell'onda QRS
- **complesso QRS:** l'insieme delle 3 onde rappresenta la depolarizzazione ventricolare. L'onda Q è la prima deflessione negativa dopo l'onda P; l'onda R è la prima deflessione positiva dopo l'onda P; l'onda S è l'onda negativa che segue l'onda R.
- **intervallo QT:** rappresenta il tempo totale di depolarizzazione e ripolarizzazione ventricolare ed è la distanza tra l'inizio del QRS e la fine dell'onda T
- **segmento ST:** rappresenta la prima parte della ripolarizzazione ventricolare ed è la distanza tra la fine del QRS e l'inizio dell'onda T e il suo aspetto è quello di una linea isoelettrica

- **giunzione J:** è l'angolo posto tra il termine del QRS e l'inizio del segmento ST
- **onda T:** indica la ripolarizzazione ventricolare e può avere aspetto sia positivo che neg



## I RITMI

RITMO SINUSALE

Ritmo Regolare

Frequenza Compresa tra 60 e 100 battiti al minuto

Onda P Positiva, ogni P è sempre seguita da un QRS

Intervallo PR Normale

QRS Normale



## TACHICARDIA SINUSALE

Si parla di tachicardia sinusale quando notiamo una frequenza del battito cardiaco che supera i 100 battiti al minuto. In questo caso l'ECG risulta perfettamente normale, ad eccezione della frequenza del battito. La frequenza del battito è rilevabile dalla distanza temporale di due complessi QRS. Le cause che portano alla tachicardia possono essere fisiologiche (una risposta allo sforzo, alla temperatura corporea, alla stimolazione delle fibre ortosimpatiche) o patologiche (una spia di un'insufficienza cardiaca). Le onde P possono non essere visibili durante tachicardia ventricolare anche se l'attività atriale dissociata da quella ventricolare non viene influenzata.

BRADICARDIA SINUSALE

Il termine bradicardia sinusale indica una ridotta frequenza del battito cardiaco, di norma si indica con questo termine un ritmo al di sotto dei 60 battiti al minuto. Come nel caso della tachicardia sinusale il tracciato dell'ECG risulta normale, ma con una ridotta frequenza temporale del complesso QRS. La bradicardia sinusale può essere una condizione normale, soprattutto per quanto riguarda il cuore degli atleti che possono avere frequenze molto basse dovute appunto ad un costante allenamento.

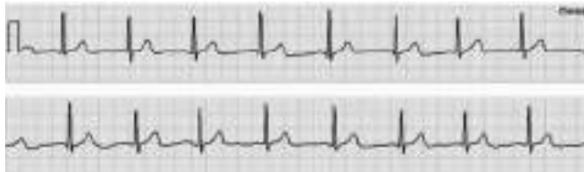
Ritmo Regolare

Frequenza Inferiore a 60 battiti al minuto

Onda P Positiva, ogni P è sempre seguita da un QRS

Intervallo PR Normale

QRS Normale



## ARITMIA SINUSALE

Se tutti i complessi QRS di per sé sono normali, ma il ritmo in condizioni di riposo non è regolare (le distanze tra ogni complesso QRS e il successivo variano lungo il tracciato), viene diagnosticata una aritmia sinusale. Si pensa che questa condizione possa essere causata da un conflitto di diversi tipi di riflessi circolatori atti ad alternare l'intervento del sistema ortosimpatico e parasimpatico sul nodo seno-atriale, nella

maggior parte dei casi questa aritmia è sincrona con gli atti respiratori: parliamo di aritmia respiratoria. Si è verificato che questa condizione può risultare non patologica nei giovani e nei bambini, nei quali può addirittura diventare la regola, piuttosto che l'eccezione. Nelle persone anziane invece, l'aritmia sinusale può essere il segno di una malattia degenerativa del nodo seno-atriale.

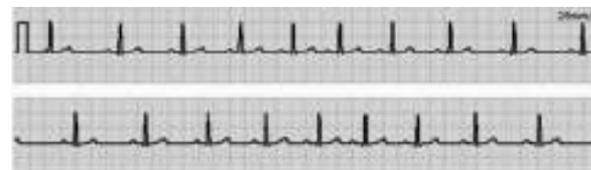
Ritmo Irregolare

Frequenza Variabile

Onda P Positiva, ogni P è sempre seguita da un QRS

Intervallo PR Normale

QRS Normale



## FIBRILLAZIONE ATRIALE

La fibrillazione ventricolare è causata da impulsi cardiaci che si scatenano all'interno del miocardio, che portano, dapprima all'eccitazione di una parte del miocardio e poi ad una continua e progressiva rieccitazione delle parti ventricolari che precedentemente erano state eccitate. In questo modo è impossibile che si verifichi una contrazione coordinata della massa cardiaca e questo impedisce che il sangue possa essere pompato in maniera opportuna. Le camere ventricolari non si riempiono, né si svuotano, rimanendo in uno stato di contrazione parziale. Il perdurare di questa condizione per un periodo superiore ai 4-5 secondi, a causa della mancanza di flusso ematico a livello cerebrale, porta alla perdita di coscienza; dopo pochi minuti i tessuti vanno in ischemia e sopraggiunge la morte. Il tracciato ECG della fibrillazione ventricolare è caratterizzato da complessi QRS organizzati, ma non c'è mai un ritmo regolare. Nelle prime fasi del fenomeno, il miocardio tende a contrarsi in maniera simultanea, portando onde irregolari, dopo pochi minuti l'ECG mostra onde molto irregolari a basso voltaggio.

Ritmo Irregolare, non c'è corrispondenza tra QRS e onde fibrillatorie

Frequenza Frequenza atriale 350-600, frequenza ventricolare 60-100

Onda P Non visibili, presenti irregolari movimenti dell'isoelettrico

Intervallo PR Non misurabile

QRS Normale



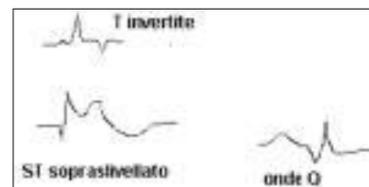
**Segni di ischemia, danno e necrosi cardiaca**

**signi di ischemia:** presenza di inversione dell'onda T nelle derivazioni che guardano la lesione e onde T elevate nelle derivazioni opposte alla sede di lesione

**signi di lesione:** soprasslivellamento del segmento ST nelle derivazioni che guardano la lesione e sottoslivellamento del segmento ST nelle derivazioni opposte alla sede di lesione

**signi di necrosi:** presenza di onda Q patologica nelle derivazioni che guardano la lesione, mentre le onde R sono invece ampie nelle derivazioni opposte alla sede. Le onde Q di necrosi si sviluppano tra 24 e 48 ore dalla lesione e sono in relazione anche con l'estensione della lesione

**Segni ECG nelle lesioni ischemiche del miocardio**



Questo articolo vuole

offrire uno strumento molto pratico a tutti i colleghi che non lavorano in ambito cardiologico o d'urgenza, al fine di poter identificare rapidamente le più frequenti alterazioni del tracciato elettrocardiografico.

Si ringrazia il Dott. Giustiniani Stefano per l'aiuto, la consulenza e la fornitura dei tracciati.

\* Infermiera libero professionista Consigliere Collegio IPASVI

# Bilancio e relazione del tesoriere

di Elena Valli\*

*Il giorno 4 maggio 2013 presso la sede del Collegio IPASVI di Sondrio, si è tenuta l'Assemblea annuale del Collegio durante la quale sono stati presentati ed approvati il bilancio consuntivo del 2012 ed il bilancio preventivo per l'anno in corso. Di seguito allego le relazioni del conto consuntivo e del bilancio di previsione 2013 nelle quali vi presento un'analisi dei capitoli di spesa più significativi. Ricordo a tutti che il bilancio dettagliato è consultabile sul sito del Collegio ed è visibile in sede. Invito tutti a prenderne visione.*



## RELAZIONE DEL TESORIERE AL CONTO CONSUNTIVO ANNO 2012

### CONTO CONSUNTIVO

#### NOTA INTEGRATIVA

La gestione del Collegio nell'esercizio 2012 si è svolta nel rispetto dei principi di oculata e prudente gestione. Le uscite complessive di competenza ammontano a € 142.633,29 e le entrate ammontano a 151.527,69 evidenziando un avanzo di gestione di € 8.894,40. Le entrate e le uscite sono comprensive delle partite di giro pari ad Euro 8.726,89 tali operazioni rilevate non hanno rilievo economico ma soltanto finanziario e contabile. Trattasi di capitoli in cui si evidenziano le trattenute previdenziali ed erariali, da versare quale sostituto d'imposta. Relativamente alla gestione di cassa le riscossioni complessive sono state pari a € 147.061,15 i pagamenti complessivi sono stati pari a € 156.242,19, ciò ha portato la disponibilità finanziaria a € 5.397,42 alla fine dell'anno 2012. Il rendiconto finanziario si articola in categorie e capitoli ed è formulato in termini di competenza e di cassa.

#### ANALISI DELLE VOCI DEL RENDICONTO FINANZIARIO

### ENTRATE

#### TITOLO I ENTRATE CORRENTI

##### CATEGORIA 1 – Entrate contributive a carico degli iscritti

Contributi iscritti all'Albo, pari rispettivamente a 135.380,00 nelle previsioni di competenza e costituiscono le entrate accertate per l'esercizio in corso. Contributi iscritti anno precedente, nelle previsioni di cassa costituiscono le entrate che si sono accertate nell'anno in corso relative a quote associative di iscritti morosi per l'anno 2011 totale € 3.615,53. Contributi iscritti anni precedenti costituiscono le entrate incassate nell'anno in corso relative a quote associative di iscritti morosi per annualità pregresse per le quali sono in essere cartelle esattoriali di Equitalia per un totale di € 952,88. Per quel che riguarda i contributi nuovi iscritti sono state incassate quote di prima iscrizione per ad € 1.800,00. Gli incassi a titolo di interessi moratori sono stati pari a € 42,52.

##### CATEGORIA 3 – Redditi e proventi patrimoniali

Gli interessi attivi conseguenti all'andamento atteso dei flussi finanziari e quindi interessi bancari e postali ammontano ad € 163,24.

##### CATEGORIA 11 – Recupero e rimborsi diversi

Il capitolo recupero e rimborsi diversi ammonta a 846,63 ed include un rimborso spese da parte della Federazione nazionale IPASVI di € 500,00 per i seminari svoltosi a Torino.

### USCITE

#### TITOLO I USCITE CORRENTI

##### CATEGORIA 1 – Uscite per gli organi dell'ente

Ammontano ad Euro 4.500,00 e includono i costi connessi al funzionamento degli organi istituzionali del Collegio ovvero liquidazione gettoni di presenza in sede (€ 10,00 all'ora e € 20,00 oltre le due ore) e gettoni di presenza fuori sede (gettone giornaliero € 50,00).

##### CATEGORIA 2 – Oneri per il personale in attività in servizio

Le uscite ammontano a € 30.243,69, i capitoli comprendono il trattamento economico tabellare relativo a n. 2 dipendenti in applicazione del CCNL dipendenti Pubblica Amministrazione, i contributi previdenziali, il fondo incentivazione.

##### CATEGORIA 3 – Uscite per l'acquisto di beni di consumo e di servizi

Le uscite ammontano a € 27.874,84

I capitoli sono sostanzialmente in linea con gli importi degli anni precedenti.

##### CATEGORIA 4 – Uscite per prestazioni istituzionali

Le uscite ammontano a Euro 27.00,35 e includono le spese per corsi di aggiornamento professionali per iscritti, per il nostro giornale d'informazione "Parliamone", le spese per le quote dovute alla Federazione, le spese di rappresentanza e le spese per assemblea degli iscritti.

##### CATEGORIA 5 – Oneri finanziari

E' un capitolo costituito da interessi passivi e spese e commissioni bancarie e postali, le uscite ammontano a Euro 361,00.

##### CATEGORIA 7 – Oneri tributari

Costituito da imposte e tasse vari, le uscite ammontano al totale stanziato di € 1.700,00.

##### CATEGORIA 10 – Uscite non classificabili in altre voci

Le uscite nel capitolo spese impreviste ammontano a € 4.500,00 per un totale dell'importo stanziato in bilancio di previsione.

Da questo capitolo si sono attinte disponibilità per il saldo di spese per i quali capitoli non avevano più disponibilità: tasse e rifiuti, spese per acquisto materiali di consumo, stampati; imposte e tasse (saldo IMU €1.250,00) e il contributo ai terremotati per Emilia Romagna di Euro 679,70 come deliberato dal Consiglio Direttivo.

### TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE

#### CATEGORIA 1 – Acquisizioni immobilizzazioni tecniche

Uscite per acquisto mobili e macchine d'ufficio (videoproiettore) uscite per € 1.136,13  
Acquisto software e licenze (canone programma contabilità, sito, antivirus...) € 1.523,87

#### CATEGORIA 3 – Accantonamento al trattamento di fine rapporto.

Ammonta a € 3.143,49 e rappresenta l'accantonamento per l'anno 2012 per i dipendenti del Collegio. Tale conto è accantonato presso un conto bancario vincolato presso la banca Credito Valtellinese ed al 31/12/2012 ammonta a Euro 36.419,19.

#### CATEGORIA 4 – ESTINZIONE DI PRESTITI

Capitolo costituito per il rimborso del mutuo ipotecario a tasso variabile durata di 15anni, di Euro 90.000,00 erogato il 01/06/2010, per acquisto sede, le uscite per l'anno in corso ammontano a Euro 7.430,32.  
Capitale residuo al 31/12/2012 € 77.452,68



## RELAZIONE DEL TESORIERE AL BILANCIO DI PREVISIONE 2013

### PREVENTIVO FINANZIARIO GESTIONALE

Il preventivo finanziario gestionale si articola in titoli, categorie e capitoli ed è formulato in termini di previsioni di competenza e di previsioni di cassa.

### ENTRATE

Per un totale di Euro 152.970,00 (comprehensive di partite di giro di € 9.470,00)

#### TITOLO I ENTRATE CORRENTI

##### CATEGORIA 1 – Entrate contributive a carico degli iscritti

Le somme previste nella categoria in esame, pari rispettivamente a 136.150,00 nelle previsioni di competenza e a 136.150,00 nelle previsioni di cassa, costituiscono le entrate che si prevede di accertare e di incassare dagli iscritti e nuovi iscritti per il 2013. Contributi iscritti anno precedente, nelle previsioni di cassa costituiscono le entrate che si prevede di incassare nell'anno in corso relative a quote associative di iscritti morosi per l'anno 2012. Contributi iscritti anni precedenti nelle previsioni di cassa costituiscono le entrate che si prevede di incassare nell'anno in corso relative a quote associative di iscritti morosi per annualità pregresse per le quali sono in essere cartelle esattoriali di Equitalia, ammontano a Euro 836,00. Contributi nuovi iscritti ammontano a € 1.500,00 e sono quote di prima iscrizione (€ 50,00). Sono previsti incassi a titolo di interessi moratori pari a € 43,08.

##### CATEGORIA 3 – Redditi e proventi patrimoniali

La previsione è pari ad € 200,00 riguarda gli interessi attivi conseguenti all'andamento atteso dei flussi finanziari per l'anno 2013

##### CATEGORIA 11 – Recuperi e rimborsi diversi

La previsione pari a € 500,00 riguarda eventuali rimborsi e recuperi per anticipazioni effettuate da parte del Collegio.

#### TITOLO III ENTRATE PER PARTITE DI GIRO

Ammontano a Euro 9.470,00

Le operazioni rilevate nel titolo III non hanno rilievo economico ma soltanto finanziario e contabile. Trattasi di capitoli in cui si evidenziano le trattenute previdenziali ed erariali, da versare quale sostituto d'imposta.

Gli importi preventivati in entrata trovano corrispondenza nei rispettivi capitoli in uscita.

### USCITE

Per un totale di Euro 152.970,00 (comprehensive di partite di giro di € 9.470,00)

#### TITOLO I USCITE CORRENTI

##### CATEGORIA 1 – Uscite per gli organi dell'ente

Sono state preventivate spese per € 5.500,00 ed includono tutti i costi connessi al funzionamento degli organi istituzionali del Collegio ovvero liquidazione gettoni di presenza in sede (€ 10,00 all'ora e € 20,00 oltre le due ore) e gettoni di presenza fuori sede (gettone giornaliero € 50,00).

##### CATEGORIA 2 – Oneri per il personale in attività in servizio

Sono state preventivate spese per € 48.275,00 I capitoli prevedono un incremento delle spese in funzione della revisione della pianta organica del personale dipendente: passaggio di incarichi di due dipendenti dal livello B1 a B2 e da livello A2 a B1.

##### CATEGORIA 3 – Uscite per l'acquisto di beni di consumo e di servizi

Sono state preventivate spese per Euro 31.470,00 I capitoli sono sostanzialmente in linea con gli importi degli anni precedenti.

##### CATEGORIA 4 – Uscite per prestazioni istituzionali

Rappresenta la sezione delle spese istituzionali dell'Ente, tra cui le quote dovute alla Federazione IPASVI: € 9,33 per iscritto.

E' stata confermata anche per l'anno 2013 di Euro 1.500,00 la quota finanziamento Coordinamento Collegi Lombardi. Spese per la formazione professionale degli iscritti € 4.500,00. I fondi stanziati ammontano a € 31.042,06

##### CATEGORIA 5 – ONERI FINANZIARI

Costituito da eventuali interessi passivi e spese e commissioni bancarie e postali per un totale di Euro 350,00.

##### CATEGORIA 7 – ONERI TRIBUTARI

Costituito da imposte e tasse vari tra cui IMU, per cui si è previsto un aumento sostanziale in tale capitolo rispetto all'anno precedente. Importo stanziato € 3.600,00

##### CATEGORIA 10 – Uscite non classificabili in altre voci

Si riferiscono esclusivamente al capitolo "Fondo spese imprevedute" e "rimborsi vari" per un ammontare di Euro 3.753,00 Il "Fondo spese imprevedute", come per l'esercizio precedente, è previsto per l'eventuale integrazione di tutti i capitoli del titolo I delle uscite in caso di stanziamento insufficiente o spese imprevedute ed è inferiore alla quota massima prevedibile come previsto dal regolamento di contabilità (3% delle spese correnti).

#### TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE

##### CATEGORIA 1 – Acquisizioni immobilizzazioni tecniche

Somma stanziata per acquisto di mobili e macchine d'ufficio (scaffalature e ufficio del Presidente) € 3.175,65. Acquisto software e licenze (canone programma contabilità, sito, antivirus...) € 2.679,94

##### CATEGORIA 3 – Accantonamento al trattamento di fine rapporto.

La somma stanziata è pari a € 3.450,00 in linea con la normativa vigente.

Tale somma viene accantonata in un c/c vincolato presso la Banca Credito Valtellinese.

##### CATEGORIA 4 – ESTINZIONE DI PRESTITI

Capitolo costituito per il rimborso del mutuo ipotecario per acquisto sede ammontano ad € 8.500,00 per l'anno in corso.

#### TITOLO III – USCITE PER PARTITE DI GIRO

Ammontano a euro 9.740,00

I capitoli del presente titolo non necessitano di particolari commenti e si invia a quanto già riferito nel titolo III delle entrate.

### QUADRO GENERALE RIASSUNTIVO DELLA GESTIONE FINANZIARIA

Illustra in modo sintetico l'andamento in via prospettica della gestione finanziaria.

## Relazione sulle modalità di riscossione quote associative

di Elena Valli\*

Cari colleghi,  
a fronte di numerose richieste pervenute in Collegio di poter pagare la quota associativa tramite addebito automatico, abbiamo preso in considerazione la possibilità di cambiare le modalità di riscossione delle quote associative.

Valutate le offerte di più enti di riscossione, abbiamo deliberato di affidarci a CRESET - servizi territoriali SPA- società del "Gruppo Bancario Credito Valtellinese" specializzata nella fornitura di servizi e nella gestione di tutte le tipologie di entrata degli enti locali e delle società a prevalente partecipazione pubblica. Ogni iscritto riceve almeno 15 giorni prima della scadenza l'avviso di pagamento ed il bollettino MAV all'indirizzo indicato.

In tal senso, approfittiamo per ricordare a tutti gli iscritti che cambiano indirizzo di comunicarlo tempestivamente in segreteria o spedendo autocertificazione e copia della carta d'identità al Collegio onde evitare inutili perdite di tempo nella consegna dei suddetti avvisi e incremento di spese al collegio stesso.

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

Le quote possono essere pagate con il modello MAV allegato all'avviso di pagamento gratuitamente presso tutti gli sportelli bancari, oppure presso gli uffici postali pagando le commissioni previste.

Per tutti coloro che fossero interessati all'addebito automatico su conto corrente della suddetta quota, c'è la possibilità di effettuare il pagamento RID presentando la delega al collegio IPASVI per autorizzare CRESET ad effettuare tale tipo di riscossione.

I colleghi i quali desiderano essere cancellati dall'iscrizione al collegio per pensionamento o cessata attività e che non hanno più intenzione di esercitare alcuna attività assistenziale infermieristica nemmeno occasionale, devono presentare domanda scritta ufficiale di cancellazione in carta da bollo entro il mese di ottobre. Per eventuali dubbi contattare il collegio al numero 0342218427 negli orari di segreteria.

\* Tesoriere Collegio IPASVI



Parliamone

Copyright by Collegio IPAS.VI. - Sondrio

Publicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IPAS.VI.

Viene inviato in abbonamento -

si prega pertanto di comunicare tempestivamente

il cambio di indirizzo al Collegio IPAS.VI. - via Aldo Moro, 32  
23100 Sondrio

E-mail: info@ipasviso.org

PRESIDENTE: Tonino Trinca Colonel

VICE PRESIDENTE: Marisa Ambrosini

SEGRETARIO: Gisella Tridella

TESORIERE: Elena Valli

CONSIGLIERI:

Marisa Bordoni - Olga Cedro - Arianna Fiorelli - Tiziana Giaconi - Romina Loreti - Monica Rita Nonini - Caterina Panizza - Gabriella Perotti - Ercole Andrea Piani - Francesca Piganzoli - Maria Emilia Porta

REVISORI DEI CONTI:

Presidente Giancarlo Bottà - membro effettivo Milena Spandrio  
membro effettivo Francesca Vitalini - membro supplente Carla Fallini

REDAZIONE:

Tonino Trinca Colonel - Marisa Bordoni - Chiara Fognini  
Caterina Panizza - Ercole Piani - Carmela Ongaro.

HANNO COLLABORATO:

Alomar, Roberta Cecini, Raffaella A.A. Cordelli, Gloria Ciapponi,  
Chiara Fognini, Tiziana Giaconi, Gianoli Daniela, Maria Cristina Manca,  
Ercole Piani, Gisella Tridella, Tonino Trinca, Elena Valli.

# "LA PAURA DELLA MORTE NELLA PERSONA AFFETTA DA PATOLOGIA TERMINALE: assistenza infermieristica ospedaliera o territoriale?"

Infermiere Raffaella A.A. Cordelli\*

*"La morte come la nascita fa parte della vita, camminare consiste sia nell'alzare il piede sia nel posarlo."*

(Tagore)

## INTRODUZIONE

Artefici di una cultura che celebra un uomo immaginario senza fragilità e limite alcuno troviamo, proprio nelle radici di queste idee illusorie, la nostra più intima natura: la nostra finitezza, la mortalità che è l'essenza dell'essere uomo, la resa del tempo e del corpo all'ineluttabile. Qui nasce la paura che più scuote l'animo umano e lo spirito romantico, nell'accezione più profonda del termine, rivive: la tensione verso l'infinito che si scontra con la finitezza del corpo. Nonostante faccia parte della nostra natura, la morte è ancora oggi un argomento tabù di cui è meglio non parlare; ed è probabilmente l'intima non accettazione in ognuno di noi di questa esperienza che genera, in ambito sanitario, il rischio del distacco e della riduzione ad una mera azione tecnicista l'intervento assistenziale (Kolva *et al.*, 2011). In passato la maggior parte delle persone moriva a casa circondata dai propri affetti, e sebbene inevitabile, la morte era vissuta come parte integrante della vita. Questa percezione nelle ultime decadi si è modificata e la morte al giorno d'oggi è sempre più percepita come un nemico dal quale bisogna difendersi o da cui bisogna fuggire.

Oggi la morte è essenzialmente un fatto sanitario, controllato con apparecchiature o trattamenti che la medicalizzano, un evento da privatizzare, da vivere in un contesto familiare sempre più ristretto ed isolato, in cui si favorisce una crescente solitudine del morente con conseguente difficoltà di comunicazione e di partecipazione. L'ospedale divenuto luogo in cui la maggioranza della gente muore, dove si compiono riti tecnici ed assistenziali che tendono a dare risposte a qualsiasi bisogno, ma che di fronte alla realtà della morte che si avvicina si trovano sempre più in difficoltà ad elaborare un vero percorso umano. Alla luce di ciò che è appena stato detto, sempre più il personale infermieristico deve saper identificare e far fronte alle problematiche di fine vita, confrontandosi coi pazienti e con le loro vulnerabilità emotive. Una risposta empatica alla sofferenza è la *conditio sine qua non* per un'assistenza infermieristica che guardi in modo olistico alla persona e ad ogni sua necessità (Penson *et al.*, 2005). Nel momento in cui l'assistito entra nella fase di palliazione della propria patologia i pesi, sia fisici che psicologici, cambiano: l'ansia e la paura aumentano nel momento in cui la persona diviene consapevole dell'inefficacia dei trattamenti medici per arrestare la malattia e conseguentemente della diminuita aspettativa di vita (Roth *et al.*,

2007). Il termine "palliativo" come già espresso nella stessa etimologia del termine (dal latino *pallium* ovvero, mantello) evoca appunto l'immagine di un mantello che avvolge un corpo, a simbolizzare quel senso di protezione totale che l'assistenza infermieristica deve garantire all'assistito: controllando tutti i sintomi dolorosi sia fisici che psicologico-spirituale come l'ansia e la paura della morte. Come la letteratura riporta, gli elementi più comuni che delineano la paura di morire nei pazienti terminali sono: la paura della perdita di sé, dell'ignoto, del dolore, della sofferenza e della separazione dalle persone amate (Braun *et al.*, 2010) ed ancora: la disabilità, il deturpamento fisico e la dipendenza da altre persone (Kolva *et al.*, 2011). La paura della morte accomuna la maggior parte delle culture e da sempre l'umanità ha cercato di superarla attraverso la religione, la filosofia, l'arte e la scienza. Nel corso dei secoli, l'opera intellettuale e creativa di teologi, filosofi, artisti e scienziati ha mostrato un incessante tentativo di comprendere la morte: momento di inevitabile scontro di ogni uomo con la propria finitezza e i propri limiti e, esperienza universale in grado di mettere in crisi ogni "sapere". "La paura della morte è un'emozione, un movimento, un'inquietudine nell'ignoto" (Lévinas, 1996). Se, in termini generali, la paura è un riflesso naturale indispensabile alla sopravvivenza, dal momento che consente di identificare il pericolo e mettersi in salvo, quando essa diventa cronica o insorge attivandosi ripetutamente non rappresenta più una difesa salvavita ma diventa un atteggiamento disadattivo che crea difficoltà e malessere: influisce negativamente sulla qualità di vita, aumenta l'insonnia, crea sfiducia nel personale medico e infermieristico e diminuisce la *compliance* alla terapia (Kolva *et al.*, 2011). La qualità della vita di un assistito che vive la fase terminale della propria malattia è aggravata da una serie di problematiche che coinvolgono più sfere: non solo quella fisica ma anche quella emotiva, psicologica, sociale, spirituale e comunicativa. In media, ogni paziente terminale vive all'incirca 11 sintomi e fra questi, una percentuale che si assesta fra il 13 e il 79% sperimenta ansia e paura di morire (Higginson *et al.*, 2008). Nonostante la rilevanza del tema, fino ad oggi, esigui sono stati gli sforzi di ricerca volti a studiare questa problematica: per troppo tempo infatti la medicina non ha dato il giusto valore a questa paura ancestrale dell'uomo. Importanti passi avanti sono però stati compiuti nell'ultimo decennio ed in particolare, la pietra miliare in questo percorso di riconoscimento è stata posta nel momento in cui la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), associazione scientifica di rilievo internazionale, ha classificato la "*Death Anxiety*" come autonoma diagnosi

infermieristica (Lehto *et al.*, 2009). Proprio perché la valutazione dello stress psicologico può non essere di facile comprensione e gestione, vengono in aiuto del team sanitario scale di valutazione appropriate: una delle più utilizzate è la DAS (*Death Anxiety Scale*) oggetto di studio nell'articolo di Kenneth *et al.* (2011). Questa, creata nel 1970, ancora oggi rappresenta in tutto il mondo il più valido e più utilizzato strumento di valutazione della paura e dell'ansia di morire; tradotta in 15 lingue, composta da 15 *item*, ne esistono 2 format: vero-falso o *Likert-type* (per ognuno dei 15 *item* si deve esprimere un valore di accordo/ disaccordo e la somma dei 15 giudizi delinea l'atteggiamento del soggetto nei confronti dell'oggetto indagato). Questo strumento, per quanto importante, non è però altro che un valore aggiunto alla professionalità e alle conoscenze dell'infermiere in grado di impostare un'efficace relazione d'aiuto basata sull'ascolto, sulla fiducia e sul dialogo (Penson *et al.*, 2005). Lo stato di malattia infatti non è un evento solo biologico ma è un evento che influenza tutta la persona e gli operatori professionali non possono essere formati solo a percepirla essenzialmente come una raccolta di segni e sintomi fisici. Se una valutazione oggettiva e scientifica, come quella garantita da una scala di valutazione, è parte fondamentale per un'efficace assistenza infermieristica certo questa non può indagare e comprendere quell'unicità di valori, credenze e aspettative di cui la persona è portatrice. Fondamentale è quindi: non solo comprendere la paura provata dall'assistito ma anche, e soprattutto, comprendere la persona che prova tale paura. Aiutare un paziente nel suo processo del morire deve essere espressione di una solidarietà che nasce già dalla comune situazione umana che unisce infermiere e assistito. L'empatia, "*il sentire con*" è dunque l'elemento in grado di fare la differenza per fornire una relazione d'aiuto efficace e strutturata: a tal proposito è interessante mettere in luce ciò che emerge dallo studio svolto da Braun *et al.* (2010) e cioè, la stretta relazione che intercorre fra le paure vissute e superate o non superate degli infermieri nei confronti della morte e le paure dell'assistito: se l'infermiere ha vinto le proprie "zone d'ombra", i propri timori e le proprie difficoltà nei confronti della morte, la persona assistita mostrerà a sua volta una maggior serenità e una diminuzione delle proprie paure. Questo, a riprova del ruolo chiave che il professionista infermiere riveste: specchio emotivo e punto di riferimento per l'utente. L'assistenza alle persone che stanno per morire rappresenta una vasta ed

importante porzione della professione infermieristica; è un percorso di accompagnamento lungo il loro ultimo, e forse il più importante, viaggio nella vita; oltre ad occuparsi della gestione dei segni e dei sintomi che la patologia terminale comporta, la professione infermieristica ha il dovere di aiutare la persona a gestire le proprie preoccupazioni e timori e, l'ansia e la paura della morte *in primis*. Se questi ultimi due termini vengano usati specularmente, doverosa è però una distinzione: se il concetto di paura è correlata ad un senso di apprensione associato ad una minaccia o ad un pericolo specifico, l'ansia rimanda invece ad una paura inconscia e generalizzata in risposta a una minaccia vaga e non specifica. Queste due emozioni spesso tendono a intrecciarsi e a fondersi in uno stato d'animo dai contorni vaghi e sfumati che genera profondo malessere nella persona: "*dal punto di vista clinico, l'ansia e la paura possono coesistere nella stessa persona in risposta ad una determinata situazione*" (Carpenito-Moyet, 2006). A testimonianza di quanto appena asserito, una parte importante della bibliografia da me reperita ruota in maggior misura attorno al termine "*Anxiety*" rispetto a quello di paura: come se quest'ultima non ne fosse che una delle molteplici componenti. Nel vivere insieme la fase dell'accompagnamento alla morte condividiamo un'esperienza umana rispetto al tempo e all'incontro che è preziosa sia per chi assiste sia per chi viene assistito. Comprendere l'individualità del vissuto emotivo significa per il professionista infermiere aderire ad un

modello assistenziale fondato sul rispetto della soggettività di ogni paziente e delle sue emozioni, permettendo così di erogare un'assistenza fondata sulla consapevolezza del valore e sull'unicità di ogni persona. L'unicità che cogliamo in ogni assistito ci rimanda inevitabilmente alla nostra unicità di esseri umani ancor prima di essere calati nel ruolo di erogatori di assistenza. Nel mio percorso formativo l'entrare in contatto con la sfera di emozioni legate al morire ha scosso quel mondo di certezze che forse ognuno di noi si crea come una barriera per proteggersi da tutto ciò che non è possibile controllare direttamente e ha evocato una moltitudine di emozioni che hanno suscitato profonde riflessioni sulla vita e di conseguenza sulla morte. La difficoltà di accettare questo momento di passaggio l'ho sentita anche riecheggiare in me e da qui è nata la difficoltà di trovare una modalità efficace per stare vicino e accogliere le paure delle persone con cui mi rapportavo. Lunghi ed assordanti i silenzi, in cui la paura veniva soffocata, a volte interrotti da domande: dirette, crude e taglienti a cui era difficile trovare risposte, di fronte alle quali ci si sente piccoli ed impotenti. Diverse sono le sfumature e le modalità con cui gli assistiti esprimono il disagio e le emozioni e altrettanto differenti e variegati sono le risposte e gli atteggiamenti che i responsabili dell'assistenza mettono in atto. Ho potuto constatare come nel rapportarsi, non esista una modalità universalmente valida



in ogni situazione e con ogni persona. Nello svolgere questa professione ognuno di noi porta anche le proprie paure, il proprio vissuto e le modalità relazionali e comunicative generate da esso. Essere infermiere comporta non solo l'acquisizione di tecniche e nozioni scientifiche ma anche la conoscenza delle proprie emozioni per poter entrare in contatto con la totalità

dell'altra persona. Riconoscere i propri limiti e prendersi cura delle proprie paure, attraverso un atto di umiltà, rappresenta non solo un momento di crescita professionale ma anche personale. Perché come scrisse Stanley Hauerwas: "Noi non sempre possiamo curare ma possiamo sempre aver cura" in prima istanza di noi stessi e conseguentemente dell'Altro.

**REPORT DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA**

<b>Q</b>	<b>UESITO:</b>
<b>P&amp;P</b>	Ansia e paura di morire nella persona affetta da patologia terminale
<b>I</b>	gestione infermieristica al domicilio
<b>C</b>	gestione infermieristica in ambiente ospedaliero
<b>O</b>	riduzione dell'ansia e della paura di morire

**FONTI BIBLIOGRAFICHE**

**Linee guida e revisioni sistematiche**

Data base: **COCHRANE**  
Disponibile da [www.summaries.cochrane.org/](http://www.summaries.cochrane.org/)  
Search strategy: "anxiety" AND "cancer" AND "palliative care" AND "cancer"  
Limits: "cancer" [Health Topic] AND "Palliative and supportive care" [Health Topic]  
Consultato il: 07.07.2012  
Revisioni sistematiche reperite: 58  
Revisioni sistematiche selezionate e pertinenti: 0  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search strategy: "Anxiety" [MeSH Terms] AND "Cancer" [Text Word] AND "Terminal" [Text Word]  
Limits: Published Date from 07/07/2007 to 07/07/2012; Anxiety [Title/Abstract] AND Cancer [Title/Abstract] AND Terminal [Title/Abstract] AND "Humans" [MeSH Terms]  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 37  
Documenti selezionati e pertinenti: 3  
1) Yao C., Shao-Yi C., Ching-Yu C., Tai-Yuan C., (2007) Does Dying at home Influence the Good Death of Terminal Cancer Patients? *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (5): 497-504  
2) Kenneth D., Fereshte E., (2011) Psychometric properties of the death anxiety scale (DAS) among terminally ill cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29 (4): 359-371  
3) Kolva E., Rosenfeld B., Pessin H., Breitbart W., Brescia R., (2011) Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 42 (5): 691-701  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search Strategy: "Anxiety" [MeSH Terms] AND "Management" [Text Word] AND "Advanced" [Text Word] AND "Cancer" [Text Word]  
Limits: Published date: from 01/01/2007 to 07/07/2012; Anxiety [Title/Abstract] AND "Management" [Title/Abstract] AND "Advanced" [Title/Abstract] AND "Cancer" [Title/Abstract] AND "Humans" [MeSH Terms]  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 20  
Documenti selezionati e pertinenti: 1  
4) Roth A., Massie M. (2007) Anxiety and its management in advanced cancer. *Current opinion in supportive and palliative care*, 1 (1): 50-56  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search Strategy: "Anxiety" [MeSH Terms] AND "Fear" [All fields] AND "Attitude to death" [MeSH Terms] AND "Nursing" [MeSH Terms]  
Limits: Published date: from 07/07/2007 to 07/07/2012, "Humans" [MeSH Terms]  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 9  
Documenti selezionati pertinenti: 1  
5) Lehto R., Stein K. (2009) Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice*, 23 (1): 23-41  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search Strategy: "Fear" [MeSH Terms] AND "Terminal care" [MeSH Terms] AND "Neoplasm" [MeSH Terms] AND "Attitude to death" [MeSH Terms]  
Limits: Published date: from 01/01/2005 to 07/07/2012  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 17  
Documenti selezionati pertinenti: 1

7) Penson R., Partridge R., Shah M., Giansiracusa D., Chabner B., Lynch T. (2005) *Fear of death Oncologist*, 10 (2): 160-9  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search Strategy: "Dying" [All Fields] AND "oncology" [All Fields] AND "nurses" [MeSH Terms]  
Limits: Published date: from 07/07/2007 to 07/07/2012  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 23  
Documenti selezionati pertinenti: 1  
8) Braun M., Gordon D., Uziely B., (2010) Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology nursing forum*, 37 (1): 43-9  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search Strategy: "patient satisfaction" [MeSH Terms] AND "neoplasms" [MeSH Terms] AND "Home care services" [MeSH Terms] AND "Death" [MeSH Terms]  
Limits: Published date: from 01/01/2006 to 07/07/2012  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 12  
Documenti selezionati pertinenti: 1  
9) Gomes B., Higginson I., (2006) Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*, 332 (7540): 515-521  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search Strategy: "Advanced" [All Fields] AND "Cancer" [All Fields] AND "Home" [All Fields] AND "Dying" [All Fields]  
Limits: Published data: From 07/07/2007 to 07/07/2012, Humans [MeSH Terms]  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 12  
Documenti selezionati pertinenti: 1  
10) Higginson I., Costantini M., (2008) Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European journal of cancer*, 44 (10): 1414-24  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search Strategy: "Decision Making" [MeSH Terms] AND "attitude to death" [MeSH Terms] AND "patient preference" [MeSH Terms]  
Limits: Published data: from 07/07/2007 to 07/07/2012  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 23  
Documenti selezionati pertinenti: 1  
11) Escobar Pinzon L. C., Claus M., Zepf K. I., Letzel S. Fischbeck S. Weber M., (2011) Preference for place of death in Germany. *Journal of palliative medicine*, 14 (10): 1097-1103  
Data base: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search Strategy: "Attitude to death" [MeSH Terms] AND "Hospices" [MeSH Terms] AND "Terminal care" [MeSH Terms]  
Limits: Published data: from 07/07/2007 to 07/07/2012  
Consultato il: 07/07/2012  
Documenti reperiti: 46  
Documenti selezionati pertinenti: 1  
12) Bell C. L., Somogyi- Zalud E., Masaki K. H., (2010) Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. *Journal of pain and symptom management*, 39 (3): 591-604  
Database: **PUBMED**  
Disponibile da: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)  
Search strategy: "home care services" [MeSH Terms] AND "neoplasms" [MeSH Terms] AND "palliative" [All Fields] "nurses" [All fields]  
Limits: Published Date from 23/08/2008 to 23/08/2012  
Consultato il: 23/08/2012  
Documenti reperiti: 35  
Documenti selezionati e pertinenti: 1  
13) Ward-Griffin C., McWilliam C., Oudshoorn A. (2012) Negotiating relational practise patterns in palliative home care. *Journal of Palliative Care*, 28 (2): 97-104

**DISSERTAZIONE**

La gestione della paura e dell'ansia dell'assistito vengono spesso risolte tramite la mera somministrazione di farmaci: ansiolitici e antidepressivi (Kolva *et al.*, 2011). Se però riduciamo ad un puro problema tecnico le emozioni che imprigionano il crepuscolo della vita di una persona, allora anche noi operatori sanitari ci esentiamo dalla domanda circa il loro intrinseco e profondo significato. La fase avanzata di malattia viene definita da Lehto *et al.* (2009) un "vivere morendo", racchiudendo in questa etichetta quella complessa rete di problematiche fisiche, emotive e spirituali che la persona vive. Se è nella consapevolezza della mortalità che la paura della morte affonda le sue radici più profonde, il grado e l'intensità della paura varia da individuo a individuo: se qualcuno può infatti riflettere razionalmente e riconoscere la paura che ne genera, altri possono invece negarla, reprimerla o sostituirla con emozioni come la rabbia o altre manifestazioni emotive che celano in realtà una paura profonda o forse, "La paura" più profonda (Kübler-Ross, 2008). Chi presta assistenza ha il compito fondamentale di identificare e comprendere i complicati meccanismi di difesa messi in atto dai pazienti e a volte di farsi interprete dell'incapacità di comunicare le proprie ansie e paure. Queste emozioni se non considerate adeguatamente possono infatti degenerare in una *malattia nella malattia* in grado di interagire negativamente nel percorso clinico dell'assistito (Kolva *et al.*, 2011). La paura può infatti andare oltre dall'essere una mera emozione e trasformarsi in un elemento stressogeno e maladattivo: per evitare che questo avvenga è necessario un approccio competente, integrato e multidisciplinare da parte dell'equipe assistenziale. Nell'ambiente dell'assistenza domiciliare questi aspetti risultano ancora più rilevanti: è assolutamente necessario una comune visione degli scopi, delle procedure e dei mezzi da impiegare affinché l'utente si trovi inserito in un contesto familiare (fra le rassicuranti mura domestiche) ma allo stesso tempo si senta protetto e tutelato da operatori che collaborano in un clima sereno in cui viene condiviso ogni aspetto (Higginson *et al.*, 2008). La revisione di Gomes *et al.*, (2006), nasce dall'approfondimento di 58 studi provenienti da differenti banche dati scientifiche che interessano lo studio di 1,5 milioni di persone provenienti da 13 paesi differenti. Si occupa dell'individuazione dei fattori che influenzano la decisione del paziente terminale di morire a casa rispetto all'ambiente ospedaliero. Tali elementi sono stati suddivisi in 3 macrogruppi: fattori legati alla malattia (in particolare: tumori solidi, lunghezza della malattia e compromesso stato funzionale), fattori individuali (un ruolo chiave è giocato dalla consapevolezza della propria condizione: più è elevata e più la scelta ricade sull'ambiente casalingo) ed infine, fattori ambientali (persone anziane appartenenti a contesti rurali ma soprattutto il poter contare su un efficiente servizio di cure infermieristiche domiciliari). Il dato che maggiormente viene sottolineato è, anche in questo studio, come sia fondamentale adottare una strategia multidisciplinare per l'assistenza domiciliare degli utenti che, se condotta adeguatamente: aumenta la sensazione di autonomia delle persone, riduce il numero delle visite mediche o il ricorso al pronto soccorso, migliora la situazione psicosociale e la qualità della vita, riduce le paure e gli stati d'animo d'ansia grazie



alla barriera familiare e protettiva delle mura di casa, riduce il rischio di una ospedalizzazione d'urgenza e di conseguenza l'attuazione delle ultime cure in ambiente ospedaliero. Kolva *et al.*, (2011), lamentandosi della scarsità degli studi riguardanti l'impatto dell'ansia sulla qualità di vita nei pazienti terminali, le cause e le conseguenze della stessa, ha approfondito tali aspetti dimostrando come ansia e paura di morire siano stati d'animo frequenti e deleteri negli assistiti terminali: significativi livelli di ansia e paura sono stati stimati in una percentuale che va dal 25% al 48% dei pazienti. Oggetto della ricerca sono state 194 persone: di queste, 103 hanno ricevuto assistenza infermieristica ospedaliera mentre all'incirca l'altra metà (93) hanno ricevuto assistenza infermieristica domiciliare. Il risultato ottenuto rappresenta un'eccezione nel panorama della mia ricerca in quanto questo, è l'unico studio in cui non si individuino differenze sostanziali di livelli di ansia fra i due setting considerati: negli utenti di entrambi i gruppi la paura di morire risulta medio-alta (livelli di ansia di molto superiori alla media sono stati riscontrati nelle pazienti di sesso femminile, non sposate e con importanti deficit funzionali) senza alcuna riduzione apprezzabile tramite la gestione domiciliare. Altro studio meritevole di interesse è quello condotto da Yao *et al.*, (2007) svoltosi presso l'Ospedale Universitario di Taiwan. L'importanza del presente studio è quello di fornire una panoramica su come venga vissuta la paura di morire in un contesto geografico e socio-culturale lontano dal mondo occidentale e che necessariamente implica scale valoriali differenti. Dalla ricerca emerge come l'essere seguiti al domicilio nella fase palliativa rappresenti uno dei fattori fondamentali per una "buona morte": è proprio la vicinanza della famiglia e degli affetti che forniscono al morente quel senso di sicurezza, di appartenenza e di identità che lo aiutano a superare la paura. Nonostante la ricerca in questione sia riferita ad un contesto asiatico l'autore, estende i risultati del proprio studio anche ai paesi occidentali affermando che il morire a casa, assistiti da un servizio infermieristico domiciliare, rappresenti un elemento fondamentale per una morte più serena. I risultati del suddetto studio sono stati tratti dalla valutazione di 374 questionari sottoposti ad altrettanti pazienti divisi in 2 gruppi: 307 assistiti in ospedale (82,1%) e 67 assistiti al domicilio (17,9%). Il questionario, realizzato da medici ed infermieri, è composto da 3 parti: la prima indaga le caratteristiche demografiche, la seconda è rappresentata da una "scala di valutazione di buona morte" e la terza valuta la validità dei servizi messi in atto per garantirla (assistenza infermieristica domiciliare). Nello specifico: la scala di valutazione di buona morte valuta 5 item: la consapevolezza, l'accettazione, il rispetto

della volontà del morente, il tempo per prepararsi alla morte ed il *comfort* fisico/gestione dei sintomi (valutato 3 giorni prima dell'evento) mentre la scala di valutazione dei servizi messi in atto per garantire una morte serena valuta: il rispetto della dignità della persona, la partecipazione dell'assistito nel processo decisionale, il rispetto delle sue ultime volontà e l'alleviamento della paura. L'analisi dei risultati delle suddette scale ha messo in luce come il punteggio associato ad ogni item sia nettamente più elevato nel gruppo dei pazienti assistiti al domicilio tranne nel caso dell'item "comfort fisico e gestione dei sintomi". Alla luce di quanto appena detto due sono dunque gli spunti di riflessione su cui focalizzare l'attenzione: il primo è una implicita richiesta di miglioramento del servizio di assistenza domiciliare soprattutto per quanto attiene alla gestione delle problematiche di ordine pratico ed il secondo aspetto è l'impatto emotivo che hanno sull'assistito le strutture sanitarie: percepite come comunità ansiogene che acutizzano la paura di morire e che sradicano gli utenti dalle proprie certezze. Se la casa viene vissuta come un nucleo protettivo l'ambiente ospedaliero viene invece percepito come un'ulteriore minaccia di danno o di perdita di elementi significativi in ambito relazionale, familiare e sociale inducendo nell'assistito un vero e proprio *stress da ospedalizzazione*. L'obiettivo dello studio condotto da Escobar Pinzon *et al.*, (2011), relativo all'ambito tedesco, è stato quello di esplorare la tipologia di assistenza: ospedaliera o domiciliare scelta dalle persone per le proprie ultime cure. Lo studio trasversale è basato su un campione casuale di circa 5.000 assistiti deceduti tra il 25 maggio e 24 agosto 2008. I parenti di queste persone sono stati contattati e intervistati dopo la morte dei congiunti tramite un sondaggio scritto: 4.967 sono i questionari inviati di cui completati 1378, ottenendo un tasso di risposta del 36%. I risultati ottenuti sono i seguenti: il 93,8% degli assistiti esprime il desiderio di avvalersi di un sistema infermieristico domiciliare, mentre il rimanente 6,2% di un'assistenza ospedaliera. Nella revisione della letteratura condotta da Bell *et al.*, (2010) l'autore, sottolinea le peculiarità di un'assistenza infermieristica domiciliare efficace nel ridurre la paura di morire; i punti luce messi in evidenza sono: capacità empatiche e relazionali, efficace controllo dei sintomi, contatti con l'hospice/ reparto di oncologia, integrazione dei familiari nel processo di assistenza, messa in atto di un processo assistenziale basati su interventi di provata efficienza ed efficacia ed un percorso terapeutico e palliativo strutturato *ad personam* dagli operatori e condiviso con l'utente. Tutto ciò contestualizzato in un ambiente in cui il l'utente percepisce ancora la "normalità del vivere", trova

# PIANETA ANZIANI: come avvicinarlo

di Maria Cristina Manca\*



*“Il progresso morale dell’umanità lo si deve ai vecchi. I vecchi diventano migliori e più saggi e trasmettono la loro esperienza alle generazioni. Senza di loro l’umanità rimarrebbe stazionaria.”*  
(Lev Tolstoj)

Nel 2040 un europeo su tre avrà più di 65 anni. In Italia, nel 2011, gli ultrasessantacinquenni erano 12.384.963 a fronte di una popolazione totale di 59.433.744. L'invecchiamento è un fenomeno naturale, rappresenta una tappa dello sviluppo dell'organismo obbligatoria per tutti, ma che non si manifesta con le stesse modalità in ogni individuo. E', infatti, influenzato da una serie di fattori endogeni ed esogeni che, interagendo tra di loro, determinano una varietà di situazioni che spesso non consentono di distinguere ciò che è dovuto al normale invecchiamento da quanto è dovuto a malattie croniche associate. Gli studi longitudinali hanno fornito informazioni che hanno permesso di differenziare l'età geriatrica in tre sottogruppi: giovani/vecchi (65-74 anni), vecchi vecchi (74-84 anni), molto vecchi (oltre 84 anni): da ciò risulta evidente che i diversi bisogni dei singoli sottogruppi richiedono approcci mirati. La conseguenza più importante dell'involuzione funzionale dell'organismo è la riduzione della capacità di adattamento all'ambiente che con il passare degli anni rende l'anziano sempre più **fragile**, esponendolo, magari per una banale malattia, ad uno scompenso globale. In realtà nessuna malattia proprio per questo deve essere considerata "banale".

Le principali caratteristiche del paziente in età avanzata nei confronti della malattia sono le seguenti:

- precarietà della capacità omeostatica (o di adattamento)
- coesistenza di problemi psicologici, sociali, economici che interferiscono con la malattia stessa
- rischio di complicità a cascata
- possibilità di perdita dell'autosufficienza totale o parziale.

Vale la pena di soffermarsi sullo "scompenso a cascata" così grave e temibile, spesso irreversibile se non previsto e riconosciuto per tempo, attraverso due esempi. Primo esempio: un soggetto affetto da insonnia e disturbo comportamentale notturno viene trattato con uno psicofarmaco sedativo; la farmacocinetica alterata, comportando accumulo del farmaco, induce eccessiva sedazione e confusione mentale, cui seguono alterazione dell'equilibrio, caduta, frattura del femore, sindrome da immobilizzazione fino all'exitus. Secondo esempio: una febbre elevata può favorire l'insor-

genza di uno stato confusionale che comporta riduzione dell'assunzione di liquidi. Ne segue grave disidratazione, insufficienza renale, peggioramento dello stato confusionale e relative conseguenze. L'anziano malato ha quindi necessità di un trattamento **mirato, immediato e competente**, che preveda anche la riabilitazione.

Tra le caratteristiche della malattia in età geriatrica si è fatto cenno alla perdita dell'autosufficienza, che rappresenta sicuramente una delle conseguenze più gravi. Per "non autosufficienza" si intende l'incapacità e a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane. Essa è, pertanto, un'entità funzionale che consegue alla rottura del delicato equilibrio tra i vari meccanismi che regolano la salute fisica, mentale e le condizioni ambientali.

Nei soggetti di età oltre i settantacinque anni aumentano le malattie, tendono ad accentuarsi problemi assistenziali e la solitudine e quindi è sempre più alto il rischio di non autosufficienza.

In età avanzata il concetto di buona salute assume un significato diverso: la qualità della vita diviene l'obiettivo principale sia in campo sanitario che sociale. L'interazione tra salute fisica, mentale, aspetti sociali ed economici tende a farsi sempre più stretta con l'avanzare dell'età, per cui la stima dello stato di salute comporta necessariamente la valutazione di tutti gli aspetti attraverso un "approccio **multidimensionale**".



Il modello ad oggi dominante di tipo tecnico, parziale, meccanicistico, fondato sulla cura della malattia, dell'organo e non della persona malata, prodotto dall'evoluzione storica della medicina, deve essere superato in ambito geriatrico da un **modello olistico** capace di rispettare la complessità umana in tutte le sue dimensioni. Il modello olistico, che configura l'uomo come unità inscindibile, biologica, psicologica e sociale è l'unico possibile nei confronti dell'anziano, in quanto è il solo che possa produrre risultati in termini di qualità della vita. L'approccio olistico può realizzarsi soltanto attraverso una metodologia che si avvalga di una valutazione olistica del paziente, perciò nell'ambito dell'intervento sanitario oltre all'approccio clinico strumentale tradizionale, **necessario e competente**, bisogna

determinare il grado di funzionalità residua e la possibilità di incrementare/mantenere l'autosufficienza. Una valutazione geriatrica ideale deve avere le seguenti caratteristiche:

- valenza multidimensionale che comprenda informazioni su parametri fisici, cognitivi, sociali per fornire un'immagine completa del paziente
- importanza preminente deve essere attribuita alle prestazioni funzionali, in quanto correlate al mantenimento dell'autonomia
- interdisciplinarietà dell'equipe valutativa, che deve prevedere figure professionali diverse (geriatra, infermiere, assistente sociale, fisioterapista ecc.) per fornire una risposta completa ed efficace.
- uso di protocolli standardizzati (scale di valutazione)

In sintesi i principali obiettivi della valutazione multidimensionale (VMD) sono quello di individuare precocemente i soggetti a rischio di perdita dell'autonomia e quello di fornire una risposta adeguata al bisogno nell'ambito della rete ai servizi (famiglia, residenza sanitaria-assistenziale (RSA), centri diurni, ospedale, assistenza domiciliare integrata (ADI) ecc.)

Gli anziani che beneficiano maggiormente di questo approccio sono quelli "fragili" cioè a rischio di perdita dell'autosufficienza e quindi di istituzionalizzazione.

- Gli strumenti utilizzati per la VMD devono possedere alcune caratteristiche
- attendibilità (devono essere stati validati e utilizzati su vasta scala)
  - breve durata di esecuzione
  - facile procedura di somministrazione
  - ripetibilità

Va comunque sottolineato che soltanto personale **adeguatamente formato e professionalmente preparato** può essere in grado di utilizzare adeguatamente le scale di valutazione.

Il lavoro dell'equipe multidisciplinare richiede infine disponibilità al confronto e "humilitas" da parte di tutti i componenti perché è soltanto dal rispetto di tutti questi presupposti che può scaturire un risultato positivo.

\*medico geriatra Direttore Sanitario RSA

## Descrivi i problemi generali concernenti la venipuntura e poi fai riferimento alle infusioni

Abbiamo avuto modo di intrattenerci con una Collega che ha voluto sottoporci un proprio "compito di nursing" datato 10 febbraio 1993, ha voluto pubblicarlo in modo anonimo per ricordare il suo Tutor Giovanni Gandossini che su questo elaborato, come su tanti, si era soffermato a lungo dopo averlo corretto. E' ancora un modo bello per ricordare il grande Giovanni. (n.d.r.)

Tutte le volte che un comune mortale entra in ospedale per qualsiasi motivo, si imbatte nel giro di pochi secondi in un flacone per fleboclisi, che può seguire il paziente anche fuori dal letto, che resta attaccato al "malcapitato" per giorni e lo tormenta; ogni qualvolta giri la testa verso il comodino cinque/ sei flaconi lo salutano; ogni tanto l'infermiera interviene per prelevare un po' di sangue; centinaia di esami attendono il campione; quando passa il medico aggiunge qualche farmaco endovena su un "non si preoccupi, vede la stiamo curando, in flebo è più rapido".

Riflettendo un attimo su tutta questa premura nell'invasare la barriera naturale dell'uomo, dobbiamo arrivare a domandarci: "ma è tutto così necessario o serve anche a coprire le spalle alla medicina ed agli operatori sanitari, responsabili in maniera diversa, che così mettono in un flacone la propria coscienza e l'appendono per far sì che tutti la vedano"?

Tutti gli allievi hanno degli accessi maniacali nei confronti della venipuntura; l'obiettivo del corso triennale sembra purtroppo essere limitato a questo.

Non si riesce a capire perché il fatto di "scimmiettare" il medico dia una così grande gratificazione, quando l'autonomia di pensiero e di azione sui veri problemi infermieristici viene così "snobbata".

Evidentemente il sistema ci spinge verso il fatto di essere un minimedico e non un maxiinfermiere.

Non molti anni fa la venipuntura era praticata più limitatamente: da una parte le persone erano piuttosto scettiche verso questa pratica (a torto?), si sottoponevano ad esami proprio in casi particolarmente gravi oppure se costretti da un ricovero; dall'altra è diventata una pratica più accessibile, sia per le offerte di mercato, sia per alcuni indiscussi effetti rapidi e validi. Ora il fatto di avere il colesterolo a 220, la pressione arteriosa diastolica a 95 sono diventate paranoie da vivere tutti i giorni seduti al tavolino del bar: perché stiamo perdendo il fatto di riconoscere e scindere ciò che è veramente importante da ciò che è futile?

Tornando a noi, dovremmo soffermarci ancora sul fatto che la diagnosi nel nostro ambiente ha preso la fetta di torta più grande.

Il medico quando non sa più che pesci pigliare ordina esami, esami, esami..... e quando finalmente trae le proprie conclusioni ed espone il verdetto, il popolo trema: "L'é propre brau, l'ha capi cusé che gu"? Ma a curare lo sfortunato chi provvede? Mettiamo una fleboclisi con un nuovo farmaco molto costoso, deve per forza fare effetto.

Le case farmaceutiche ci sguazzano, flaconi con l'etichetta disegnata da... , nuove provette in tinta con la vestaglia del paziente, siringhe a forma di Bugs Bunny per i bambini, farmaci sempre più costosi con astuccio personalizzato, apparecchi per glicemia in pelle o a fiorellini: fra poco avremo 2000 dipendenti in laboratorio ed a consegnare i campioni e dieci infermieri che cureranno sommariamente il malato in dieci reparti diversi perché "Non possiamo fare i miracoli, manca personale"!! Dopo aver anelato il compito con il mio cinismo, ritorniamo in classe.

L'aumento di queste pratiche ha comportato per l'infermiere una maggiore responsabilità, oltre a quella che dovrebbe avere di solito: la preparazione, il trasporto, la custodia attenta ed il praticare il farmaco, il prelievo o l'infusione, il controllo costante dell'andamento del paziente ed eventuali effetti del farmaco dovrebbero far rizzare costantemente le orecchie dell'infermiere.

Egli deve eseguire queste pratiche solo in ospedale o cliniche universitarie, con il medico reperibile in qualsiasi momento, ma dovrebbe anche rendersi conto che principalmente egli stesso può provocare complicanze al malato, lievi o gravi che possano essere; questo pensiero dovrebbe sempre accompagnarlo ogni qualvolta si accinga ad iniziare questa pratica: la regola dell'asepsi è fondamentale per la venipuntura; bisogna crederci senza alternative: le infezioni specialmente in ospedale sono in agguato, il fatto di avere spesso davanti pazienti immunodepressi deve farci riflettere: è necessario esporli ulteriormente? Ho visto pazienti edematosi essere punti fino a dieci volte per trovare la vena a tutti i costi, liquido trasudatizio uscire dai fori per tutto il giorno dopo, parenti accanirsi nel volere la fleboclisi pensando che possa fare miracoli....

Ma nessuno spiega loro la diversità fra utile e miracoloso?

# ALOMAR - Onlus

## (Associazione Lombarda Malati Reumatici)

**A**LOMAR - Onlus (Associazione Lombarda Malati Reumatici) opera nel campo del volontariato dal 1986, ha sede a Milano presso l'Istituto Gaetano Pini. La Sezione di Sondrio è operativa dal Dicembre 2003, presso l'Ospedale di Sondrio.

### COME OPERIAMO

- Gestiamo un centro di ascolto e di aiuto
- Miglioriamo la qualità di vita dei malati reumatici
- Favoriamo l'informazione
- Organizziamo attività di gruppo
- Attiviamo una collaborazione diretta fra medico e paziente
- Lavoriamo in sinergia con Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale, Enti territoriali e altre Associazioni.

Per ALOMAR quindi, è fondamentale promuovere attività atte a migliorare la qualità di vita partendo dall'informazione.

- L'informazione si attua tramite
- incontri di auto mutuo aiuto (come affrontare problemi comuni dove ciascuno offre e riceve aiuto)
- incontri informativi mensili aperti al pubblico con tematiche specifiche condotti da medici e specialisti
- divulgazione di notizie tramite i mass media locali, il notiziario dell'Associazione e il sito ALOMAR

• incontri sul territorio e la giornata del malato reumatico

Oltre all'informazione, ALOMAR associa attività di gruppo preposte a socializzare, stimolare il movimento, ridurre il dolore, recuperare funzionalità motorie, impedire l'aggravamento della malattia, correggere i fattori di rischio ed ottenere un miglior benessere psicofisico.

I servizi erogati sono:

- Sportello psicologico individuale e familiare
- Incontri di gruppo sulle tecniche di rilassamento psicofisico condotte dallo psicologo
- Idrokinesiterapia in piscina con il fisioterapista
- Movimento in musica con lo specialista: incontri settimanali di gruppo per tutte le età.

Infine ALOMAR si pone l'obiettivo di lavorare in sinergia collaborando con Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale, Enti e Associazioni Territoriali e Regionali per attuare progetti, realizzare iniziative e favorire l'acquisto di nuovi strumenti diagnostici e curativi, a favore dei Malati Reumatici, al fine di erogare servizi sempre più mirati e qualificati presso gli Ospedali locali evitando così ai pazienti gli ulteriori disagi che comportano i continui spostamenti fuori Provincia.

### I NOSTRI CORSI

- **Sostegno Psicologico di gruppo ed individuale.**
- **Corso di Idrokinesiterapia.**
- **Corso di Movimento in musica.**
- **Sostegno Psicologico di gruppo ed individuale - condotto dalla Dott.ssa Manuela Bassi.**

ALOMAR ha come principale finalità il recupero del benessere psicofisico. Star bene non equivale all'assenza di disturbi, ma si riferisce al riuscire ad

essere pienamente soddisfatti della propria esistenza, nonostante la presenza di eventuali disturbi connessi alla malattia reumatica.

L'attività psicologica dell'Associazione si esprime in due tipologie di intervento: la "Consulenza psicologica individuale" e i "Gruppi di crescita" per malati reumatici e per i genitori dei bambini affetti da patologia reumatica.

I "Gruppi di crescita" si differenziano in due categorie:

- "Oltre la malattia reumatica": che accoglie persone affette da malattie reumatiche e non; e che avrà l'obiettivo di aiutare a riscoprire la persona al di là della malattia.
- "Il gruppo genitori": che accoglie genitori di bambini affetti da patologia reumatica che consentirà uno scambio e un confronto al fine di accettare, trovare senso e crescere insieme.

Vorrei soffermarmi su una fascia particolare di pazienti reumatici auto immuni e precisamente: i bambini, gli adolescenti ed i giovani adulti. Queste tre età particolari della vita di una persona presentano di per sé a volte percorsi difficili da affrontare anche quando non ci sono problemi di salute, immaginate quando durante il cammino della vita si incontra la malattia con tutti i suoi annessi e connessi.

Le malattie reumatiche severe, come vengono classificate le nostre, non sono una prerogativa delle persone anziane ma possono colpire anche i bambini.

La malattia a volte esordisce in modo subdolo senza segni esteriori, per cui il dolore può essere scambiato per un disagio momentaneo che il bambino esterna attraverso il proprio corpo. Ma poi con il trascorrere del tempo il dolore non passa e iniziano a comparire i primi segni clinici come gonfiore al ginocchio o alle dita delle mani, rigidità articolare ecc.

A questo punto, pensare ad una malattia reumatica risulta più facile, ma nel frattempo sono trascorsi mesi durante i quali il bambino non è stato sottoposto a cure specifiche.

Intervenire tempestivamente è quindi fondamentale. Solo una diagnosi corretta e precoce, associata a farmaci mirati può controllare la malattia e aiutare i piccoli pazienti a migliorare in modo significativo la qualità della loro vita.

Inevitabilmente la malattia del bambino coinvolge i familiari, i quali spesso devono convivere non solo con il dolore ma anche con l'ansia e l'isolamento.

Per sopperire almeno in parte al loro disagio l'Associazione ALOMAR Sezione di Sondrio ha organizzato, da oltre sette anni, uno sportello psicologico di gruppo per i genitori dei bambini.

Vorrei soffermarmi sulla nostra esperienza per quanto riguarda questo tipo di assistenza.

L'aiuto ai genitori dei bambini malati è molto importante, immaginate qualsiasi genitore che riceve la notizia della diagnosi di malattia auto immune del proprio figlio.

Oltre alla preoccupazione della malattia e la preoccupazione di dover somministrare al proprio figlio terapie importanti, si aggiunge il disagio che provocano i dolori del piccolo

paziente e di conseguenza la tristezza dei genitori nel vedere il bambino soffrire senza neppure sapergli spiegare il perché.

Il piccolo paziente vive la dura realtà come un castigo perché oltre a dover sopportare i dolori deve affrontare i disagi che provoca la disabilità, la sofferenza di non poter giocare come gli altri bambini, il piccolo paziente non riesce ad accettare che deve fare le punture e nonostante quelle non riesce a divertirsi come vorrebbe con i suoi amici.

Tutto questo può generare isolamento fisico e mentale e può compromettere la comunicazione con i propri genitori.

Penso che chiunque abbia avuto la fortuna di diventare genitore, abbia pronunciato questa frase: "qualsiasi cosa debba capitare speriamo capiti a me, non voglio vedere soffrire mio figlio".

Direi che a questo punto è importante parlare del nostro sostegno.

Da sette anni in ALOMAR, si organizza il sostegno psicologico di gruppo rivolto ai genitori, con risultati soddisfacenti a detta dei partecipanti, la maggior parte dei piccoli pazienti sono curati presso i Centri specializzati della Reumatologia Infantile, vengono valutati e controllati periodicamente e poi tornano in Valle con il programma terapeutico da seguire. Il gruppo che si è organizzato è formato anche da genitori di adolescenti, età molto particolare della vita di ogni persona, specie se è malata. I genitori faticano non poco a consigliare lo stile di vita sano che dovrebbero seguire, questi ragazzi non ubbidiscono più, vogliono fare a modo loro quindi oltre al problema della malattia i genitori si ritrovano a fare i guardiani, disastro famigliare.

I genitori, riunendosi in gruppo, riescono vicendevolmente a dare sfogo alle loro ansie e paure e si scambiano le loro esperienze, abbiamo inoltre verificato che le coppie che hanno il problema in famiglia riescono a comunicare meglio che a casa.

La terza fascia di età che soffre il proprio disagio e che avrebbe bisogno di un supporto in tutti i sensi, è la fascia del giovane adulto, ossia la persona malata in età lavorativa.

La persona con diagnosi di malattia reumatica cronica che deve lavorare per mantenere la famiglia oppure deve lavorare perché vive sola sono realtà da tenere in considerazione.

Nella nostra associazione abbiamo tante persone di questa categoria questa categoria iscritte, ma purtroppo non vengono in sede, non frequentano i nostri corsi.



### Corso di Idrokinesiterapia condotto dal Dott. in Fisioterapia Marco Gianoncelli

Il movimento è importante perché il movimento è vita, effettuato con regolarità influisce positivamente sul benessere psicofisico delle persone e ne migliora la qualità di vita.

Il movimento rafforza i muscoli e lubrifica le articolazioni, mantiene l'elasticità dei movimenti, aumenta la coordinazione e l'equilibrio, rallenta la naturale perdita di calcio delle ossa, diminuisce il rischio di cadute.

Fondamentale è trovare il movimento idoneo per ogni tipo di patologia.

ALOMAR ha preso in considerazione il movimento in acqua per aiutare anche quella categoria di persone la cui disabilità limita il regolare movimento delle articolazioni, per preparare i pazienti che devono sottoporsi ad operazioni di protesi o per riabilitare gli arti nella fase post operatoria. I cicli di Idrokinesiterapia si svolgono presso la piscina di Sondrio.

L'attività si svolge in acqua bassa (max 1.40).

Effetti terapeutici del movimento in acqua:

- La terapia in acqua ha raggiunto una posizione di rilievo in campo terapeutico e riabilitativo.
- L'acqua rappresenta un mezzo ideale per il benessere psicofisico di ogni persona.
- Nelle patologie reumatiche cronico-degenerative ne completa il percorso riabilitativo e curativo.
- In acqua i pazienti con problemi funzionali e infiammatori si muovono con facilità e minor dolore per l'assenza di gravità.
- Le articolazioni non sono soggette a nessun tipo di trauma.
- Il recupero motorio è più rapido.
- Previene le riacutizzazioni infiammatorie diminuendo il fabbisogno di farmaci antinfiammatori e antidolorifici.
- Stimola la respirazione, il sistema cardiovascolare e linfatico.
- Stimola la confidenza con l'acqua e rafforza la sicurezza, la socializzazione e la condivisione.
- Induce al rilassamento.

### Corso di Movimento in musica condotto dalla Dott.ssa Ilaria Negri

Perché questo tipo di corso e perché in ALOMAR?

Il segreto della nostra salute è racchiuso in un perfetto equilibrio energetico di comunicazione tra il cervello e il corpo. Oggi la popolazione occidentale è soprattutto focalizzata sulla testa con la quale dirige e controlla le altre dimensioni (corporea, spirituale) e questo comportamento va a scapito del concetto di uomo come unità di mente, corpo e spirito. Ogni pensiero, ogni emozione non espressi, ogni azione inibita crea dei blocchi e degli squilibri energetici che si manifestano anche fisicamente; alcune tecniche di respirazione e movimento ricontattano il blocco fisico per rievocare il trauma emotivo collegato e scioglierlo.

Il primo passo per raggiungere il benessere psicofisico è prendere coscienza del dolore e imparare ad ascoltare e riscoprire tutte le possibilità e sensazioni che il nostro corpo, anche nella malattia, ci può offrire.

Perché la musica? La musica è l'ambiente in cui siamo immersi fin dal primo momento del concepimento. Le vibrazioni sonore ricreano le condizioni per liberare le emozioni, per trovare il piacere di esprimersi attraverso il proprio gesto con spontaneità, semplicità, naturalezza.

La vita è un suono fin dalle origini, abitare un gesto nel suono significa ritrovare il piacere e dimenticare il dolore.

Sulla base di questo principio, ALOMAR da sette anni ha proposto ai malati reumatici della provincia di Sondrio questa nuova strategia curativa.

Concludo il mio intervento confermando che i benefici riscontrati dalle persone che hanno partecipato a questi corsi condotti dagli specialisti sono stati ampiamente testimoniati e siamo sempre più convinti nell'affermare che la cura farmacologica coadiuvata da terapie psicofisiche sono un'accoppiata vincente per alleviare il dolore e migliorare la qualità di vita dell'ammalato.

Uno dei momenti del corso di Movimentoterapia.



### Per informazioni:

I Volontari sono presenti dalle ore 15 alle ore 18, presso la Sede ALOMAR ubicata al pianoterra del corpo di collegamento fra il padiglione Nord e il padiglione Sud dell'Ospedale di Sondrio in Via Stelvio, 25  
Tel. 0342 521489 - Fax. 0342 521489  
www.alomarsondrio.it  
info@alomarsondrio.it  
alomarsondrio@yahoo.it  
Cellulare:  
Silvia 3290285616  
Rita 3381046809

# PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM

## nella gestione del bambino autistico

di Gianoli Daniela\*

Con questo approfondimento bibliografico ho voluto indagare l'utilizzo dello strumento PECS (Picture Exchange Communication System) nella gestione del bambino autistico. Più precisamente ho voluto analizzare, dopo aver osservato l'efficacia del trattamento PECS come programma educativo specifico scelto appositamente per il bambino preso in esame nel caso clinico, quanto un bambino autistico riesca a comunicare i propri bisogni, in maniera autonoma, nonostante i gravi problemi di comunicazione. Innanzitutto bisogna precisare cosa si intende per disturbo autistico: è una sindrome comportamentale causata da un disordine di sviluppo, biologicamente determinato, con esordio nei primi 3 anni di vita. Le aree prevalentemente interes-



sate da uno sviluppo alterato sono quelle relative alla comunicazione, all'interazione sociale, al gioco simbolico e funzionale. Per quanto riguarda la comunicazione si ha una compromissione qualitativa del linguaggio anche molto grave fino a una totale assenza dello stesso. Inoltre si manifestano importanti difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva, sia con gli adulti che con i coetanei, che si evidenzia con comportamenti comunicativi, anche non verbali, non adeguati all'età, al contesto o allo sviluppo mentale raggiunto, presentando interessi ristretti e comportamenti stereotipati e ripetitivi. Per questo motivo si può evidenziare come è necessario far apprendere ai bambini autistici delle abilità comunicative efficaci per rispondere ai propri desideri e bisogni in modo socialmente adeguato. Per promuovere una comunicazione funzionale è stato creato, nel 1985, un sistema di comunicazione alternativa per scambio di simboli: il PECS.

I bambini che utilizzano questo strumento di comunicazione imparano dapprima a rivolgersi al partner comunicativo e dargli un'immagine dell'oggetto che desiderano, in cambio dell'oggetto (fase 1), ma poi combinano più immagini creando una varietà di strutture comunicative fino a dimostrare l'abilità di fare richieste e commenti spontanei (fase 6, l'ultima). Così facendo, il

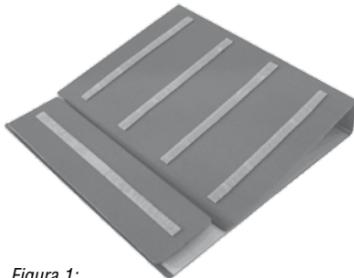


Figura 1: Quaderno di comunicazione PECS.

bambino prende l'iniziativa in un atto comunicativo che risulta una conseguenza concreta all'interno di un contesto sociale. Gli elementi principali e fondanti del PECS sono i materiali, in quanto permettono al bambino di comunicare efficacemente con il partner educativo. Questa interazione è basata sullo scambio di tessere neutre, sulle quali successivamente vengono rappresentate delle immagini che il partner educativo crea, a seconda dello scopo che vuole raggiungere. L'ambiente educativo è semi-strutturato: nonostante si predilige uno scambio "a tavolino", nella realtà si pone attenzione al volere del bambino.

Inizialmente sono presenti sulla scena: il bambino, il prompter fisico (dietro allo stesso) e il partner educativo di fronte (fase 1). Successivamente la figura del prompter scompare. Prima di iniziare l'insegnamento PECS, è necessario attuare un'osservazione per capire cosa piace allo studente in modo da utilizzarla come rinforzo durante il processo. In sintesi: nella prima fase il bambino apprende la natura del linguaggio, vale a dire: rivolgersi ad un'altra persona (allungandosi verso di lei: l'approccio); compiere una certa azione (dare un'immagine); ricevere il risultato desiderato (l'oggetto richiesto).

La fase successiva è quella più importante, in quanto viene insegnato al bambino ad essere persistente nella comunicazione, cercare attivamente le immagini e portarle a qualcuno per fare una richiesta. Nella terza fase il bambino fa una richiesta specifica per un certo oggetto andando fino al libro di comunicazione, scegliendo l'immagine corretta (discriminazione dell'immagine), andando fino al partner educativo e dando l'immagine a quest'ultimo. Questa fase si suddivide in due parti la fase 3A e 3B. Nella prima, il bambino compie una discriminazione tra un'immagine di un oggetto ad alto gradimento e una di un oggetto non desiderato, mentre nella fase 3B il bambino discrimina tra due immagini di oggetti preferiti. Al termine della quarta fase, il bambino è in grado di strutturare una frase per fare una richiesta ben precisa: "voglio...". Nella quinta fase, il bambino fa richiesta spontanea per vari oggetti e risponde alla domanda

"cosa vuoi?". Nell'ultima fase risponde a più domande e fa richiesta e commenti spontanei.

Il PECS è un sistema pittorico che è stato sviluppato da Bondy & Frost (1994) i quali hanno pubblicato il manuale di formazione PECS.

In seguito sono stati effettuati diversi studi per dimostrare l'efficacia di questo strumento. Circa 5 anni dopo il lavoro di Bondy e Frost il PECS è stato introdotto in Gran Bretagna. In particolare questo primo studio, avvenuto in una scuola speciale, "school of linguistics and applied language studies", ha dimostrato che tutti i 20 bambini, tranne 1, hanno imparato l'uso del PECS per il soddisfacimento dei propri bisogni nonostante partivano da una ferma diagnosi di autismo e privi di linguaggio funzionale. Successivamente, lo studio di Marjorie H. Charlop-Christy et al. (2002), ha esaminato gli effetti della formazione PECS sulla comparsa del discorso, misurando i comportamenti socio-comunicativi e i comportamenti problematici. I risultati



Figura 2: Quaderno di comunicazione PECS con all'interno le tessere raffiguranti i bisogni del bambino; nell'ultima riga è presente la formulazione di una frase: "voglio mangiare il gelato".

sono stati positivi: è stato soddisfatto il criterio (80%) corretto per ogni fase; acquisite competenze PECS in una media di 246 prove (range 224-276); parlato spontaneo, imitazioni e comportamenti socio-comunicativi sono aumentati e i comportamenti problematici sono diminuiti. Howling ha voluto indagare se l'incremento della comunicazione da parte del bambino, dopo il training PECS, avveniva soltanto per soddisfare i propri bisogni o se si notava un aumento dell'interazione sociale, tenendo in considerazione la gravità di autismo e il livello di base del parlato, i risultati mostrano aumentate le



Figura 3: Un esempio di come l'infermiere spiega l'igiene della mani a un bambino che sta eseguendo il training del PECS. In ogni tessera viene raffigurato un passaggio.

richieste di oggetti e di aiuto ma non aumento dell'interazione sociale. I 2 studi successivi sono serviti per valutare l'aumento del vocabolario nelle varie fasi. Il primo è quello di Ganzi e Simpson (2004), il quale ha esaminato il ruolo del PECS nel miglioramento del numero di parole pronunciate, della complessità e lunghezza delle frasi. Si evince che lo strumento è stato padroneggiato rapidamente e gli enunciati sono aumentati. Nel secondo studio, Travis J. e Geiger M. (2010) hanno valutato se la lunghezza delle frasi nella fase 4 e i commenti nella fase 6 fossero aumentati e i risultati hanno dimostrato che vi è un aumento delle dichiarazioni verbali e dei commenti nelle fasi 4 e 6. Lo studio di Malhotra S. (2010) offre uno sguardo relativo all'utilizzo del PECS associato ad altre tradizionali tecniche nella gestione dei problemi della comunicazione e dei comportamenti autistici. Per questo motivo, durante lo studio il programma di intervento è stato pianificato in modo tale da aumentare la comunicazione e diminuire i problemi comportamentali attraverso l'associazione del PECS con la tecnica più usata per la gestione dei comportamenti stereotipici, il DRA (rinforzo differenziale di comportamento alternativo). I risultati hanno mostrato un aumento degli obiettivi comportamentali e un aumento della comunicazione. Con il PECS si migliora l'interazione comunicativa tra bambino-adulto. Carrer D. (2007), nel suo studio di coorte, evidenzia che la "prevenzione dell'errore" è più efficace della "correzione dell'errore" per far apprendere la relazione tra l'immagine e l'oggetto. Pasco G. e Tohill C. (2011) hanno condotto uno studio per facilitare la valutazione del livello di sviluppo dei potenziali utenti PECS e per questo vengono elaborate delle probabilità di progresso per fissare obiettivi realistici e raggiungibili.

Il sistema PECS ha guadagnato, negli anni, ampio uso per molte ragioni: richiede pochi movimenti motori complessi da parte del bambino; comporta un basso costo economico; è portatile e può essere adattato alle nuove tecnologie (tablet). I report indicano che può essere insegnato in un tempo relativamente breve. Un altro aspetto importante è che un gran numero di bambini che imparano il PECS sviluppano anche la lingua parlata. Il suo uso, inoltre, comporta una diminuzione del comportamento problematico migliorando il comportamento sociale. Nonostante tutti gli studi presi in esame abbiano risposto al quesito di partenza, è importante delineare quelli che sono i limiti della ricerca. Prima di tutto la dimensione



Figura 4: illustrazione della fase di discriminazione; presa della tessera e immagine del bambino che porge la tessera raffigurante l'oggetto desiderato in cambio dello stesso.

del campione d'indagine è ridotto e la replicabilità con l'aggiunta di soggetti è necessaria. Un secondo limite riguarda la difficoltà di comparare per metodi e obiettivi le varie ricerche in quanto manca un sistema comune di raccolta e valutazione dei dati. Inoltre è una tecnica che è stata studiata solo a livello di scuole speciali, non in ambienti ospedalieri o di riabilitazione.

In conclusione, tutti gli studi esaminati hanno dimostrato che attraverso lo strumento PECS la maggioranza dei bambini autistici sono riusciti a comunicare i propri bisogni non solo attraverso lo scambio di immagini ma arrivando addirittura a utilizzare parole o formulando frasi. Si sottolinea inoltre come nella realtà sanitaria, il lavoro d'equipe sia importante e fondamentale per sostenere il training del bambino. tutte le figure professionali devono essere coinvolte per raggiungere il risultato prefissato. l'infermiere è l'unica figura professionale sempre presente all'interno del reparto e quindi l'unico ad avere la possibilità di osservare il bambino in tutte le sue attività quotidiane.

Per questo motivo viene istruito in modo da poter essere in grado di portare avanti il programma educativo del bambino nel momento in cui gli altri specialisti sono assenti, di conseguenza, è importante come una tecnica prettamente educativa come il PECS sia stata introdotta nella cartella infermieristica.

\* Infermiera presso alla clinica San Martino, Malgrate. 349/7599399.

# SE NON ORA, ADESSO

L'arrivederci della nostra Redazione a don Gallo

di Chiara Fognini\*



**S**eimila persone al funerale di Don Andrea Gallo, il "prete del marciapiede", come lui stesso amava definirsi, fratello e compagno, guida e maestro di tanti..., amico degli ultimi, dei poveri, e fondatore della comunità di San Benedetto al porto di Genova, centro di accoglienza per persone in difficoltà, che ancora oggi continua ad accogliere gli emarginati ed i più fragili.

Difficile raccontare in poche frasi il senso delle battaglie di una vita: questo articolo non vuole essere un mero riassunto di 84 anni vissuti "contro" da colui che in molti si limitano semplicemente a definire "prete rosso". Al di là di "rosso" e "nero", chiunque si soffermi solo sulle apparenze di un sacerdote con il pugno chiuso, che canta "bella ciao" dall'altare sbaglia: ogni gesto ha la sua storia, che non può essere giudicata senza prima essere conosciuta.

Decine di fonti, sul web o su carta, oltre agli scritti e ai libri che don Andrea stesso ha lasciato, sono lì per chiunque voglia documentarsi sulle sue opinioni, sui più disparati temi, sia politici che religiosi.



**U**na delle ultime sfide di Don Gallo, del 1 marzo scorso, è stata quella di convincere l'amministrazione comunale di Pegli a vietare l'apertura dell'ennesima fabbrica di illusioni (una grande sala da gioco di oltre 500 metri quadri, nel comune ligure).

Il gioco d'azzardo patologico, o ludopatia, sta diventando un problema per troppe famiglie.

Attratti da vincite di soldi apparentemente facili, i giocatori patologici danno attenzione ossessiva al gioco, rincorrono il miraggio di una vincita "risolutiva" per coprire le ingenti perdite subite, e perseverano nel gioco a costo di mentire, ai familiari e a se stessi, perdendo denaro, affetti e lavoro. Definito dal DSM IV come "comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che comprende gli aspetti della vita personale, familiare e lavorativa del soggetto", tale fenomeno è in crescente aumento, grazie in parte anche alla continua apertura di nuove sale da gioco.

Il suo pensiero graffiante su questioni "delicate" ha infatti spesso diviso l'opinione pubblica, di cattolici e non: divorzio, omosessualità, pedofilia del clero, tanto per citarne alcune.

Ma al di là delle sue idee "scomode", Don Gallo presenta e rappresenta l'altra faccia della Chiesa, quella che spesso dimentichiamo: una casa accogliente, che ha il compito di portare in salvo, non di giudicare. In una presentazione del suo libro, illustrato da Vauro, "Come un cane in Chiesa", Gallo porta come esempio la sua esperienza di bagnino nelle colonie salesiane: "...quando c'è un naufrago, lo si porta a bordo: non gli si chiede prima: "sei in Grazia di Dio? Hai detto le preghiere?...fa in tempo ad affogare!"...Gallo sogna una Chiesa solidale, al fianco dei bisognosi, e mentre critica incessantemente la corruzione che regna al suo interno, ne sente forte però il desiderio e la volontà di cambiamento: bisogna "cercare il fuoco sotto la cenere di questa Chiesa malata"...e vede, dopo l'elezione di Papa Francesco, uno spiraglio di luce: "Ecco ora Francesco che sbarca qui a San Pietro portandoci quel messaggio di evangelizzazione di cui tanto avevamo bisogno. Altro che *extra omnes!* Non fuori tutti, ma dentro tutti! La Chiesa è aperta, è comunione: ecco cosa ci ha detto subito Francesco alla

sua prima apparizione. «Dentro tutti», perché il primo valore da riconoscere a una persona è il suo essere figlio o figlia di Dio, indipendentemente dalla confessione cui appartiene, per questo riceverà sempre dalla Chiesa un messaggio di misericordia e non di intransigenza. Le Crociate sono finite da un pezzo, anche se qualcuno le vorrebbe sempre fare"; l'elezione di Bergoglio, continua, "è un forte segnale di rottura non solo nella Chiesa, anche nel mondo. Forse soltanto così si spiegano gli attacchi che gli sono stati rivolti e che sono tutti strumentali", riferendosi alle ombre nel suo passato durante la dittatura argentina.

Ma il cambiamento non arriva solo dall'alto, viene da ognuno di noi. Viviamo in un presente fatto di "se": "se avessi", "se fossi"... nell'attesa che qualcosa accada, e continuiamo a lamentarci per ciò che non abbiamo.

"In questo momento sento una forte indignazione, contro l'indifferenza di coloro che continuano a far finta di niente o hanno fatto finta di niente fino a ieri e adesso invocano un cambiamento. [...] Sono più che indignato, sono proprio incazzato, non si può dire, ma è così". ("Se non ora, adesso." Don Gallo)

E allora rimbocchiamoci le maniche, facciamo qualcosa nel nostro piccolo, anziché puntare sempre il dito sugli altri o rischieremo di finire nel mucchio di tutte quelle persone che noi stessi condanniamo. Non possiamo sempre lamentarci di quanto le cose vadano male, se poi non ci impegniamo per farle andare meglio. Non lagniamoci di quel che non possiamo ottenere, ma custodiamoci e valorizziamo al meglio ciò che ci appartiene.

Ascolto, tenerezza, comprensione, professionalità... sono tutte doti da coltivare anche nel nostro lavoro turno dopo turno. Certo non è semplice, ma cerchiamo di fare nostro questo semplice messaggio che don Andrea ci lascia. Da subito.

\*commissione Redazione Parliamone

## La dipendenza da gioco

Allarmanti i dati, diffusi dai quotidiani locali<sup>1</sup> anche nella nostra provincia: lo scorso 2012 ha visto un incremento del 110% dei nuovi casi di dipendenza da gioco d'azzardo seguiti dal servizio dipendenze dell'ASL (40 soggetti contro i 18 in cura nel 2011)... Senza calcolare che il fenomeno, in crescente aumento, è ancora visto come tabù, e le persone che si rivolgono ai servizi sono soltanto una minima parte del totale.

Cosa fare per contrastare il fenomeno? Se si pensa che il gioco d'azzardo sia diventato un problema per se stessi o per gli altri, il primo passo da compiere è quello di mettersi nelle mani di professionisti seri.

<http://www.giocaresponsabile.it/> è il sito della federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi e delle dipendenze, in cui si possono trovare notizie più approfondite in tema, un test che permette di riconoscere comportamenti di gioco patologici, una chat con esperti ed un elenco dei servizi territoriali di tutta Italia (per la nostra Provincia il SERT di Chiavenna). Gli

operatori rispondono alle domande anche telefonicamente, al numero verde 800 921 121.

Una parentesi particolare è da dedicare a tutte quelle dipendenze da gioco meno significative forse dal punto di vista finanziario, ma altrettanto dannose sul piano personale e sociale (Ruzzle, Sudoku, Playstation...). Al centro psichiatrico sulle dipendenze dell'Università di Pisa sono già arrivate molte segnalazioni, in primo luogo di donne che si ritrovano a giocare anche quattro ore al giorno, con una copertura del 50% del cosiddetto tempo sociale<sup>2</sup>. I giochi devono essere considerati passatempi per riempire pause, non devono farci perdere la cognizione del tempo... I nostri giorni in fondo, per chi lo avesse scordato, sono contati... Forse sarebbe più utile dedicare il proprio tempo ad altro e ad altri invece di perdere ore e ore isolati nel proprio mondo irreali.

<sup>1</sup> la Provincia di Sondrio

<sup>2</sup> Il Sole 24 ore



## Perché alla fine, Dio non ci chiederà se siamo stati credenti, ma se siamo stati credibili

*Negli ultimi mesi si sta diffondendo un po' ovunque una grande paura, per questa crisi inarrestabile, per l'incalzante mancanza di lavoro, e quindi per il futuro dei nostri giovani. Eppure non dobbiamo farci prendere dal panico: la strada verso la soluzione c'è, ed è alla portata di tutti, anche se difficile da praticare.*

*Quando non si sa dove si sta andando, è necessario sapere almeno da dove si proviene: sappiamo di essere tutti figli della grande Madre Terra. E dove andiamo, noi figli? Di sicuro, se continuiamo così, andremo dritto contro un muro. Siamo a bordo di un'astronave senza pilota, senza marcia indietro e senza freni.*

*Ma una via da seguire, una soluzione c'è: l'amore della Verità, la ricerca delle cause dell'ingiustizia, e il loro rimedio attraverso l'equità e la giustizia sociale, la cura dell'ambiente, il rispetto della democrazia, l'elogio delle differenze, il dovere di solidarietà e amore, l'uso dell'intelligenza della creatività, della spiritualità che sono patrimonio comune di tutte le donne e di tutti gli uomini.*

*Questi valori vanno recuperati a tutti i costi, perché sono il fondamento della nostra realizzazione in quanto esseri umani, e son il primo passo verso una ricostruzione del tessuto sociale a patto che si parta dal piccolo e dagli ultimi.*

*Ed è questa la "Buona Novella" che un vecchio uomo e prete di strada come me si sente di dover dare oggi a tutte le donne, gli uomini, i giovani di buona volontà, perché non si lascino abbattere dalle voci di chi, traendo alimento dai pur giusti timori e paure per il futuro che albergano in ognuno di noi, continua a proporre modelli e stili di vita che non sono più proponibili e che certamente vanno nella direzione del "che tutto resti come prima".*

*Questi chierici del "Capitale", questi profeti di sventura, questi portatori di disuguaglianza sociale vanno combattuti con le armi del buon senso, della voglia di rimboccarsi le maniche tutti insieme, dal desiderio di ricostruire un tessuto connettivo, creato dalla partecipazione e condivisione di tutti i cittadini.*

*Da prete e da cristiano, sento di dover dare in questo momento, agli inizi di questo 2012 che è stato da più parti definito come l'anno della paura, un messaggio di speranza.*

*Il cristiano non evade la storia, anche se deve mantenersi libero di rispondere in ultima istanza al Vangelo.*

*In un momento difficile come questo bisogna assumere posizioni coraggiose e annunciare parole profetiche, anche se scomode per l'ordine regnante (e ripugnante).*

*Questa crisi, a mio avviso, può diventare una grande occasione. Un'occasione alla portata di coloro che vogliono prendere il proprio compito sul serio, dimostrando di prendere sul serio se stessi. Cercare facili scorciatoie, infatti, significa spesso non arrivare da nessuna parte.*

*Usciamo dalla "società delle spettanze", per la quale ogni cosa è dovuta, sempre!*

*Perché non iniziare a chiedersi ogni giorno: cosa posso fare per la mia famiglia, il mio condominio, il mio quartiere, la mia città e infine per il mondo intero?*

*La verità è che il consumismo ci ha fiaccati tutti: non sarà facile disintossicarci. Eppure bisogna ripartire, momenti di caduta come quello che stiamo vivendo, caduta di valori, crisi profonda delle coscienze, da troppo tempo schiacciate dal mostruoso eppure adorato come un dio Capitalismo, che ha portato a una frammentazione a tutti i livelli, che ha portato alla distruzione di quel tessuto connettivo che solo può dare la possibilità alle persone di pensare, organizzarsi, reagire in modo sinergico e condiviso, sono decisivi per una rinascita "collettiva".*

*Occorre guardare con senso di realtà la situazione e affrontare le paure che ne scaturiscono, con la voglia di cambiare: un mondo nuovo è possibile, ma per andare verso questa possibilità è necessario che ognuno si interroghi, che ognuno si senta responsabile e agisca con rinnovato vigore.*

*Siamo tutti corresponsabili e tutti singolarmente chiamati alla ricostruzione di città, Paesi, nazioni che siano "a misura d'uomo": è inutile avere le mani pulite, se poi le teniamo in tasca.*

Dall'Introduzione a La buona novella. Perché non dobbiamo avere paura (Don Andrea Gallo)

▶ CONTINUA DA PAGINA 10

persone, oggetti e profumi a lui familiari. Dal recente studio di Ward- Griffin *et al.*, (2012) emerge come la figura dell'infermiere venga vissuta da parte dell'utente come punto centrale e rassicurante all'interno del *team* multidisciplinare, operando da *trait d'union* fra assistito, staff medico e famiglia. Nella ricerca viene anche analizzato il momento nodale del processo assistenziale: quello di passaggio dall'ambito ospedaliero a quello domiciliare: in questa fase cruciale è fondamentale che alla persona venga fornita quella continuità assistenziale che non gli faccia avvertire la sensazione di essere lasciata in balia di sé stessa al proprio domicilio. Il venir meno dell'ambiente ospedaliero può infatti essere vissuto come una perdita di figure di riferimento fondamentali e come la perdita di piccole ma importanti sicurezze aumentando così ansia e paure. Deve perciò prender vita un progetto organico di *care*, cioè presa in carico globale della persona, personalizzata e multidisciplinare, col coinvolgimento di personale medico (MMG e specialisti), infermieristico, operatori che si occupano di assistenza sociale e non ultima, la famiglia. Alla luce degli studi citati si può concludere sottolineando la forte valenza attribuita all'assistenza infermieristica domiciliare: la casa, scelta come luogo ultimo delle proprie cure, è molto più di uno spazio fisico e gli affetti lì custoditi rappresentano quel senso di sicurezza, di protezione e di amorevole appartenenza ad un gruppo familiare che condivide uno spazio denso di significati. Nel momento in cui l'infermiere attua assistenza all'interno di questa sfera privata ed intima, entra anch'egli a far parte di questa cornice di sentimenti, condividendo con l'assistito emozioni amplificate (Ward- Griffin *et al.*, 2012). Se l'ambiente ospedaliero viene vissuto come uno spazio più neutro ed impersonale, quello domiciliare rappresenta invece un contatto più intimo con l'assistito, il suo vissuto e le sue paure. La famiglia è un luogo sociale e di cura complesso e le relazioni tra utente- famiglia ed infermiere, a casa, hanno un peso molto maggiore rispetto all'ospedale. Andare al domicilio del paziente, ascoltarlo e coinvolgere i familiari richiede a noi, responsabili dell'assistenza, la capacità di accogliere e, se possibile, rispondere a problematiche sempre nuove, complesse e delicate. Le preoccupazioni e la paura di morire fanno sì che un sintomo moderato crei rapidamente un'ansia generalizzata che ben presto rende la situazione di ancor più difficile gestione al domicilio. La paura per la morte imminente è una sensazione devastante: ingigantisce ogni disturbo e rende intollerabili tutti i sintomi, tanto da consentirci davvero di parlare di "dolore totale" (Kolva *et al.*, 2011). Fondamentale è quindi il riconoscimento rapido della sua insorgenza ed un suo repentino trattamento grazie alla

condivisione multidisciplinare di un piano assistenziale in cui l'infermiere, anche al domicilio, assume un ruolo di primaria importanza. La capacità di stabilire una giusta risonanza emotiva col paziente e i familiari, la possibilità di valutare la natura dei rapporti umani all'interno del nucleo familiare, il concentrarsi sulla qualità di vita del paziente, considerando il malato e la sua famiglia come un'inscindibile unità di cura, il controllo del dolore e degli altri sintomi fanno dell'infermiere elemento fulcro della relazione d'aiuto: figura rassicurante che basa la propria professionalità sul "sapere, il saper fare ed il saper essere". L'assistito, nella fase terminale, vive una condizione caratterizzata da incertezza e paura in cui l'infermiere rappresenta quell'elemento quotidiano di "certezza" in un quadro di riferimento in cui regna la mancanza di ogni sicurezza (Ward- Griffin *et al.*, 2012). Accogliere ogni giorno all'interno della propria casa, fra i propri cari e i propri affetti, una persona in cui l'assistito ripone fiducia si tratta di una piccola ritualità quotidiana in grado però di regalare maggior serenità all'utente e di ridurre la paura di morire.

**BIBLIOGRAFIA**

Bell C. L., Somogyi- Zalud E., Masaki K. H., (2010) Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. *Journal of pain and symptom management*, 39 (3): 591-604  
 Braun M., Gordon D., Uziely B., (2010) Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology nursing forum*, 37 (1): 43-9  
 Carpenito- Moyet L. J. (2006). *Diagnosi Infermieristiche*. Terza Edizione. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.  
 Escobar Pinzon L. C., Claus M., Zepf K. I., Letzel S. Fischbeck S. Weber M., (2011) Preference for place of death in Germany. *Journal of palliative medicine*, 14 (10): 1097-1103  
 Gomes B., Higginson I., (2006) Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *BMJ*, 332 (7540): 515-521  
 Higginson I., Costantini M., (2008) Dying with cancer, living well with advanced cancer European. *Journal of cancer*, 44 (10): 1414-24  
 Kenneth D., Fereshte E., (2011) Psychometric properties of the death anxiety scale (DAS) among terminally ill cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29 (4): 359-371  
 Kolva E., Rosenfeld B., Pessin H., Breithart W., Brescia R., (2011) Anxiety in terminally ill cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 42 (5): 691-701  
 Kübler- Ross E. (2008). *La morte e il morire*. Assisi: La Cittadella Editore.  
 Lehto R., Stein K. (2009) Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice*, 23 (1): 23-41  
 Lévins E. (1996). *Dio, la morte e il tempo*. Milano: Jaca Book.  
 Penson R. Parrige R. Shah M. A. Giansiracusa D. Chabner B. A. Lynch T. J. (2005). *Fear of death Oncologist*, 10 (2): 160-169  
 Roth A., Massie M. (2007) Anxiety and its management in advanced cancer. *Current opinion in supportive and palliative care*, 1 (1): 50- 5  
 Ward- Griffin C., Mc William C., Oudshoorn A., (2012) Negotiating relational practice patterns in palliative home care. *Journal of palliative care*: 28 (2): 97-104  
 Yao C., Shao- Yi C., Ching- Yu C., Tai- Yuan C., (2007) Does Dying at home Influence the Good Death of Terminal Cancer Patients? *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (5): 497-504

\* Dott.ssa in Infermieristica Neo laureata A.A. 2011-2012 Università degli Studi di Milano Bicocca Sezione di Sondrio



pedala...  
col cuore

**La donazione è vita...  
IL COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI SONDRIO  
invita ad una numerosa partecipazione**

**DOMENICA 7 LUGLIO 2013**  
Cicloraduno (aperto a tutti)  
Gara ciclistica agonistica (riservata ai tesserati)  
26°Trofeo Polisportiva Valfurva

Art. 40  
CODICE DEONTOLOGICO  
2009

"L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e ricevere".



**S. Antonio V. - Passo Gavia**  
(m. 1338 slm) **16° Memorial Emilio Salvadori** (m. 2621 slm)

**PROGRAMMA**

- ore 7,00 ritrovo presso il complesso scolastico di S. Antonio Valfurva
- ore 9,00 partenza agonistica amatoriale e ciclo raduno
- ore 13,00 pranzo c/o piazza S. Caterina Valfurva e a seguire premiazioni individuali, a squadre ed estrazione premi a sorteggio.

La partecipazione è aperta a tutti i tesserati F.C.I., agli Enti della Consulta. Al Cicloraduno possiamo partecipare tutti gli appassionati

nati ciclisti purché in possesso di una discreta preparazione. Nel rientro in discesa si consiglia ai partecipanti di tenere una velocità moderata e di rispettare il codice della strada

**ISCRIZIONI:**  
Le iscrizioni sono aperte dal 1 giugno 2013 fino al 5 luglio 2013, le iscrizioni sul posto sono possibili sabato 6 e domenica 7 luglio (fino alle ore 8.30 del mattino).

- dal 1 maggio al 20 giugno quota partecipazione euro 18,00
- dal 21 giugno al 5 luglio quota partecipazione euro 25,00
- nei giorni 6 e 7 luglio in loco quota partecipazione euro 25,00

E' consigliata la preiscrizione.

E' necessario compilare il modulo on-line oppure il modulo cartaceo (da inviare via fax 0342/911423) presenti sul sito: [www.usbormiese.com](http://www.usbormiese.com). All'atto del ritiro del pettorale è obbligatorio dimostrare l'avvenuta iscrizione e pagamento della gara.



STIEM  
S.I.D.EM. S.p.A. - Prodotti Elettromedicali

**informazioni:** U.S.Bormiese - tel. 0342.901482 - [www.usbormiese.com](http://www.usbormiese.com)  
 Consorzio Tourisport S. Caterina Valfurva - tel. 0342.935544