

Parliamone

Anno 24 - N. 1 - Marzo 2014 - 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

NUOVE SFIDE

di Tonino Trinca Colonel

Secundo dati ISTAT (2012) in Italia la spesa sanitaria pubblica ammonta a circa 111 miliardi di euro corrispondenti al 7% del Pil con un investimento pro capite di 1.867 euro annui.

La crisi economico-finanziaria, che negli ultimi anni imperversa nello scenario internazionale ed ancor di più coinvolge il nostro Paese, perennemente afflitto dal suo pesante debito pubblico, ha portato ad una riduzione degli investimenti nel settore sanitario, relegando l'Italia per capacità d'investimento economico relativa alla spesa sanitaria pro capite, agli ultimi posti tra i Paesi della vecchia Europa.

L'assistenza sanitaria rappresenta il capitolo principale del welfare ed è soggetta a continui interventi di risparmio con decisioni che interessano risorse umane, risorse strutturali, servizi erogati, livelli essenziali d'assistenza e quote di spesa. Purtroppo, il motto "senza ridurre l'offerta in sanità si possono ridurre gli sprechi" non è facilmente perseguibile; in effetti dopo una razionalizzazione della spesa sanitaria intrapresa già da diversi anni, ulteriori margini di contenimento della stessa non appaiono ipotizzabili se non con ulteriori tagli dei fondi necessari per il buon funzionamento del sistema.

I nuovi indirizzi e le nuove scelte di politica socio-sanitaria dovranno temperare le consuete e ricorrenti finalità di equità, efficacia, efficienza e qualità del sistema sanitario con gli obblighi di contenimento di spesa.

Infatti i nuovi modelli organizzativi ed i futuri piani socio-sanitari, dovranno sempre più rispondere ad innegabili esigenze di riassetto, orientate ad oculati

investimenti delle risorse dedicate all'ospedalizzazione e, nel contempo, a sempre maggiori investimenti ed attenzioni alla rete socio sanitaria territoriale. Il sistema sanitario è ormai sempre più regionalizzato, tenuto conto che nel 2011 le famiglie, a livello nazionale, hanno contribuito con proprie risorse alla spesa sanitaria con una quota pari a 949,00 euro all'anno nel Mezzogiorno e di 1.222,00 euro all'anno nel Centro-nord.

Gli indirizzi da rispettare in merito ai posti letto dedicati alla rete ospedaliera, dettati dalla recente Legge n. 135 del 2012, sono di 3 posti ogni 1000 abitanti per i ricoveri acuti e 0,7 posti per i ricoveri riabilitativi. In Lombardia, le regole programmatiche del D.G.R. 1185 del 20 dicembre 2013 evidenziano dati inconfutabili: 3 milioni (il 30% della popolazione) di pazienti cronici assorbono il 70% dell'investimento regionale.

Per il 2014 si persegue un modello centrato sulla presa in carico integrata della persona in grado di garantire una continuità d'assistenza alla stessa tra servizi ospedalieri e territoriali; un ripensamento, insomma del modello assistenziale che punta su una rete sempre più forte di risposta socio-sanitaria sul territorio.

Occorre, pertanto, insistere sulla necessità di coinvolgere il corpo professionale infermieristico, quale interlocutore competente, nell'individuare e gestire le nuove esigenze di salute caratterizzate sempre più da cronicizzazione ed invecchiamento della popolazione.

Il ruolo di primaria importanza rivestito dagli infermieri nella

CONTINUA A PAGINA 2 ►



Staff Centro Post Acuti Sondrio

Le dieci intelligenze

di Ercole Piani

Mi capita spesso di pensare alla teoria di Howard Gardner che è professore di pedagogia e psicologia all'Università di Harvard. E' noto per il suo studio sulle intelligenze multiple. Ricordo che il genere umano, secondo l'autore, può disporre di dieci intelligenze che possono essere considerate il tesoro dell'umanità.

C'è chi possiede capacità di "favella", chi di ragionamento logico, chi di conoscenze matematiche, chi sa "tessere" relazioni chi esprime arte etc... L'autore, forse per consolar tutti, ritiene che è fortunato chi possiede almeno quattro intelligenze; tra l'altro viene citato, come esempio, che non sempre la capacità di potersi esprimere in più lingue, pur espressione d'intelligenza, può essere efficace se in tutte le lingue conosciute sono raccontate stupidate.

Personalmente mi ritengo una persona intelligente, ma se mi mettete a risolvere test di sequenze numeriche ottenete le prestazioni di una persona piuttosto stupida. Vi confesso in tutta onestà di non essere capace di utilizzare in modo corretto un p.c. e il telefono cellulare. Capite bene quanto mi consoli sperare di essere comunque intelligente in altri aspetti del mio pensare. Credo però che il tentativo teorico di Gardner abbia un valore in sé,

di là dalla dimostrabilità scientifica, nel restituirci una visione più complessa dell'intelligenza umana, spesso ridotta e, a mio avviso, erroneamente misurata, solo in termini di abilità logico-matematiche sulla misurazione delle capacità verbali e numeriche.

Questo non corrisponde automaticamente al successo personale e professionale. Infatti, negli ultimi anni, si è assistito a un crescente riconoscimento dell'importanza di altre capacità: comunicare con gli altri, perseverare, pianificare, ecc. Tutto questo può essere di grande aiuto e insegnamento nel ricordare che solo mettendo a disposizione un per l'altro le proprie intelligenze, si può esprimere in pieno cono-

scienza, attitudine e valore aggiunto proprio perché sicuramente saremo poveri di alcune abilità.

Quindi in tutte le esperienze umane, nelle attitudini, e ancor più nel lavoro, nello specifico nelle relazioni di aiuto che caratterizzano molte professioni in ambito sanitario e sociale, ognuno di noi, facendo tesoro delle dieci intelligenze apparentemente così banale, deve cercare nell'altro e negli altri valorizzazione che se reciprocamente espressa, può portare al massimo delle competenze rendendo molto più gratificante, al di là di ruoli o funzioni, il lavorare insieme.

E' forse opportuno ricordare, com'è capitato a me, quest'antica "storiella".

Bollino
tesseramento

2014

Collegio
IP-AS-VI
2014

All'interno

Formazione ECM 2014	2
Progetto dopo la malaombra	5
NISIDA: per un servizio sociale innovativo	3
2ª Giornata nazionale sulla libera professione	4
Convivere con la complessità	7-9
Organismo di coordinamento per la salute mentale	11
ECM novità	12
Determina del 17 luglio 2013	13-14
I mille volti dell'infermiere	15
A Faedo l'11ª Festa di laurea	15-16

PARLIAMONE ON LINE

Dal prossimo numero Parliamone potrà essere ricevuto dai nostri abbonati on line. Chiediamo a chi ne fosse interessato di comunicare al Collegio la richiesta e il proprio recapito di posta elettronica. Tale opportunità permette inoltre il risparmio di stampa e di invio a mezzo Poste Italiane.

► Continua dalla prima pagina

Nuove sfide

gestione della cronicità, caratterizzata da stabilità diagnostica terapeutica, è suffragato dall'enorme impegno assistenziale indirizzato al recupero o al mantenimento della migliore autonomia possibile.

Come punto di riferimento per i bisogni di salute dei cittadini, l'offerta territoriale per affrontare nel migliore dei modi la cronicità, deve prevedere l'istituzione di nuove figure come l'infermiere di famiglia, l'infermiere case manager del percorso assistenziale unitamente alla diffusione di strutture intermedie con vocazione assistenziale a gestione infermieristica.

A fronte di situazioni di cronicità scaturenti da diverse patologie, non ultime quelle tumorali, gli infermieri, devono essere maggiormente coinvolti nell'individuare le strategie necessarie per cercare di mantenere la domanda di salute economicamente sostenibile.

La professione ad oggi è poco considerata e le difficoltà di trovare degli interlocutori ai tavoli delle decisioni sembrano insormontabili.

Gli infermieri devono essere pronti ad raccogliere queste nuove sfide, colmando e rafforzando il percorso di professionalizzazione intrapreso. I primi ostacoli da rimuovere sono rappresentati dalla necessità di favorire la presa di coscienza da parte di tutti gli infermieri del percorso finora fatto: siamo i professionisti dell'assistenza, del prendersi cura, il nostro agire è indispensabile nel gruppo multidisciplinare di cura e di pari valore rispetto agli altri professionisti coinvolti.

La crisi economica per noi deve essere una spinta verso nuove opportunità: è scientificamente dimostrato, in termini di qualità di salute, che la presenza di più infermieri elevi efficienza ed efficacia delle risposte alle esigenze di cura; in presenza di un adeguato livello di assistenza, gli infermieri fanno la differenza, contenendo e limitando le infezioni, le cadute e le lesioni da decubito.

Il ruolo centrale ed unico dell'infermiere, nel prendersi cura dell'assistito, sarà a breve rafforzato dalla riconoscenza da parte della Conferenza Stato Regioni dell'ampliamento delle competenze specialistiche infermieristiche dirette all'aumento della risposta assistenziale offerta all'utente.

Il Natale al Centro Post Acuti di Sondalo

di Michela Zappa*



Si dice che i vecchi sono stanchi e aspettano quel momento. Io credo che non si è stanchi mai di vivere, forse la stanchezza proviene solo da una sterminata malinconia.

(Luca Goldoni, Dipende, 1980)

Il centro post acuti di Sondalo ha chiuso.

Per un'intera giornata, quella del 23 dicembre 2013, ospiti e operatori si sono trasferiti presso l'oratorio di Sondalo per condividere il pranzo e scambiarsi gli auguri di un sereno Natale.

L'idea di far trascorrere ai nostri ospiti una giornata diversa, al di fuori della struttura e soprattutto in compagnia anche dei propri familiari ci è sembrata bella e doverosa per far sì che la normale e lecita malinconia dei giorni trascorsi non attanagli il loro animo.

Dieci ospiti residenziali, un'ospite in diurno, tre ospiti che dopo un periodo di degenza con noi sono tornati a casa loro completamente autonomi e i loro familiari hanno onorato la nostra idea con la loro presenza.

Lo spirito, non solo natalizio, che

viviamo quotidianamente al centro è quello di una grande famiglia; condividiamo gioie e dolori, successi e fallimenti propri della natura umana, delusioni, domande insegnamenti e grandi soddisfazioni quando il nostro operato, semplice e professionale, riporta una persona a riacquistare la propria autonomia.

Sull'onda di questo spirito abbiamo pensato di occuparci dei nostri ospiti anche dal punto di vista culinario, ognuno di noi si è amorevolmente dilettato a preparare le pietanze.

Il menù prevedeva: le lasagne di Michela e Monica, le crespelle di

Eleonora e Chiara, l'arrosto ripieno e il polpettone di Maura, la lingua salmistrata (peraltro molto gradita) di Orsolina, le crocchette di patate e le ottime cremine da panettone di Simona.

Sottofondo di musica natalizia, risate, visi felici, operatori trafelati perché tutto andasse bene, momenti di commozione durante la lettura da parte di Alessandro Mazza (vice presidente Cooperativa San Michele) del biglietto d'auguri del nostro presidente e responsabile Ercole Piani che purtroppo per inderogabili impegni familiari non era con noi fisicamente.

E' proprio vero che quando sei circondato dall'effetto dei tuoi cari e dalle attenzioni di persone apparentemente estranee, quando gli acciacchi delle primavere involontariamente collezionate rimangono nella bacheca del tempio della sofferenza anche solo per qualche ora, lo sguardo si ravviva, il riso nasce spontaneo e il mondo torna essere quello dei tempi passati, quando non si aveva niente ma si aveva tutto.

Questo volevamo vivere assieme ai nostri ospiti, ai loro familiari, noi colleghi e amici.

Dai ringraziamenti ricevuti, dai sinceri abbracci, da qualche lacrimuccia scesa, pensiamo di esserci riusciti.

* Infermiera del Centro Post Acuti

Formazione ECM 2014

MARZO

31.3 APERTURA ISCRIZIONI I ED. "Governo clinico: Innovazioni, Monitoraggio performance cliniche, Formazione-Corso Fad in modalità residenziale

APRILE

12.4 I ED. "Strumenti per una lettura critica di un articolo scientifico" (Sala Vitali, 4 crediti ecm, h.14-18.30)

29.4 I ED. "Governo clinico: Innovazioni, Monitoraggio performance cliniche, Formazione-Corso Fad in modalità residenziale (20 crediti Ecm)

MAGGIO

12.5 "Passato e presente: evoluzione storico-normativa della professione infermieristica in provincia di Sondrio" (AOVV, 8.15-13.30, crediti ecm 4,75?)

LUGLIO

14.7 APERTURA ISCRIZIONI CORSO II e III ED. "Il ruolo e le responsabilità del professionista sanitario"

AGOSTO

1.8 APERTURA ISCRIZIONI "AIUTARSI AD AIUTARE"

25.8. APERTURA ISCRIZIONI II ED. "La complessità assistenziale e l'intensità delle cure (..)"

SETTEMBRE

19.9 II ED. "Il ruolo e le responsabilità del professionista sanitario" (Sala Vitali, 8 crediti ecm, h.8.30-18)

12.9 "Aiutarsi ad aiutare" (Sala Vitali, 8 crediti Ecm, h.8-17.30)

OTTOBRE

11.10 II ED. "La complessità assistenziale e l'intensità delle cure: nuovi approcci organizzativi nella presa in carico dell'utente" (Sala Vitali, 7 crediti ecm, h.9-17.30)

DICEMBRE

6.12 III ED. "Il ruolo e le responsabilità del professionista sanitario" (Sala Vitali, 8 crediti ecm, h.8.30-18)

Per qualsiasi informazione consultare il sito ipasviso.org o rivolgersi alla segreteria al num.0342/218427

AVVISO IMPORTANTE AGLI INFERMIERI

DIMISSIONI PROTETTE: Aiuta il paziente a ritrovare autonomia

Informa il Paziente in dimissione dall'ospedale che potrebbe aver diritto ad un periodo di riabilitazione e accompagnamento all'autonomia presso i Centri Post Acuzie presenti a Chiavenna, Morbegno o Sondalo. Per saperne di più rivolgiti al servizio fragilità dei distretti ASL di Bormio, Chiavenna, Morbegno, Sondalo, Sondrio o Tirano.

Posta elettronica certificata

Controlla il nostro sito internet a breve, ai primi 50 infermieri che ne faranno richiesta, la posta elettronica certificata verrà attivata gratuitamente.

NISIDA: una realtà multiprofessionale per un servizio sociale innovativo

a cura di Dell'Anna Clemente*

Cooperativa "Nisida" è stata fondata il 18 settembre 1990 su iniziativa di operatori provenienti dal mondo del volontariato in seguito formati professionalmente ed è una Cooperativa di tipo A (legge 381/91), O.N.L.U.S. di fatto, cioè un'impresa sociale che interviene nel mondo dei servizi alla persona attraverso la gestione, la progettazione e la promozione di interventi educativi e di animazione del territorio avvalendosi di educatori professionali, animatori, psicomotricisti, infermieri, operatori socio sanitari ed ausiliari socio-assistenziali.

La Cooperativa, per curare nel miglior modo gli interessi dei soci e lo sviluppo socio economico e culturale delle comunità, deve cooperare attivamente, con altri enti cooperativi, altre imprese, imprese sociali e organismi del Terzo Settore, su scala locale, nazionale e internazionale. Attualmente opera con i suoi 51 lavoratori principalmente nel territorio della Provincia di Sondrio e di Lecco.

Promossa inizialmente dalla Comunità Montana della Valchiavenna per operare nell'ambito delle disabilità gestendo il locale Centro socio educativo (C.S.E.) oltre ad interventi territoriali, ha poi cooprogettato e gestito, sempre in collaborazione con la Comunità Montana, il Servizio di Formazione all'Autonomia (S.F.A.).

In seguito ha ampliato il proprio raggio di azione anche ad altri e più complessi ambiti sociali quali:

- minori e famiglie
- salute mentale ed esclusione sociale
- biblioteche ed attività culturali
- turismo sociale
- animazione
- oltre a servizi rivolti ad anziani

Nisida Società Cooperativa Sociale ha sede legale in Chiavenna (SO) Via al Deserto, 2, all'interno della Residenza integrata "Il Deserto". <http://www.ostellochiavenna.it> tel. 3317492468

Negli anni la Cooperativa ha costruito il proprio agire sul tema e il valore dell'accoglienza prima con la progettazione e la gestione di servizi diurni ed in seguito anche di servizi residenziali.

Il progetto della Residenza integrata "Il Deserto" riassume nella sua storia, nelle attività, nei servizi e nell'accoglienza declinata le aspirazioni e le ambizioni della nostra cooperativa.

Cenni storici

La costruzione della struttura attuale, esclusa la "Casa delle Suore" attigua allo stabile adibito al progetto, fu iniziata nel maggio 1922. Nel 1925 arrivarono i primi ospiti anche se ufficialmente l'inaugurazione risale al 23 maggio 1926. Da ricovero divenne poi orfanotrofio ed in seguito collegio.

Dal 1953 al 1970 fu adibito a seminario teologico dell'Opera don Guanella.



Dal 1978 al 1983 una parte è stata casa di noviziato per giovani che avevano scelto la vita religiosa. In questo periodo i novizi sono stati anche educatori per ragazzi accolti nel convitto.

Il convitto per ragazzi, prevalentemente alunni della Scuola alberghiera, iniziò nel 1971 e si è conclusa nel 2008.

La Congregazione dei Servi della Carità "Opera Don Guanella" ha affidato all'Associazione Comunità e Famiglia, con contratto di comodato stipulato il 13 agosto 2004, lo stabile del "Deserto" allo scopo di realizzarvi un'esperienza di "condominio solidale" nell'ambito del quale le famiglie e i gruppi, ispirandosi a valori di mutuo aiuto e di condivisione delle risorse, si aprono all'accoglienza di portatori di problematiche diverse, di volontari e volontari in servizio civile, animati dal comune desiderio di una migliore qualità della vita.

L'Associazione Comunità e Famiglia ha a sua volta affidato, con contratto di comodato stipulato il 7 settembre 2004, alla Cooperativa Nisida per l'utilizzo di parte della struttura in uso non esclusivo, analogo comodato è stato stipulato in seguito con la Cooperativa La Quercia.

Le famiglie locali coinvolte nel progetto di condominio solidale sono costituite in un'associazione di mutuo aiuto familiare denominata "Comunità Al Deserto".

La comunità religiosa, composta attualmente da due sacerdoti della Congregazione dei Servi della Carità "Opera Don Guanella", è ospitata nella contigua struttura denominata "Casa delle suore".

Il Progetto

L'ipotesi progettuale è quella di dare una risposta innovativa e di qualità all'esigenza abitativa di differenti famiglie o singole persone oltre alla gestione ed alla promozione di servizi ed attività sociali, all'accoglienza turistica nella declinazione sociale ed alla promozione di integrazione sociale e lavorativa, attraverso un modello che si basa sulla condivisione di spazi e strutture, sulla organizzazione di attività da svolgere in comune, sullo scambio e il mutuo aiuto.

Centro e cuore del progetto è la realizzazione un "condominio solidale" dove le difficoltà, i bisogni e le risorse che ogni componente porta,

trovano risposta nella condivisione dello spazio abitativo. Il "Deserto" ospita attualmente una famiglia del futuro "condominio solidale" affiliata all'associazione di mutuo aiuto familiare denominata "Comunità Al Deserto" (ACD).

L'obiettivo principale è di raggiungere un'effettiva integrazione fra gli ospiti della residenza e di sperimentare modelli di gestione che presentino standard di qualità e che contemporaneamente contengano i costi gestionali.

La Residenza si trova a Chiavenna, poco discosta dal centro storico, in un edificio circondato da un bosco e nella cui proprietà sono compresi: un grande piazzale anche ad uso parcheggio, un orto, una serra, una porzione di bosco, un croto gestito dai cooperatori guanelliani ed altri due edifici gestiti direttamente dalla Congregazione dei Servi della Carità "Opera Don Guanella".

Riteniamo importante che la struttura del Deserto diventi risorsa anche per le altre realtà che operano in Valchiavenna ed oltre. Risorsa capace di connettere altri attori definendo di volta in volta i progetti e le collaborazioni sia sul piano logistico che su quello di senso e contenuto sociale e educativo.

La struttura nel suo complesso è fornita di servizi quali la cucina e gli ampi saloni al pianterreno e gli spazi esterni che possono essere utilizzati, come già è stato, per iniziative sociali e culturali.

La nuova progettazione riguardante la struttura del "Deserto" intende porsi in continuità con la vocazione sociale che ha sempre pervaso questo luogo di notevole valore simbolico per tutto il nostro territorio. I quattro piani che compongono l'edificio sono così strutturati ed utilizzati:

Piano terra:

Ampio porticato, saloni multifunzionali, accesso ai piani superiori, refettorio, cucina comunitaria utilizzata dalla Cooperativa sociale "La Quercia" utilizzato per il servizio di catering scolastico ed in autogestione dai gruppi ospitati nell'Ostello o che utilizzino per iniziative diverse i saloni

È inoltre presente una piccola cappella con ingresso autonomo dal portico.

Primo piano:

Tre appartamenti del condominio solidale di cui due già abitati e uno in fase di realizzazione da parte

dell'Associazione Comunità al Deserto (ACD) oltre alla Sede Legale della nostra cooperativa.

È in fase di realizzazione a questo piano un locale multimediale che ospiterà anche la nuova sede del servizio di Spazio Neutro.

Secondo piano:

Tredici camere a più letti ed una piccola lavanderia. L'intero piano è adibito ad Ostello per la gioventù.

Terzo piano (mansarda):

Tre appartamenti "verso l'autonomia abitativa" e di housing sociale; uno spazio (cucina e soggiorno) per condivisione momenti comuni per famiglie e/o ospiti accolti.

Soggetti coinvolti e rete sociale

Oltre alla nostra Cooperativa partecipano al progetto di Residenza integrata:

Associazione Comunità e Famiglia (ACF):

Associazione nata nel 1988 dall'esperienza maturata nella Comunità di Villapizzone, a Milano. Essa consente la nascita di comunità familiari che si ispirano a valori di auto e mutuo aiuto e di apertura verso l'esterno riproponendo, in chiave moderna, la solidarietà della "corte", basata sulla piena fiducia e sulla disponibilità reciproca, tanto forte in Lombardia e proponendo modelli innovativi di condomini solidali. Nisida aderisce a Mondo di Comunità e Famiglia (M.C.F.) ed quindi parte integrante dell'Associazione

Associazione Comunità Al Deserto (ACD):

Associazione nata nel 2005 a Chiavenna, si propone di favorire la nascita e lo sviluppo di un ambiente dove un armonico sviluppo di relazioni e di mutuo aiuto tra aggregazioni familiari, singole persone e gruppi favorisca la crescita e la capacità di garantire il benessere di tutti i propri componenti. L'Associazione si iscrive nel più ampio progetto delle associazioni: Associazione Comunità e Famiglia (A.C.F.) e Mondo di Comunità e Famiglia (M.C.F.) nei cui principi si riconosce e alle cui finalità statutarie si ispira. L'Associazione è socio fruitore di Nisida.

La Quercia Società Cooperativa sociale:

Cooperativa Sociale di Tipo B, opera in Valchiavenna da oltre venti anni ed è attiva nei settori: manutenzione del verde e allevamenti, pulizie di interni, legatoria, refezione scolastica e incisioni, con uno specifico ufficio dedicato agli inserimenti lavorativi. La Cooperativa collabora dalla sua nascita con i servizi territoriali, realizzando nel corso degli anni borse lavoro, tirocini e inserimenti lavorativi partecipando a iniziative di collocazione al lavoro di soggetti svantaggiati promosse agli enti pubblici territoriali e provinciali.

La Cooperativa è socio sovventore di Nisida.

La Congregazione dei Servi della Carità "Opera Don Guanella", come già ricordato proprietaria della struttura, partecipa al Comitato di Gestione della Residenza integrata.

Definizione dei servizi, attività ed interventi

La centralità della famiglia e dell'agire sociale sono quindi il compendio di tutte le attività e le iniziative che trovano collocazione presso "Il Deserto", queste si concretizzano principalmente in:

- le famiglie del "condominio solidale", che si riconoscono in ACD, nel suo Statuto e Regola di Vita Comunitaria, intendono promuovere l'autopromozione delle esperienze familiari perché possano realizzare meglio la propria vocazione all'accoglienza e all'educazione. La presenza delle aggregazioni famigliari contribuisce a creare e garantire il "clima di famiglia";
- le accoglienze temporanee "verso l'autonomia abitativa" presso gli appartamenti di housing sociale sono espressione di un bisogno riconducibile a situazioni familiari compromesse o da ricostruire, trovano occasione per rileggere la propria condizione in un ambiente che tutela e "protegge";
- "spazi neutri" di incontro tra membri di una stessa famiglia con percorsi di separazione traumatica o conflittuale inviati da servizi specialistici,
- ospitalità nell'ostello per la gioventù di gruppi/famiglie/singoli per vacanze-studio, campi scuola o semplicemente periodi di vacanza secondo uno stile sobrio e di condivisione;
- incontri tra famiglie, gruppi di giovani, laboratori di sensibilizzazione/approfondimento affido e adozione, ecc... affrontati soprattutto nei risvolti umani e relazionali e, per chi lo desiderasse, anche nelle implicazioni dell'esperienza di fede. Queste occasioni possono far incontrare e collaborare, in un clima familiare, diverse agenzie educative o di sostegno sociale del territorio (servizi sociali ASL e Comune, Parrocchie, Guanelliani, associazioni e organizzazioni del privato sociale, ...);
- attività ergo-terapiche e ricreative per persone disabili all'interno di progetti di formazione all'autonomia e di socializzazione in particolare rivolte agli utenti dei servizi gestiti dalla Cooperativa Nisida;
- attività e servizi mirati all'inserimento ed al reinserimento lavorativo di persone svantaggiate.

Come già ricordato nella struttura è presenta la Sede Legale della Cooperativa Nisida con i rispettivi uffici amministrativi oltre a spazi dedicati a specifiche equipe o momenti formativi in fase di realizzazione.

*Presidente Cooperativa Sociale Nisida

2^a giornata nazionale sulla libera professione infermieristica

a cura di Tiziana Giacconi*

Il 24/11/2013, a Bologna, federazione nazionale dei collegi ipasvi e enpapi, hanno celebrato la seconda giornata nazionale sulla libera professione infermieristica. Questa giornata è caduta in un momento storico difficile, un momento in cui si parla di lavoro, economia, conti che non tornano e in calo, ma anche in un momento estremamente "fluidico" in virtù dei numerosi cambiamenti in atto sul fronte della presa in carico dei bisogni assistenziali. Quindi più medicina sul territorio, più assistenza personalizzata, più infermieri sul campo e presso il paziente.

I relatori intervenuti hanno snocciolato numeri e dati che sono risultati un grande stimolo per fare, per consolidare la professione, per trasformare l'infermiere in un manager della salute.

La vice direttrice del Censis, Carla Collicelli, ha illustrato in antepprima, i risultati di un'indagine sulla libera professione infermieristica



a sull'assistenza sanitaria in Italia. Dati alla mano ha portato in sala una ventata di ottimismo: "Si creeranno spazi per modelli innovativi, di organizzazione territoriale, con significative possibilità occupazionali. bisogna saper vincere la paura e saper gestire il cambiamento, promuovendo pratiche che mettano al

centro i bisogni di salute e sanitari dei cittadini, anche in un contesto alternativo all'ospedale propriamente detto."

Il presidente Enpapi, Mario Schiavon, ha ricordato che il 60% degli infermieri liberi professionisti lavora con partita i.v.a, il 27% con contratti di collaborazione coordinata e

continuativa; il 13% all'interno di studi associati.

La rilevanza dei rapporti di collaborazione ha indotto l'Enpapi ad istituire una gestione separata ad "hoc".

Enpapi è l'osservatorio ideale e privilegiato sullo sviluppo della libera professione infermieristica, non a caso, dal 2000 il numero degli iscritti attivi è quintuplicato.

Questa crescita, nonostante questi anni di crisi, ha ancora ampi spazi di sviluppo.

Dallo studio del Censis, ha ricordato Schiavon, "emerge che nel solo 2012 sono stati circa tre milioni gli italiani che hanno dichiarato di essersi avvalsi di un infermiere, di cui 1,4 milioni per assistenza continuativa e, 1,6 milioni per assistenza una tantum.

Lo studio del Censis avvalorava le convinzioni del presidente Schiavon che vede anche nella lotta alla concorrenza sleale il miglioramento degli straordinari risultati di bilancio.

Alla presidente nazionale ipasvi, senatrice Annalisa Silvestro, è stato affidato il compito di concludere la mattinata: "allo stato attuale, è abbastanza prevedibile che i nostri

ospedali non vivranno una nuova fase di crescita e implementazione organica.

Il modello futuro ci parla di un ospedale specializzato a trattare emergenze e acuzie; parallelamente la salute dovrà essere intercettata a livello territoriale, in cui gli infermieri sono chiamati a svolgere un ruolo di primaria importanza, che vada oltre la monade dei medici di medicina generale."

La sessione del pomeriggio si è aperta all'insegna della imprenditorialità e dell'immagine professionale.

Marketing, comunicazione, deontologia come "biglietto da visita" del libero professionista infermiere. E' stato proposto uno strumento elaborato da un gruppo di lavoro ipasvi che funga da vademecum operativo per il libero professionista infermiere che in tempi brevi sarà a disposizione presso tutte le sedi dei collegi.

Tutti gli atti, che invito caldamente ad andare a vedere, sono disponibili on line sul sito della federazione ipasvi.

Fonte: sito federazione ipasvi.

*Infermiera libero professionista Referente Commissione libera professione

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



IPASVI

Circolare n. 33/2013

PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

Prot. P-5479/III.01

LORO SEDI

Data 6 dicembre 2013

Oggetto: Residenza e domicilio professionale

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

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

Pervengono quesiti da parte di Collegi provinciali in merito all'iscrizione all'albo con particolare riferimento al requisito della residenza, di conseguenza si ritiene opportuno fare presente quanto segue.

Come noto i documenti richiesti da allegare alla domanda per ottenere l'iscrizione all'albo sono elencati nell'art. 4 del DPR 221/50. Tra questi è presente "il certificato di residenza".

A seguito dell'emanazione della legge 21 dicembre 1999, n. 526 relativa alle "Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità Europee - Legge comunitaria 1999" la residenza e il domicilio professionale sono divenuti requisiti soggettivi alternativi per l'iscrizione agli albi Ipasvi.

Infatti l'art. 16 che così letteralmente disponeva:

"1. Per i cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, ai fini dell'iscrizione o del mantenimento dell'iscrizione in albi, elenchi o registri, il domicilio professionale è equiparato alla residenza".

Tale disposizione, rientrando negli adempimenti di obblighi derivanti dal fatto che l'Italia fa parte dell'Unione Europea, assume rilevanza di fonte suprema e quindi in grado di modificare *tout court* la normativa vigente.

Come noto, a seguito dell'emanazione del DPR 445/2000 i certificati tassativamente elencati nell'art. 46 devono essere autocertificati. Tra questi è presente il certificato di residenza, di contro il domicilio professionale, non rientrante nell'elencazione tassativa del citato articolo 46, può essere attestato con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

Per chiarezza il nostro codice civile distingue, con l'articolo 43, il domicilio, *tout court*, dalla residenza.

Il primo viene definito come il luogo in cui la persona ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi (intesi nell'accezione più ampia comprensiva degli aspetti economici, sociali e familiari), mentre la seconda è il luogo di dimora abituale della medesima persona.

L'aggiunta del termine professionale indica chiaramente la sede dove il professionista esercita in maniera stabile e continuativa la propria attività professionale a seguito di iscrizione in un Albo.

Risulta ben evidente che infermieri neo-laureati non possono essere in possesso di un domicilio professionale ma solo della residenza.

I Collegi provinciali, che ai sensi dell'art. 3 lett. a) del DPCPS 233/46 sono tenuti a compilare e tenere l'albo dell'Ordine e del Collegio e pubblicarlo al principio di ogni anno devono, al momento della delibera di iscrizione, verificare che il sanitario richiedente l'iscrizione sia in possesso dei requisiti espressamente elencati dall'art. 4 del DPR 221/50.

Tale valutazione viene operata sull'autocertificazione presentata ai sensi delle disposizioni del DPR 445/2000. Spetta sempre al Collegio procedere poi alle opportune verifiche. Il requisito della residenza, o del domicilio professionale, è quindi indispensabile per l'iscrizione e il mantenimento dell'iscrizione stessa.

Infatti ai sensi dell'art. 11 del DLCP 233/46 la cancellazione dall'albo è pronunciata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, nei casi, tra l'altro,

- b) di trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto;
- c) di trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione;

In questi casi la cancellazione non può essere pronunciata se non dopo sentito l'interessato.

In collegamento con l'articolo su citato anche l'art. 11 del DPR 221/50 dispone che nel caso previsto dall'art. 11, lettera c) del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233, la cancellazione dall'Albo dev'essere pronunciata entro un anno dall'accertato trasferimento.

Risulta evidente che, alla luce della su citata legge comunitaria 526/99, la cancellazione d'ufficio su menzionata pronunciata dal Consiglio Direttivo avrà luogo quando risulti appurato che il sanitario oltre a non avere più la residenza non è in possesso neanche del domicilio professionale nella circoscrizione del Collegio stesso.

Ne consegue che l'iscrizione all'albo di un sanitario presso un Collegio Ipasvi in assenza della residenza o del domicilio professionale nella rispettiva circoscrizione non è valida in quanto carente di uno dei requisiti voluti dalla legge, residenza o domicilio professionale per l'appunto, con conseguente responsabilità del Consiglio Direttivo del Collegio stesso.

Si vuole anche sottolineare che non è competenza di questa Federazione intervenire e/o procedere a controlli in merito alle iscrizioni operate dai Collegi provinciali. Ai sensi dell'art. 3, lettera a) del DLCP 233/46 la compilazione e la tenuta degli Albi è una stretta competenza dei Consigli Direttivi dei Collegi provinciali, così come la relativa revisione dell'albo (art. 1 del DPR 221/50).

I Consigli Direttivi quali espressioni esponenziali dei Collegi provinciali che sono qualificati come pubbliche amministrazioni devono agire nel rispetto della normativa vigente e sono responsabili degli atti che emanano.

Cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro

PROGETTO DOPO LA MALAOMBRA: una rete per la prevenzione del suicidio in Provincia di Sondrio

L'équipe operativa progetto "Dopo La Malaombra" *

Alcuni dati

Dall'ultima ricerca sociologica sul tema condotta tra il 2012 e il 2013 nella nostra Provincia, in collaborazione con il consorzio AASTER diretto dal Prof. Aldo Bonomi, emerge che il 67,9% degli intervistati in Valtellina e Valchiavenna ha avuto una relazione di prossimità con persone che si sono tolte la vita, per la maggior parte del campione erano "solo conoscenti", ma per il 25,9% erano "amici" e per il 23,8% familiari. Secondo i dati del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, tra il 1989 e il 2007 si sono tolte la vita 485 persone e nel recente rapporto di ricerca dell'Eures Il suicidio in Italia al tempo della crisi, la Provincia di Sondrio risulta ai primi posti a livello nazionale per numero di suicidi l'anno, con un indice medio nel periodo 2005-2009 di 13,4 ogni 100.000 abitanti; nel periodo 2006-2010 la media è stata invece di 12,7 ogni 100.000 abitanti, collocando la Provincia di Sondrio al terzo posto per incidenza a livello nazionale, dopo quelle di Vercelli e Belluno. I numeri ci dicono che il fenomeno suicidario è una realtà umana e sociale che ci riguarda e ci è prossimo. Nella maggioranza dei casi il suicidio non deve essere considerato come la volontà di morire, ma come la volontà di porre fine al dolore insopportabile che affligge la persona che compie questo drammatico gesto. Nell'individuo suicida la frustrazione di bisogni psicologici e sociali vitali può creare una condizione di dolore insopportabile in cui il suicidio è visto come il rimedio più adeguato. La maggior parte degli individui lancia dei segnali di allarme, ma spesso è difficile coglierne il significato, oppure rispondere alla richiesta d'aiuto.

Il progetto dopo La Malaombra

Il Progetto Dopo la Malaombra è attivo dal luglio del 2012 ed è finanziato dalla Regione Lombardia (D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale), aderiscono e partecipano diversi soggetti del territorio provinciale. Ente capofila è l'ASL della provincia di Sondrio e i partners associati sono l'Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna (Dipartimento di Salute Mentale), il Consorzio di cooperative sociali Sol.Co. Sondrio, la Caritas Diocesana Valtellina e Valchiavenna, l'Associazione Il Gabbiano Onlus e l'Associazione pro salute mentale. L'équipe che lavora sul territorio provinciale è composta da 4 psi-

cologi-psicoterapeuti, un educatore professionale e una sociologa e ha il principale compito di realizzare interventi preventivi rivolti alla popolazione generale, ai medici di base, alle persone ad alto rischio suicidario e alle famiglie che hanno perso un loro caro per suicidio con la convinzione che, indipendentemente da dissertazioni e posizioni differenti che si generano da sempre attorno al fenomeno, il suicidio si possa prevenire. Diventa per tanto necessario saper integrare gli interventi sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista sociale. Con queste premesse ad oggi, dopo un anno e mezzo di lavoro, si può iniziare a fare un primo bilancio delle azioni messe in campo, con particolare riferimento al lavoro con il territorio, alla formazione rivolta ai MMG e alle persone che hanno perso un caro per suicidio.

Comunicare e sensibilizzare: il lavoro con il territorio

Particolare rilevanza è stata data al lavoro di sensibilizzazione, di comunicazione, di attivazione e di sviluppo di collaborazioni concrete con l'intorno sociale in grado di allargare in maniera partecipata la rete di prevenzione. A tal proposito, in stretta collaborazione con il consorzio AASTER diretto dal Prof. Aldo Bonomi, è stata effettuata un'altra ricerca sociologica condotta attraverso 100 interviste in profondità e 500 questionari strutturati rivolti a diversi soggetti della nostra Provincia che hanno un ruolo sociale istituzionale e non. Tale indagine ha permesso un confronto con l'indagine condotta nel 2008 e una ri-attivazione della rete sociale attorno al tema. A partire da questo lavoro si sono sviluppate diverse collaborazioni, citiamo in particolare e con gratitudine la collaborazione in corso con il Rugby Sondrio che ha portato all'ideazione di una campagna di comunicazione sociale che vede i rugbisti valtelinesi protagonisti di uno spot "In meta per la vita" per la prevenzione del suicidio. La campagna comunicativa è stata coordinata e sviluppata in una dimensione dialogica tra tutte le figure coinvolte: partners progettuali, Rugby Sondrio, figure tecniche che hanno curato l'headline della realizzazione (Alessandro Salis e Matteo Valsecchi). E' stato scelto il Rugby Sondrio come testimonial significativo in quanto è una realtà organizzata molto conosciuta nel nostro territorio provinciale in grado di attirare intorno a sé generazioni diverse con una buona capacità di coinvolgimento non solo sotto il profilo sportivo ma anche sotto quello della socialità.



Ha partecipato inoltre allo spot quale protagonista Stefano Scherini, attore professionista che da anni lavora nell'ambito cinematografico e teatrale del panorama italiano. La campagna di comunicazione sociale, corredata anche da materiale cartellonistico, verrà diffusa nella primavera del 2014. Sempre in un'ottica di sensibilizzazione del territorio il 29 novembre 2013 Davide Van De Sfroos ha presentato il suo show TERRA&ACQUA come testimonial del progetto. E' proprio il territorio il leit motiv dello show che si articola come un racconto musical-teatrale. Un viaggio poetico ed emozionale alla scoperta dei luoghi e dei personaggi che hanno ispirato le canzoni di Van De Sfroos e la sua musica. Due ore di grande intensità ed emozione che non rappresentano solo un viaggio "fisico" attraverso un territorio, ma un viaggio dentro l'animo umano capace di meravigliarsi davanti alla natura e a chi nella natura vive e ne ascolta la profonda semplicità. Parallelamente l'équipe è impegnata nella progettazione e nella realizzazione di serate di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale con l'obiettivo da un lato di far conoscere gli ambiti di intervento, e dall'altro favorire la diminuzione dello stigma associato ai comportamenti suicidari e informare le persone affinché abbiano maggiori strumenti per cogliere negli altri segnali di allarme e sapere a quali servizi di cura e sostegno rivolgersi. Ad oggi sono state organizzate due serate, una a Livigno con il sostegno della parrocchia e una a Caspoggio grazie alla collaborazione con il settore Cultura e Sociale dell'Unione dei Comuni della Valmalenco, all'interno dell'iniziativa Autunno della Solidarietà. Entrambe le serate sono state molto partecipate e si sono dimostrate un'occasione preziosa di informazione, confronto e sensibilizzazione sul tema del suicidio. Una tematica non semplice da affrontare, ma che desta sicuramente molto interesse, come emerge da queste serate durante le quali si manifesta il bisogno di parlarne e di informarsi. Sono in programma

prossimamente altre due altre serate, una in Bassa Valle e l'altra in Val Chiavenna per continuare a dialogare con il nostro territorio credendo che i legami fra le persone, la vicinanza e la solidarietà sono, all'interno delle comunità, le fondamenta della prevenzione.

Il lavoro con i medici di medicina generale

Come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il medico di medicina generale costituisce una figura privilegiata all'interno della rete di prevenzione del suicidio. I programmi formativi e di informazione per il riconoscimento di un eventuale patologia depressiva e del rischio suicidario sono di particolare rilevanza per sfruttare la posizione strategica di questi operatori. Sulla base di evidenze scientifiche sia a livello nazionale che internazionale, a marzo 2014 partirà un percorso formativo articolato in due incontri in ciascun distretto (Sondrio, Morbegno, Tirano). Il percorso formativo sotto la direzione scientifica del Dott. Mario Ballantini ha l'obiettivo principale di incrementare le conoscenze relative al fenomeno suicidario, lo sviluppo e il miglioramento del comportamento di invio favorendo la condivisione di esperienze specifiche per la cura della rete di prevenzione. I medici di medicina generale sono stati preliminarmente contattati dall'équipe progettuale per la somministrazione di un questionario strutturato volto a raccogliere informazioni rispetto a conoscenze, rappresentazioni ed opinioni riguardo al fenomeno e dall'altro di rilevarne i bisogni formativi specifici per lo sviluppo di un percorso formativo ad hoc in collaborazione con i medici del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna.

Il lavoro con i survivors

Parte consistente del nostro intervento è il lavoro con i famigliari che hanno perso un loro caro per suicidio. Spesso i famigliari vivono

in una condizione di isolamento e di difficoltà nel fronteggiare la traumaticità di queste morti portandosi con sé numerosi interrogativi che non riescono a trovare una risposta associati ad emozioni di colpa, rabbia, vergogna che influenzano la storia di vita dell'intera famiglia. E' importante rilevare che in media un solo suicidio colpisce emotivamente e in maniera profonda almeno 6 altre persone. La drammaticità della sofferenza sperimentata rende molto delicata la progettazione di interventi di vicinanza e di sostegno a queste persone; è stata avviata a Sondrio un'esperienza di gruppo di famigliari. Sono presenti nel gruppo anche due operatori, un'educatrice e una psicologa per favorire lo scambio e per affrontare insieme alle famiglie gli aspetti maggiormente traumatici. L'idea progettuale è quella di avviare anche altre esperienze che possano assumere le caratteristiche dell'auto mutuo aiuto con alcuni famigliari che sono riusciti a rielaborare in maniera funzionale e costruttiva l'esperienza e che possano essere d'aiuto ad altre persone che vivono questo dramma.

Il lavoro con i gruppi ad alto rischio

Il lavoro con le persone che hanno tentato il suicidio si concretizza in stretta collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale in una logica di intervento e monitoraggio dei tentativi di suicidio che richiedono un ricovero in ospedale. In particolare gli psicologi dell'équipe sono impegnati nel contatto con i pazienti che vengono ricoverati, ai quali viene somministrato un protocollo di intervento specifico (Supre Miss) sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il monitoraggio sistematico dei comportamenti suicidari avviene attraverso l'implementazione della banca dati del dipartimento P.A.C. dell'A.S.L della Provincia di Sondrio. Gli psicologi del progetto, a seguito delle dimissioni ospedaliere, seguono il paziente attraverso contatti programmati per un periodo di tempo di 18 mesi. L'aspetto peculiare di questa modalità operativa è la proattività dell'intervento che come rilevano studi scientifici specifici incrementano l'efficacia della usual care fornita dal Sistema Sanitario Nazionale.

Per maggiori informazioni sulle iniziative del Progetto è possibile consultare il sito www.malaombra.it Per l'équipe operativa Dott.ssa Manuela Colombera - *psicologa psicoterapeuta* - coordinatrice operativa Dott.ssa Katri Mingardi - *psicologa psicoterapeuta*

LIBERA PROFESSIONE

Publicizzare la professione sanitaria

di Laura Brunelli*

CESENA. Dalla Cassazione, nel 2012, è arrivato il via libera in merito alla pubblicità informativa dei professionisti sanitari e, a vigilare sul corretto rispetto delle normative in materia, l'incarico è stato conferito ai rispettivi Ordini Professionali. Questi ultimi dovranno vigilare sul corretto rispetto del Codice Deontologico per cui la massima attenzione verterà sull'uso corretto dei titoli accademici, le specializzazioni e le qualifiche che mai dovranno essere impiegati in maniera ingannevole.

Obbligatorio è anche il rigore scientifico: nessun professionista potrà "promettere miracoli" né fare riferimento a favore di prodotti, aziende e strutture commerciali in genere.

Qualora il libero professionista intenda produrre biglietti da visita, targhe o inserzioni in cartelli segnaletici, occorre che dapprima ne faccia esplicita richiesta al proprio Ordine di appartenenza inviando, insieme alla domanda cartacea, la bozza del biglietto o dell'inserzione/targa; sarà poi riserva dell'Ordine, tramite verifiche incrociate tra la normativa di riferimento e la "bozza" presentata, il diritto di esprimere parere positivo o negativo sulla pubblicità stessa. Tutto ciò che può generare pubblicità, rispecchia determinati requisiti indicati dal D.M. del 16 settembre 1994, n. 657 che dispone quanto segue:



TARGHE (ART. 2): "...le targhe concernenti attività professionale di cui al comma 2 articolo 1, esercitate in studi personali, singoli o associati, devono rispondere, salvo vincoli previsti in materia dai regolamenti comunali, alle seguenti caratteristiche: avere dimensioni non superiori a 3.000 centimetri quadrati (di norma cm 50xcm60); i relativi caratteri debbono essere "a stampatello" e di grandezza non superiore a cm8... riportare il numero e la data dell'autorizzazione rilasciata dal sindaco... non contenere alcun grafico, disegno, figura o simbolo, ad eccezione di quello rappresentativo della professione."

INSEGNE (ART. 3): "...le insegne...devono rispondere alle seguenti caratteristiche: avere dimensioni non superiori a 20.000 centimetri quadrati (di norma cm 100x cm 200); gli eventuali elementi luminosi e/o illuminanti non devono essere intermittenti o lampeggianti né programmati in modo da dare un messaggio variabile; riportare il numero e la data dell'autorizzazione rilasciata dalla Regione; essere costituite da materiale non deteriorabile; essere collocate orizzontalmente, verticalmente o a bandiera, sopra l'edificio, e, quando l'edificio insiste in un complesso recintato, anche sulla recinzione; non può essere riportato alcun grafico, disegno o figura ad eccezione del simbolo rappresentativo della professione o dell'Associazione professionale o di quello che segnala, laddove esista, un servizio di pronto soccorso."

INSERZIONI (ART. 4): "...le inserzioni... devono rispondere alle seguenti caratteristiche: occupare uno spazio non superiore a 50 centimetri quadrati (di norma cm 5 x cm 10); avere carattere e colore tipografico conformi a quelli normalmente usati; non contenere riquadri e sottolineature volti ad evidenziare il testo dell'inserzione medesima; riportare il testo autorizzato con esclusione di qualsiasi grafico, disegno o figura ad eccezione del simbolo rappresentativo della professione o della Associazione professionale o di quello che segnala, laddove esista, un servizio di pronto soccorso; riportare il numero e la data dell'autorizzazione rilasciata dal Comune o dalla Regione. Le disposizioni di cui al seguente comma non si applicano alle inserzioni destinate all'informazione apposta su elenchi generali di categoria (elenchi, guide e annuari, ecc...) che non pongono alcuna limitazione nei confronti di qualsiasi richiesta di inserzione e che sono volte esclusivamente a dare diffusione a nominativi per categoria professionale con l'indicazione soltanto dei relativi recapiti telefonici, degli indirizzi e delle attività esercitate..."

AUTORIZZAZIONI (ART. 6): "Fino a quando non saranno costituite le Federazioni regionali degli Ordini e Collegi professionali, la pubblicità, concernenti le strutture di cui al comma 3 dell'articolo 1, è autorizzata sentita gli Ordini o i Collegi della provincia in cui sono ubicati."

Una risposta su misura per le fragilità

di Annalisa Silvestro*

In un contributo al Sole 24 ore Sanità la posizione dell'Ipasvi sulla centralità della professione infermieristica nella continuità assistenziale.

Ibisogni sanitari e socio-sanitari emergenti nella collettività nazionale – ancorché in maniera diversificata nelle singole Regioni – sono legati all'aumento delle persone cosiddette "fragili", delle persone con affezioni cronico-degenerative e degli anziani frequentemente affetti da pluripatologie e, spesso, non autosufficienti. Questi cluster di cittadini, quand'anche in discreto equilibrio di salute, manifestano la necessità di essere "accompagnati" nei percorsi socio-sanitari, di contare sulla continuità assistenziale, di avere supporto informativo, educazione sanitaria, addestramento e supervisione nella gestione delle piccole cure quotidiane secondo le logiche e il metodo dell'auto-cura. Conse-



guentemente, di avere servizi e luoghi di cura e di assistenza di prossimità territoriale.

La prevalenza della risposta ospedaliera viene intesa come superata, non solo tra gli "addetti ai lavori" ma anche tra i cittadini, a favore della domiciliarizzazione e dell'attivazione di luoghi "socio-sanitari" di prossimità in cui una piccola équipe multiprofessionale possa fornire immediate e fattive risposte correlate ai bisogni espressi da quei cluster di popolazione.

E' necessario quindi "ripensare" l'ospedale e il "territorio". L'ospedale di grandi dimensioni e ricchezza di servizi deve divenire il luogo dell'intensità assistenziale, della presa in carico della persona con grave acuzie e di processi di cura rapidi e periti che richiedono competenze altamente specialistiche di tutti i membri dell'équipe.

Gli ospedali medio-piccoli devono ridefinire la loro organizzazione muovendosi verso la strutturazione di piattaforme di servizio e soprattutto di piattaforme assistenziali in cui i degenti siano aggregati per omogeneità di bisogno e per l'impegno assistenziale infermieristico che richiedono. Il superamento dell'organizzazione

parcellizzata per disciplina clinica, oltre ad aver dato prova di efficacia, ha anche dato prova di contenimento dei costi per uno spostamento di risorse verso il "territorio". Il "territorio" deve essere ripensato: non sono più sufficienti Adi, Rsa e integrazione (dove c'è) con i servizi comunali così come l'abbiamo fino ad oggi conosciuta. E' necessario aumentare la continuità di cura tra l'ospedale e territorio e viceversa, ripensare l'assistenza domiciliare infermieristica ridefinendone autonomia di intervento, modi e soprattutto tempi di effettuazione. E' opportuno superare la medicina d'attesa e il lavoro solitario del medico di medicina generale a favore della medicina e assistenza d'iniziativa e dell'équipe multiprofessionale in cui vi sia la presenza sistematica dell'infermiere per interventi di natura preventiva, per il mantenimento della maggiore autonomia possibile degli assistiti e per l'effettuazione delle prestazioni sanitarie-infermieristiche necessarie.

La modificazione dei paradigmi assistenziali richiede ridefinizione di ruoli e responsabilità di tutti i componenti l'équipe, ma soprattutto degli infermieri che sono coloro su cui si basano l'intero processo assistenziale e la concretizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici definiti dal medico. L'upgrading formativo raggiunto dagli infermieri attraverso una formazione universitaria strutturata su due livelli (laurea triennale e quinquennale) a cui si aggiungono master di primo e secondo livello, sostanzia l'orientamento a un utilizzo diverso e più ampio delle loro competenze professionali. La proposta elaborata nell'ambito di un tavolo tecnico attivato dal ministero della Salute su richiesta delle Regioni, con il contributo della Federazione Nazionale dei Collegi degli Infermieri e delle rappresentanze sindacali dei medici e del comparto sanità, muove dal riconoscimento dell'alto livello delle competenze infermieristiche di tipo "generalista" e dalla volontà di delineare quelle di tipo "specialistico, intese come «una caratteristica intrinseca di un individuo, causalmente collegata a una performance eccellente in una mansione che si compone di motivazioni, tratti, immagini di sé, ruoli sociali, conoscenze e abilità».

Da Il Sole 24 ore Sanità, n. 42, 19-25 novembre 2013, pag. 25.

* Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

QUOTA ASSOCIATIVA ANNO 2014

Gent.le Collega, in questi giorni riceverai per posta il **bollettino MAV** per il pagamento della quota associativa relativa all'anno 2014 il cui pagamento deve essere effettuato entro il **31 gennaio 2014**.

Per rendere ancora più funzionale la riscossione ed agevolarti nel pagamento della quota, abbiamo provveduto ad emettere tale bollettino che potrai pagare in varie modalità:

- Presso tutti gli sportelli del Credito Valtellinese;
- Presso qualsiasi altra banca;
- Presso gli uffici postali;
- Per i titolari di contratto Internet "banc@aperta", utilizzare la funzione on-line "Pagamento MAV"

In caso di smarrimento o mancata ricezione dell'avviso di pagamento puoi richiedere un duplicato alla segreteria del Collegio.

N.B. Essendo cambiata la modalità di riscossione rispetto al 2013 ti invitiamo a non utilizzare il vecchio conto corrente postale per il pagamento della quota associativa anno 2014.

Per l'anno 2015 potrai autorizzarci alla RISCOSSIONE AUTOMATICA della quota associativa attraverso il Sepa Direct Debit (SDD), ovvero uno strumento d'incasso utilizzabile all'interno dei paesi SEPA, che dal 1 febbraio 2014 andrà a sostituire il RID come modalità di addebito diretto preautorizzato.

Per poter usufruire di tale servizio scarica dal nostro sito **WW.IPASVISO.ORG** il modulo che dovrai ritrasmettere debitamente compilato a mezzo e-mail (**info@ipasviso.org**) o fax (**0342/517182**) entro e non oltre il **30 ottobre dell'anno in corso**.

IL TESORIERE
Elena Valli

* Infermiera Cives Forlì

CONVIVERE CON LA COMPLESSITÀ: dalla multidisciplinarietà alla transdisciplinarietà?

di Edoardo Manzoni *

Introduzione: ho partecipato al Congresso degli Infermieri dirigenti e capo sala di Assisi il 16-17-18 ottobre dove ho presentato la realtà dei Centri post Acuti, tra i Relatori era presente il Collega Dottor Edoardo Manzoni, ho seguito con attenzione la Sua relazione e ho pensato di proporla integralmente a tutti noi, troverete tanti spunti di riflessione e mi auguro sia uno stimolo per questo nostro lavorare con gli "altri e tra altri" buona lettura

Ercole Piani

Ci sono momenti nella storia dell'uomo in cui non è notte e non è giorno: Sono momenti di passaggio nei quali non possiamo dire che sia notte ma nemmeno che sia giorno. E' l'aurora, il crepuscolo, il già e il non ancora di Jankélévitch¹, il travaglio hegeliano.

Siamo chiamati a vivere un tempo così.

Questa relazione, seppur con brevità, vuole mettere in luce tre aspetti:

- Il cambiamento del paradigma del vivere: la complessità delle società liquide;
- L'identità personale e professionale del divenire: la necessità delle nuove e antiche radici;
- La disciplinarietà del sapere: le barriere necessarie per superare le barriere.

Il cambiamento del paradigma del vivere: la complessità delle società liquide

Secondo Bauman nella società contemporanea si sono "liquefatti" i legami tra gli individui, legami sociali che tendono a dissiparsi, a disgregarsi e a diventare sempre più effimeri. Bauman pensa che il "processo di liquefazione" si attui in diversi ambiti della vita nella società contemporanea come ad esempio il lavoro, la comunità, l'individuo, come già detto i rapporti sociali, la libertà, le strutture sociali etc². I fenomeni continuano a cambiare il loro modo di essere e manifestarsi, proprio come un liquido il quale assume la forma del contenitore che lo significa.

L'unica cosa certa, oggi, è l'incertezza.

Denominiamo l'incertezza crisi. L'etimologia di crisi deriva senza dubbio dal verbo greco *krino*, ovvero, separare, cernere, in senso più lato, discernere, giudicare, valutare. Nell'uso comune ha assunto un'accezione negativa in quanto vuole significare un peggioramento di una situazione. Se invece riflettiamo sull'etimologia della parola

"Non è difficile scorgere come il nostro tempo sia un tempo di gestazione e di transizione verso una nuova epoca.

Lo Spirito ha rotto i ponti con il precedente mondo della sua esistenza e delle sue rappresentazioni e vive il travaglio della propria trasformazione.(...)

Questo graduale sgretolamento, viene infine interrotto dal sorgere del sole che, come un lampo ,fa apparire la struttura del nuovo mondo"

(G.W.F. Hegel, Fenomenologia dello Spirito, 1807)



crisi, possiamo coglierne anche una sfumatura positiva, in quanto un momento di crisi cioè di riflessione, di valutazione, di discernimento, può trasformarsi nel presupposto necessario per un miglioramento, per una rinascita, per un rifiorire prossimo.

E' difficile trarre giudizi compiuti, per la chiarezza del senno di poi, andranno lasciati ai posteri. Lo stesso concetto di complessità è termine incerto e manifesta la nostra incapacità di dare un nome nuovo alle cose nuove. Possiamo solo costruire suggestioni utili ad orientarci.

Le identità sono messe in discussione, alla ricerca di una nuova nascita.

Tanto vale per il vivere, tanto vale per uno degli aspetti fondanti del vivere quale il curare e l'assistere.

L'intero è più della somma delle parti. E' difficile trovare un infermiere italiano che non abbia incontrato, nel proprio percorso formativo, questa affermazione. E' altrettanto difficile trovare un coordinatore infermieristico che non provenga da una concezione sistemica dell'organizzazione. In verità tale espressione arriva nella letteratura infermieristica negli anni ottanta del secolo scorso come traduzione superficiale, improbabile e non corretta dell'antica concezione platonica, ripresa ed approfondita dalla filosofia scolastica del concetto, di *holon*, l'intero.

Accogliere la complessità significa infatti rendere intero ed ottenere un risultato che è maggiore e diverso della somma dei risultati dei singoli elementi che compongono l'intero medesimo.

Convivere con la complessità definisce anche lo sforzo scientifico di non ridurre i fenomeni, di non scomporli necessariamente verso un impoverimento interpretativo, nonché la consapevolezza della limitatezza delle scienze nei confronti dell'umano e dell'universo da lui creato.

Integrare, quindi, non ha il significato – oggi prevalente – di mettere insieme, di costruire collaborazio-



ni, di creare alleanze sinergiche; tutto ciò è riduttivo e non sufficiente a definire un intero.

L'intero, per sua natura, afferma che ogni approccio di una parte assume la coscienza di ridurre l'intero stesso rendendosi insufficiente ad una compiuta comprensione del fenomeno.

Viviamo un mondo determinato dalla complessità dei fenomeni. Il mondo sanitario, in cui buona parte della disciplina infermieristica raccoglie i propri fenomeni, è per eccellenza definito il mondo della maggior complessità. E proprio questa complessità, per sua natura è integrata e chiede integrazione. La complessità è assumere l'incertezza come sfida. Incertezza necessaria per : creare, comprendere, conoscere, narrare e, soprattutto, integrare.

La sfida della globalità rende evidente che bisogna muoversi nella

dimensione della complessità poiché la realtà non è affatto prevedibile.

Edgard Morin sottolinea come la complessità sia il paradigma dentro il quale si deve leggere la situazione dei nostri tempi. : *"c'è complessità quando sono inseparabili le diverse componenti che costituiscono un tutto"*³.

La sfida della complessità: mette in luce i nostri saperi disgiunti come inadeguati poiché le singole discipline non bastano per risolvere una realtà complessa

Il rapporto tra integrazione e complessità dice che essa non può essere semplificata, ma può solo essere compresa (ovvero presa dentro). La complessità apre costanti scenari umani rappresentativi di nuovi punti di vista. La sfida da cogliere si realizza nell'aprire nuovi punti di vista e aprire nuovi interrogativi⁴. Oggi la necessità di integrazione e

accoglienza della complessità colpisce particolarmente l'attività sanitaria per un percorso storico che ci ha condotto alla dis-integrazione. La storia di tutte le discipline sanitarie, paradossalmente e proprio per il loro sviluppo, muove da una dis-integrazione dell'intero che ha permesso di trovare nell'eredità illuministica la capacità di dividere la conoscenza globale e porre le basi del concetto di specializzazione⁵.

Oggi, avendo superato questa fase storica comprendiamo il valore dell'intero e della perdita nel ridurlo.

Non si vuole qui trattare della *necessità* di integrare, e nemmeno della *difficoltà* ad integrare ed ancor meno della *volontà* di integrare; qui si tratta di andare ben oltre verso la *cultura* dell'integrazione.

Non è una difficoltà da superare, una necessità del nostro tempo e tantomeno una volontà di alcuni. E' anche questo ma è molto di più. E' l'assunzione di uno stile di pensiero, di prassi, di professione delle proprie conoscenze che è generato dall'intero e che si inserisce in esso. La cultura dell'integrazione, per l'uomo occidentale così affascinato dal *particolare*, è condizione di risultato non di geni.

Non sopravvivere (vivere nonostante tutto), non accettare, ma convivere ovvero vivere insieme.

Per convivere la complessità è necessario costituire un universo esplicativo di filosofia dell'assistenza infermieristica in grado di contemplare la teoria e la prassi di ogni pensiero ed ogni agito disciplinare.

E' un percorso di insieme, progettuale, che annulla le divisioni storiche costituite attorno ai frammenti. Le vecchie ripartizioni – e quindi divisioni – tra formazione, organizzazione, ricerca e pratica professionale, non reggono più. Esse, come detto, non solo sono insufficienti alla comprensione, ma riducendo il fenomeno, non giungono nemmeno a decodificarlo efficacemente. Le vecchie domande non sono più utili: i paradigmi nei quali siamo cresciuti vanno tramontando.

Come ogni fenomeno sociale, la salute e, specularmente, la malattia per essere affrontata ha bisogno di contenitori sociali. Le diverse comunità di uomini - nelle diverse epoche storiche - hanno costruito dimensioni di spazio e di tempo capaci di contenere e significare il mondo della salute.

Gli operatori attualmente in attività nel servizio sanitario italiano sono cresciuti – per esperienza diretta o per sistema di formazione – nelle

costruzioni epistemologiche, sociologiche e organizzative dell'ultimo squarcio del XX° secolo. Tali costruzioni muovevano secondo due ordini categoriali:

- 1) **Il bisogno:** la divisione tra malattia e salute; il percorso delle malattie tra prevenzione, cura e riabilitazione; la suddivisione tra acuzie e non acuzie.
- 2) **I contenitori:** lo spartiacque tra ospedale e territorio; tra domicilio e struttura; tra luoghi per malati e luoghi per sani.

La maggior parte di queste categorizzazioni oggi non dispiegano più il paradigma interpretativo. Oggi è messa in discussione l'identità. Identità delle organizzazioni della salute ed identità delle persone che le vivono. Percorso affascinante ma oscuro, nel mentre lo si percorre poiché identità, etimologicamente, attiene ad autonomia e libertà di scelta.

Non vi è dubbio come la storia infermieristica leghi in modo indissolubile l'identità al bisogno e i contenitori sopra indicati. Ma oggi viviamo una trasformazione dei due determinanti di ogni civiltà umana: spazio e tempo.

Oggi il tempo, in sanità è penetrato in sé

Si è contemporaneamente malati e sani; cronici ed acuti; viventi e morenti.

Anzi celebriamo, per la prima volta storicamente, un allontanamento del concetto di sanità dal concetto di salute.

Facciamo un esempio: una persona effettua un intervento al cristallino con una prestazione ambulatoriale molto complessa e sta ricoverato circa tre ore (in regione Lombardia). Una prestazione tecnica avanzata ma la sua salute e la sua malattia non sono lì in quel momento; sono probabilmente in carico ad altre équipe clinico-assistenziali.

Oggi il tempo sanitario ed assistenziale è l'esserci.

"L'essenza dell'Esserci consiste nella sua esistenza", afferma Heidegger⁶

Assistere è Esserci. Assistenza infermieristica è scienza che permette all'Esserci di aprirsi al futuro ed evolvere. Creare con l'altro e per l'altro "uno spazio propriamente umano, o meglio umanizzato, una creazione che è parte della creazione propriamente umana"⁷

L'assistenza oggi non ha un tempo ma è essa stessa un tempo.

La complessità del vivere non consente più di ridurre le interpretazioni al modello dualista.

Compaiono nuovi neologismi fraposti tra il concetto di salute e il concetto di malattia. Essi sono: benessere, cronicità, non-autosufficienza, soddisfazione del cliente, desiderio di salute, BIC, BOCA, letti tecnici, sub-acuti, post-acuti. Secondo i dati demografici le prime cinque cause di morte nel nostro paese sono per malattie di andamento cronico-degenerativo e, dal punto di vista epidemiologico, più dell'80% delle malattie affrontate dal sistema sanitario sono malattie per le quali non si arriva alla guarigione ma alla ricerca di un nuovo equilibrio di convivenza.

Il risultato della *restitutio ad integrum*, nel quale molti di noi sono stati allevati, sta divenendo mito.

Non siamo malati e non siamo sani. Tutto qui.

Nel mondo occidentale, registriamo inoltre uno spostamento dal concetto di salute oggettiva ad un concetto di salute percepita definibile anche benessere. La crisi economica ha toccato mercati di fondamento come quello alimentare ma non quello dei cosmetici arrivando ad ipotizzare una confusione, anche nel sistema sanitario, tra bisogno e desiderio.

Da ultimo la soggettivazione estrema della persona presa in carico. Dopo decenni di oggettivazione esasperata, oggi viviamo l'eccesso opposto e la soddisfazione della clientela pare l'elemento di giudizio assoluto a volte anche a scapito della qualità reale.

Già a fronte di queste poche suggestioni vediamo come il dualismo salute/malattia non sussiste più, definiamo una complessità maggiore dove, tra il bianco e nero, si costellano una serie di grigi che non hanno ancora nome e diritto di cittadinanza ma che sono una interessante domanda di futuro.

Per *spazio* intendiamo il luogo o i luoghi della salute.

Gli spazi sono i contenitori sociali che conosciamo: ospedale, ambulatorio, distretto, ecc.

Questi spazi, in un paradosso straordinario poiché con la finalità di superare il limite dello spazio stesso, si sono visti arricchire e moltiplicare le esperienze e le nomenclature negli ultimi anni versus: strutture complesse, macroattività, dipartimenti, aggregazioni ecc.

Pare inutile soffermarsi sul limite di questa visione del luogo.

Certo è che l'identità di luogo per il coordinatore infermieristico è l'identità più consolidata.

Un luogo è anzitutto uno spazio identitario ed esistenziale, ancor dapprima dell'essere uno spazio fisico.

A nulla valgono gli innumerevoli progetti organizzativi che ad esempio tendono a superare lo storico diaframma tra ospedale e territorio se la separatezza non è stata superata in noi e nel nostro modo di essere e di pensare.

Se è vero che le organizzazioni vivono di tempo e di spazio il cambiamento dei determinanti fondamentali comincia a porre domande per il futuro.

La storia da cui proveniamo è certa: l'Italia è il paese degli ospedali e i servizi territoriali non appartengono alla cultura organizzativa sanitaria.

La consolidata visione *ospedale-centrica* si è poi ulteriormente concentrata sul posto letto a discapito degli altri servizi ospedalieri.

La complessità clinico-medica ha costruito gli ospedali dando più valore – esperienziale, gestionale ed economico – a ciò che era medicalmente più complesso.

Ora numerose ricerche hanno definitivamente dimostrato come la complessità medica e la complessità infermieristica siano inversamente proporzionali.

Con un vero paradosso, abbiamo tentato di superare la discrasia tra ospedale e territorio con ulteriori contenitori organizzativi i quali, anziché superare il limite, lo hanno rafforzato: dipartimenti funzionali



e organizzativi, strutture complesse, unità funzionali ecc.

Si pensi, a titolo di esempio, agli innumerevoli progetti sulle dimissioni protette.

Le barriere organizzative prima di essere contenitori strutturali sono contenitori mentali.

I muri son dentro noi prima di essere al di fuori di noi.

Essere al centro non significa essere il centro, ma concepire il senso di sé stessi al di fuori del centro.

Il superamento consapevole e guidato dei dualismi può sviluppare grandi potenzialità.

Viviamo un mondo determinato dalla complessità dei fenomeni e nessun contenitore organizzativo – come nessuna professione – è capace di per sé di comprendere l'intero fenomeno... Il mondo sanitario, è per eccellenza definito il mondo della maggior complessità.

E proprio questa complessità, per sua natura è integrata e chiede integrazione.

Nelle organizzazioni della salute così definite da conoscenze complesse, per arrivare alla integrazione organizzativa bisogna anteporre la integrazione delle discipline e delle professioni.

La complessità è assumere l'incertezza come sfida. Incertezza necessaria per: creare, comprendere, conoscere, narrare e, soprattutto, integrare.

La sfida della globalità rende evidente che bisogna muoversi nella dimensione della complessità poiché la realtà non è affatto prevedibile.

Abbiamo luoghi nuovi che non sono fisici ma che attraversano la fisicità con il percorso di vita della persona assistita.

Sono i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) i quali veri luoghi si propongono di attraversare i luoghi.

La complessità delle società liquide, nel mondo occidentale, ci porta a pensare che non solo siamo chiamati ad un cambiamento ma che il cambiamento stesso è e sarà il nostro modo di vivere.

L'uomo pare sorgere in una nuova identità, una nuova concezione dell'io, dell'essere infermieristico, dell'essere coordinatore infermieristico.

L'identità personale e professionale del divenire: la necessità delle nuove e antiche radici

L'identità, sia personale che professionale, attiene all'io.

Questo pronome, con cui l'uomo

designa se stesso, è diventato oggetto di investigazione filosofica, dal momento in cui il riferimento dell'uomo a se stesso, come riflessione su di sé o coscienza, è stato assunto a definizione di uomo. Ciò è avvenuto con Cartesio; e da Cartesio appunto il problema dell'io è stato per la prima volta posto in termini espliciti. "Che cosa sono dunque io?", chiedeva Cartesio. Una cosa che pensa. Ma cosa è una cosa che pensa. E' una cosa che dubita, concepisce, afferma, nega, vuole o non vuole, immagina e sente. Certo non è poco se tutte queste cose appartengono alla mia natura. Ma perché non le apparterebbero? E' di per sé evidente che sono io che dubito, che intendo e che desidero e che non c'è bisogno di aggiungere nulla per spiegarlo.⁸ Insomma, dice Cartesio, l'io – l'identità di me – è anzitutto coscienza. L'io personale, l'io professionale del coordinatore è, storicamente, anzitutto un problema di coscienza di sé.

A Cartesio fa infatti eco Locke poiché attraverso la coscienza della propria identità "ognuno è a se stesso ciò che egli chiama se stesso. Poiché la consapevolezza sempre accompagna il pensiero ed essendo quella che fa sì che ciascuno sia ciò che chiama se stesso e in tal modo distingue sé stesso da tutte le altre cose pensanti, in ciò solo consiste l'identità personale"⁹

In una società segnata dall'incertezza e dalla complessità la domanda "chi sono io?" risuona forte e chiara anche per il coordinatore infermieristico.

La filosofia successiva affianca alla percezione di sé come coscienza, l'identità fisica e reale (Leibniz, 1663; Kant 1787, Hegel 1814). Per farla breve passiamo da una concezione di identità come coscienza ad una concezione di identità come rapporto. Pur nella atemporalità della coscienza di sé la relazione con sé cambia.

"L'uomo, può mutare le sue impressioni e le sue idee, rimanendo lo stesso io"¹⁰ Il concetto dell'io come rapporto nasce dal riconoscimento del più vistoso carattere con cui l'io si presenta a questa esperienza: il carattere della sua instabilità, fino alla negazione o disintegrazione¹¹

L'identità, in particolare per la scuola tedesca, nasce dalla relazione con il cambiamento e dal confronto continuo tra le proprie radici e lo sviluppo di noi stessi.

Se il mondo sanitario è così cambiato nell'ultimo periodo, il coordinatore infermieristico, sia come uomo sia come professionista si sente vocato non solo alla coscienza del sé ma alla relazione che la medesima ha con l'evoluzione del sé.

Accelerando il passo arriviamo al novecento con la grande scuola dell'esistenzialismo francese che arriverà a identificare l'io nella sua definizione di libertà situata.

Certamente l'esperienza filosofica esistenzialista, che tanto ha segnato l'evoluzione della disciplina infermieristica nella sua concezione di divenire dell'uomo, sposta l'attenzione sull'identità influenzata da una serie di condizioni che oggi chiameremmo, alla luce della presente relazione, complessità.

Dice Dewey: "Dire in modo significante 'Io penso, credo, desidero' invece di dire soltanto 'si pensa, si crea, si desidera' significa accettare e affermare una responsabilità e avanzare una pretesa. Non significa che l'io è l'origine e l'autore del pensiero o della affermazione o la sua sede esclusiva. Significa che l'io, come organizzazione accentrata di energie, identifica sé stesso con una credenza o sentimento di origine esterna ed indipendente."¹² Dire che oggi la nostra identità personale e professionale sia indipendente dal cambiamento sarebbe pleonastico; essa tuttavia non può realizzarsi se non mantiene radici ben salde capaci di conseguire il risultato del *divenire* continuo.

Proprio tali caratteri sono oggi la base di studio dell'identità e forse, della fragilità della medesima arrivando alla transitorietà assoluta e all'incertezza da cui siamo partiti. Incertezza identitaria tale da poter affermare che "la vita nella modernità liquida consiste nella ripetizione quotidiana della transitorietà universale".¹³

La domanda cogente per ciascuno di noi oggi rimane quella di sempre: chi sono io? quale è la mia identità?

Il coordinatore infermieristico è affascinato e attirato da identità che chiameremo distorte capaci di dare apparenti sicurezze ma confondere le vere radici.

Vediamone alcune:

• **L'identità della patologia: sono perché sono specialista di patologia.** Certamente essa può essere trascinata *versus* gli orizzonti della malattia. Non vi è dubbio che gli infermieri, in ospedale, si occupano di ammalati; essi lo fanno poiché i malati sono

Persone ammalate e non tanto per la malattia in sé¹⁴. La malattia è oggetto specifico di studio della medicina e non dell'assistenza infermieristica. Seppur i puri aspetti diagnostici e terapeutici sono così importanti per l'aiuto assistenziale infermieristico – e lo saranno sempre più – non si può pensare ad una natura infermieristica che trovi il suo *sensum* nella malattia. Esiste la possibilità, di far divenire oggetto specifico di studio della malattia come quadro semeiotico. Una identità derivata dalla medicina. Queste sono radici ritagliate

• **L'identità tecnica: sono perché so utilizzare..** L'assistenza infermieristica può interpretare un ruolo di funzionario tecnico e tecnologico. Sarebbe sciocco pensare oggi ad una professione lontana dallo straordinario e continuo progresso tecnologico. Anche dal punto di vista conoscitivo, ogni opposizione tra teoria e tecnica è un falso storico ed una aberrazione concettuale. La tecnica è una forma di pensiero *praticamente pratico* che ha sua dignità sin dall'antichità. Scriveva già Platone nella Gorgia: "Io non chiamo tecnica, ma semplice *pratica* quella attività che non sa spiegare razionalmente la natura del suo oggetto né dei suoi strumenti e, incapace di dar ragione dei fatti, non è assolutamente in grado di collegarli alla loro causa. La tecnica è altra cosa"¹⁵. La

tecnica è una via conoscitiva e può far parte del patrimonio disciplinare ma non può divenire la ragion d'essere di una essenza disciplinare. Già verso la metà degli anni ottanta del secolo scorso, la professione aveva capito, dopo il successo del boom tecnologico durato un ventennio, che il futuro infermieristico non risiedeva lì. La tecnica non ha un senso specifico ma solo un utilizzo. La tecnica non si pone ragioni, ma finalità d'uso. La tecnologia è creata per essere utilizzata alla luce di regole scientifiche di metodo e scopo. Una identità di insequimento destinata ad invecchiare alquanto presto, poiché è noto la tecnologia corre assai più di noi.

• **L'identità organizzativa: sono perché il contenitore mi dice di essere.** Certamente questa è la identità distorta più facile per il coordinatore infermieristico. Lalla Romano, in suo mirabile piccolo libro, definisce la Caposala: "sergente maggiore"¹⁶ poiché è il padrone di casa. Nell'ospedale di oggi l'infermiere può interpretare anche un ruolo organizzativo. Essendo egli da sempre la figura più "fedele" all'ospedale, ovvero più pronta a modificare il proprio modo di essere al cambiare delle diverse esigenze ospedaliere, l'infermiere assume il ruolo che l'istituzione ha pensato per lui. In virtù di un presunto bene per i ricoverati, l'infermiere, è sempre pronto a compiere ogni azione venga richiesta nonchè a riempire ogni interstizio che negli spazi ospedalieri vanno generandosi. Chi vive questo ruolo può rischiare di procedere nel prestare più attenzione ai bisogni dell'organizzazione in luogo dei bisogni degli assistiti.

• **L'identità procedurale: sono per i miei compiti.** Non da ultimo si può anche trovare una identità di compiti. Al di là di ogni abolizione di mansionari, questo fenomeno continua a realizzarsi creando un ruolo ritagliato per differenza da altre identità ed ingaggiando una assurda battaglia con le nuove figure intermedie. La professionalità non sta nell'atto – quanto sofisticato possa essere – ma nel giudizio di applicarlo. Mi è sempre sembrato invece che queste figure intermedie e di supporto sono in grado di valorizzare grandemente il ruolo dell'infermiere.

Potremmo aggiungerne molte altre. Nessuna identità può avere dignità di sussistenza se nega in sé i fondamenti della professione infermieristica e della Disciplina Infermieristica. Tanto vale ancor più per il coordinatore infermieristico

il quale, se non ha radici ben salde, rischia non solo di perdere se ma anche coloro che vedono in lui il "primus interparis".

L'identità muove dal luogo e spazio consolidato verso il problema o meglio – per dirla epistemologica – sull'oggetto di studio della disciplina.

E' una identità nuova, difficile, capace di riportare all'essenza il proprium disciplinare.

Il sistema sanitario futuro si dovrà centrare sulla persona e sul suo problema/bisogno, seguendolo in un percorso indipendente dai contenitori che attraversa.

Su questo fronte si registrano numerose resistenze di prassi.

Solo nel momento in cui realizziamo la relazione curante, non prima non dopo, solo nell'incontro unico e irripetibile tra curante e curato la nostra conoscenza, il nostro di desiderio di essere appieno uomini e donne, la nostra esperienza professionale, si realizzano.

Il coordinatore infermieristico deve avere chiarezza identitaria poiché a lui spetta creare le condizioni della relazione assistenziale

L'altro, la persona che accogliamo, è per sua natura velato. Come noi stessi nell'approcciarlo siamo velati. La relazione professionale bi-direzionale s-vela entrambi e rivela entrambi.

Si badi al termine "l'altro". Esso identifica, per il coordinatore infermieristico sia l'operatore che l'assistito.

In una società così complessa la chiarezza identitaria è essenziale e non può essere che fondata sul sapere disciplinare e, segnatamente nel caso di specie, infermieristico. Eppure vi è la necessità di superare i confini della disciplina. Verso la multidisciplinarietà, l'interdisciplinarietà o la trasdisciplinarietà?

La disciplinarietà del sapere: le barriere necessarie per superare le barriere

L'esperienza storica dimostra come, proprio nei momenti di passaggio dei paradigmi interpretativi delle civiltà, lo sgretolamento delle concezioni precedenti generi un desiderio generale di fusione e con-fusione.

E' uno degli effetti della liquefazione sociale.

Per problematizzare meglio la questione posta, pare utile porre due ulteriori termini di questioni: perché e come le discipline debbono collaborare tra loro? le discipline sono da considerarsi al loro declino e bisognose di nuove aggregazioni epistemologiche?

Nelle discipline scientifiche, qua-



le è l'assistenza infermieristica, si confonde spesso il campo materiale con l'oggetto di studio disciplinare. Per definirne la distanza è utile un esempio che servirà anche al proseguo.

Quando si vuole raccontare la bellezza del nostro centro Italia – come la sede di questo convegno – si acquistano le cartoline che raccontano la magnificenza delle colline di queste regioni attraverso vedute aeree.

Non deve essere confusa la collina con gli appezzamenti di terreno coltivati sulla collina.

La collina è il campo materiale e il campo materiale di tutte le discipline sanitarie è l'uomo.

Proprio per il fenomeno della complessità nessuna delle discipline scientifiche e tecniche che costellano il mondo della sanità possono identificarsi come capaci di comprendere e rispondere il fenomeno: uomo

L'uomo è altro e oltre.

Tutte le discipline con-corrono al vivere e allo star bene dell'uomo. Il campo materiale è comune, l'oggetto di studio, no.

I campi del sapere e le professioni, infatti, definiscono oggetti di studio – normalmente suddivisi in paradigmi o scuole di pensiero – quale modo esclusivo ed unico di "guardare" l'uomo.

Un solo campo materiale, plurimi oggetti di studio, ovvero molteplici fenomeni di studio tutti appartenenti all'uomo e al suo vivere.

Secondo Meleis l'oggetto di studio della disciplina infermieristica è definibile in tre differenti scuole di pensiero: scuola dei bisogni, scuola dell'interazione, scuola del risultato.¹⁷

Le discipline e, specularmente, le professioni sono i singoli appezzamenti di terreno sulla collina.

Coltivazioni diverse; confini ben tracciati, complementarietà assoluta, ben distinti seppur sulla stessa collina, ovvero per il medesimo homo viator.

La motivazione della integrazione delle discipline sta qui: per affrontare la complessità dell'uomo e del suo vivere le discipline devono unirsi per fornire i propri contributi particolari all'unico uomo.

E' questo il senso di tutta l'organizzazione che propone la progettazione sanitaria assistenziale integrata. Il passaggio successivo si sofferma su quale tipo di integrazione perseguire.

Non è peregrino pensare ad un possibile tramonto di una visione epistemologica di tipo strettamente teorico con costrutti teorici serrati (nel panorama letterario statuniten-

se si parla di tramonto delle "grandi teorie" infermieristiche) che erano concentrati sull'oggetto di studio e sul metodo.

Questo è il tempo dello scopo disciplinare nel quale la moderna epistemologia infermieristica si sofferma più sulla teorica lasciando in secondo piano la teorica.

Forse però tale atteggiamento in Italia è prematuro. La professione infermieristica italiana abbisogna ancora di teoria e di strumenti per la sua affermazione

Per multidisciplinarietà intendiamo l'efficace sinergia tra i diversi saperi disciplinari al fine di perseguire il risultato migliore dell'uomo attraverso una efficiente progettazione e realizzazione di cura.

Per interdisciplinarietà e trasdisciplinarietà intendiamo invece la rottura degli insiemi disciplinari versus un nuovo e inedito corpus disciplinare poiché la sinergia tra le diverse discipline non consente un efficace ed efficiente comprensione del fenomeno.

Sono veramente pochi i casi di interdisciplinarietà (es. la bioingegneria) ed il primo passaggio è prodromico al secondo.

Allo stato attuale delle conoscenze, per l'assistenza infermieristica e per le organizzazioni sanitarie ipotizzare un approccio trasdisciplinare identifica grossi rischi di perdere quanto raggiunto sino ad oggi.

Non a possibile aprirsi agli altri se non a partire da una chiarezza identitaria.

Solo avendo chiarezza delle proprie barriere è possibile aprirsi nel superarle.

E' l'atteggiamento multidisciplinare quello che a tutt'oggi va perseguito.

Una delle funzioni fondanti del coordinatore infermieristico è proprio il coordinamento sinergico dei diversi appezzamenti di terreno sulla medesima collina.

L'abbattimento dei confini disciplinari rischia la tuttologia, il sincretismo, l'efficienza prima dell'efficacia.

Conclusioni

Hegel, nella citazione di apertura, annuncia, come un lampo il sorgere del sole.

Sta nascendo una cosa nuova e a noi infermieri spetta il compito della salvaguardia dell'essenza del vivere umano: lo stare-vicino, l'assistere.

Viviamo tempi in cui il *come, dove quando*, sembrano più importanti del *perché* e del *cosa*. L'organizzazione della salute rischia di essere tempio di questa nuova inversione del cammino di conoscenza in cui l'uomo viene classificato per il suo deficit e per le sue abilità anziché per la sua essenza di natura

Attraverso un gesto assistenziale si può aprire o negare un percorso di senso e contribuire a salvare "l'umano", così messo a dura prova nel vivere comunitario attuale.

"Il problema che oggi sembra essere il più scottante, il più decisivo di tutti, la domanda dovrebbe porre a se stesso ed anche agli altri....

La domanda circa la possibilità che l'uomo esista senza decadere in una condizione infraumana, se l'uomo si consegna soltanto all'attività dalla quale deriva un guadagno immediato e se la conoscenza dev'essere misurata e sottomessa al suo potere di incrementare il progresso tecnico"¹⁸

Una assistenza infermieristica compiuta non è solo progresso conoscitivo e tecnico ma è *memento* della umanità che è ragione e senso della storia.

Simone Weil ci ricorda come "*il futuro entra in noi molto prima che accada*".

*Nella nostra vita
tessuta a mano
il filo può, a un tratto,
strapparsi dalla cruna dell'ago:
in quel preciso istante
sai che non servono
né ansia, né lamenti,
ma solo occhi più desti
per rinfilare l'ago
e tornare a tessere la vita.*

Luigi Verdi

Note

- 1 V.Jankélévitch, Il non-so-che e il quasi-niente, Einaudi, 2011
- 2 Z.Bauman, Modernità liquida, Laterza, 2006
- 3 Morin E, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero* Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000
- 4 AA.VV. (a cura di Di Cintio M. Pastrello M.) *Filosofia e civiltà della complessità*, Padova, Il Poligrafo, 2009
- 5 Di Giovanni P., *La storia della filosofia nell'età contemporanea*, Franco Angeli, 2009
- 6 M Heidegger, *Essere e tempo*, (1927) 2011, Mondadori pag125
- 7 M.Zambrano, *La vita nelle Aule* in Per l'amore e per la Libertà, Marietti, Genova, 2008
- 8 Cartesio, *Meditazioni metafisiche*, II, Laterza, 2010
- 9 J.Locke, *Saggio sull'intelletto umano*, II, 27,11, La scuola, 2005
- 10 D.Hume, Estratto sul trattato della natura umana, Laterza 2005
- 11 Cfr S.Kierkegaard, *Il giglio nel campo e l'uccello nel cielo*. Discorsi 1849-185, Donzelli, 2011
- 12 J.Dewey, *Esperienza e natura*, Mursia, 1973
- 13 Z.Bauman, *Vite di corsa*, Il Mulino, 2009
- 14 tutto il corpus teorico pone questo come assunto di base per la costruzione dei costrutti disciplinari
- 15 cfr. U.Galimberti, "Psichè e Technè", Bologna, Il Mulino, 1999
- 16 L.Romano, *Ho sognato l'ospedale*, Il nuovo melangolo, 1995
- 17 A.A.Meleis, *Teoretica infermieristica*, CEA, 2013
- 18 M.Zambrano, *L'aula* in Per l'amore e per la Libertà, Marietti, Genova, 2008

* Infermiere dirigente - Direttore Generale - Professore Università Milano Bicocca



MURAKOZE CYANE MURABEHO



Dal Rwanda arriva un grande grazie agli amici italiani, un arrivederci e tanti auguri per un Buon Natale e un Felice Anno Nuovo

Il tempo del nostro soggiorno in Rwanda (novembre 2013) è volato e siamo di nuovo qui a condividere l'amicizia che ci unisce. Eravamo in otto: Anna, Angelo e Gianni dalla Valtellina, Morena da Milano, Roby da Treviso, Fabrizio, Gabri e Grazia da Cesena. Abbiamo frequentato bene le tre realtà nelle quali collaboriamo: tutti abbiamo goduto della grande ospitalità di P.Onesphore, della gente della sua parrocchia a Rulindo e delle Suore della Comunità Abajambo che gestisce il "nostro" orfanotrofio a Nyamata.

Abbiamo vissuto con i "nostri" bambini la gioia per questo incontro con canti e danze e anche un po' la tristezza della separazione al momento dei saluti prima del nostro rientro.

Orfanotrofio di Nyamata

Ogni volta che ci andiamo e riusciamo a dedicare tempo a questa realtà riusciamo anche a conoscerla sempre meglio.

Attualmente noi potremmo definire questa struttura non più orfanotrofio, ma "Comunità di accoglienza", cioè in relazione alla sua organizzazione e alle normative vigenti in materia. La comunità accoglie bambini abbandonati o provenienti da famiglie in gravi difficoltà a causa di malattia o morte di uno o entrambi i genitori o grande povertà.

Gli obiettivi della comunità sono quelli di far crescere i bambini nel miglior modo possibile, in salute in un ambiente sereno e educativo e successivamente, quando questo si rende possibile favorire il loro reinserimento nella famiglia di origine oppure, nel caso dei bambini non riconosciuti dai genitori naturali, prepararli all'affido o all'adozione presso famiglie idonee.

Quando questi sbocchi non sono possibili i bambini continuano a essere ospitati nelle comunità.

La Comunità è costituita da 3 case di accoglienza: Nyamata, Myange e Rilima.

Attualmente a Nyamata ci sono 35 bambini da pochi mesi a sette anni. Nel corso del 2013 quattro bambini sono rientrati in famiglia e due sono stati adottati.

Nello stesso periodo sono entrati otto nuovi bambini.

Myange ospita 6 ragazzi da sette anni in su.

Nel 2013 cinque ragazzi sono ritornati presso i parenti.

Rilima ospita 13 ragazze dai sette in su.

Nel 2013 quattro ragazze sono rientrate presso i famigliari e c'è stata una nuova entrata.

In questa occasione abbiamo conosciuto meglio anche la Comunità delle suore che si occupano dei "nostri" bambini.

La comunità si chiama "Abajambo" (si potrebbe tradurre "Parola di Vita) e sono tutte rwandesi.

La congregazione è giovane... è stata fondata negli anni novanta (i tempi più brutti della guerra civile).



Il loro fondatore, un sacerdote rwandese, è ancora oggi il loro "padre spirituale".

La Direzione è costituita dalla Superiore, la sua vice e il consiglio, il totale sei suore.

In tutto sono una quarantina e ci sono 9 novizie.

Abbiamo visitato la casa madre e quella delle novizie a Ndera, un quartiere alla periferia della capitale.

Operano in diverse realtà: oltre che a Nyamata, Myange e Rilima anche a Gitabage (centro nutrizionale); presso l'ospedale psichiatrico di Ndera a Kigali; in un collegio per ciechi a Kigarama e in un'altra comunità a Butare.

Durante il nostro soggiorno abbiamo collaborato nella cura dei bambini, soprattutto nell'intrattenimento e nel gioco. Abbiamo fatto il lavoro relativo al "gemellaggio" con la scuola materna di Montagna e fatto qualche passeggiata con loro. Abbiamo verificato con la responsabile (che è anche la vicesuperiore Abajambo) le necessità economiche ordinarie (vitto, bollette, scuola, medicine, legna, ecc) e quelle straordinarie.

In relazione a queste ultime abbiamo potuto ristrutturare la sala di soggiorno dei bambini che è stata ampliata e resa più luminosa, sistemato lo stenditoio per il bucato (che è sempre tanto...), messo un recinto di protezione attorno a una cisterna nel cortile che era pericolosa, fatto l'impianto elettrico e idraulico per l'acqua calda nelle docce nuove (costruite a maggio 2013) e per la lavatrice.

Abbiamo comprato lo scaldabagno, ma per la lavatrice non sono bastati i soldi...sarà per la prossima volta.) Siamo abbastanza soddisfatti delle condizioni di vita dei bambini perché vediamo che pian piano migliorano.

I sei bambini che hanno problemi di salute sono sottoposti ai controlli necessari al Punto di Sanità o all'Ospedale e fanno le cure prescritte.

I bambini appaiono abbastanza sereni.

Sono numerose le visite che abbiamo fatto loro in questi 4 anni di cooperazione e adesso siamo "di casa", i bambini ci conoscono e dimostrano di essersi affezionati, ci aspettano e ci chiedono notizie di

quelli della visita precedente e di quando torneremo... e poi c'è sempre il "rituale" dell'accoglienza e del saluto con canti e danze e offerta di cibo...

Centro Nutrizionale e educativo di Gitabage

Dal 2012 cooperiamo con la "Centrale" di Gitabage (per Centrale si intende una Comunità di Base che fa capo a una chiesa-figlia di una parrocchia).

La parrocchia è quella di Rulindo, diretta da Padre Onesphore.

La Centrale è gestita da un gruppo di laici del posto con la loro presidente Jeane e dalle cinque suore Abajambo che si occupano del centro educativo e nutrizionale.

Una delle suore insegna nella locale scuola media e contemporaneamente va all'università, una è responsabile del centro Nutrizionale, una è maestra di taglio e cucito e le altre tre collaborano nella loro piccola comunità.

Gitabage è un villaggio isolato tra le montagne, dove la popolazione vive di un'agricoltura di sussistenza povera, il commercio e altre attività produttive sono quasi inesistenti. Abbiamo visitato il villaggio, visto la piccola struttura che ospita il Centro Nutrizionale e portato i maialini: si tratta di un piccolo progetto che consiste nel donare a ogni mamma una maialina da allevare; quando figlierà dovrà restituire un maialino al CN e potrà tenere gli altri e la fattrice (al CN viene allevato il maschio per la fecondazione). Periodicamente si tengono corsi di cucito per le ragazze del villaggio (spesso ragazze madri senza reddito).

Le mamme "vulnerabili" (ragazze madri, vedove, madri di famiglie disagiate, donne HIV positive) si sono riunite in un'associazione che si chiama "Baho Mwana" (si potrebbe tradurre "per la vita dei bambini"), con la guida di Jeane, per unire i loro sforzi, e cercare di migliorare la vita dei loro figli e delle loro famiglie.

Durante la nostra visita abbiamo

illustrato alle mamme dell'associazione il progetto che avevamo concordato con Onesphore in base alla somma che avevamo a disposizione, e loro l'hanno accettato.

Si tratta di creare una piccola attività di commercio di prodotti alimentari che sarà gestita dall'associazione e i cui guadagni dovranno essere distribuiti a favore dei bambini (piccolo libretto di risparmio per ogni bambino presso lo sportello aperto da poco in paese dalla banca cooperativa per il microcredito di Rulindo).

Il nostro contributo consiste nel costruire un piccolo magazzino con rivendita e finanziare un fondo di rotazione per l'inizio dell'attività. Le finalità del progetto sono quelle di rinforzare le capacità di queste donne e della loro Associazione e far crescere la fiducia e la speranza

nel futuro della loro vita e quella dei loro figli.

Sostegno allo studio

Continua il sostegno allo studio a favore di giovani meritevoli, ma non in grado di pagarsi gli studi, da parte di alcune famiglie valtelinesi e di Treviso.

Sono 6 "adozioni scolastiche" o borse di studio a Nyamata, Rulindo e Gitabage per gli studi alla scuola superiore o all'università.

Pensiamo che sia un'iniziativa da sviluppare maggiormente nella convinzione che la diffusione di una maggiore istruzione sia indispensabile per aspirare a una migliore qualità di vita delle persone e della loro società.

Novembre 2013

Un libro su Adele Zara, l'infermiera che salvò una famiglia di ebrei

27/01/2014 - Proclamata "Giusta tra le Nazioni" dallo Stato di Israele nel 1996 per avere salvato la famiglia ebraica Levi durante le persecuzioni nazifasciste del 1943-1945, ora viene ricordata da un voluminoso testo curato dagli studiosi Pompeo Volpe e Michele Carpinetti. Ve ne proponiamo un'anteprima.



Nel Giardino dei giusti delle Nazioni, a Gerusalemme, dedicato a quelli che durante la seconda guerra mondiale (ma anche prima) salvarono cittadini ebrei dalle persecuzioni, c'è anche il nome di una minuta infermiera italiana, abitante di Oriago (Venezia). Si chiamava **Adele Zara** e il suo atto di eroismo è stato portato alla luce dalla triestina Fulvia Levi, sfollata dalla città giuliana nel luglio del 1943, dopo la caduta del fascismo. La storia della famiglia Levi si intreccerà, infatti con Adele Zara. I Levi (padre, madre e la piccola Fulvia di 13 anni) andarono prima a Venezia dopo non poche peripezie, perchè nella città lagunare vivevano i parenti della sorella sposata, che raggiunsero poi tutti la Svizzera. La famiglia Levi invece, tramite un amico del padre, trovarono ospitalità in una casetta di Oriago, allora borgo contadino,

vicino al fiume Brenta. Dopo circa un mese la proprietaria della casa, resasi conto che dava ospitalità a degli ebrei (ricordiamo che in Italia dal 1938 erano state promulgate le leggi razziali), consigliò ai Levi di chiedere aiuto a una famiglia lì accanto. Era la famiglia di Adele Zara (nella foto). "Per quasi due anni fummo assistiti, protetti e curati, la signora Adele era infatti infermiera", ricorda Fulvia Levi. Adele Zara è stata proclamata "Giusta tra le Nazioni" dallo Stato di Israele nel 1996 per avere salvato la famiglia ebraica Levi durante le persecuzioni nazifasciste del 1943-1945.

Ora, a celebrarla, arriva anche un voluminoso libro, uscito in questi giorni e curato da due docenti universitari: Pompeo Volpe e Michele Carpinetti.

Il testo, che riporta alcuni capitoli scritti in ebraico, s'intitola "**Adele Zara, Giusta tra le Nazioni**" (Cleup editore, 141 pagine, 18 euro) e attraverso documenti dell'epoca ricostruisce la storia dell'infermiera veneziana e della famiglia ebrea che nascose per quasi due anni. Poco nota ai più, ma amatissima nel ricordo nella sua terra d'origine, tra Mira e Oriago, Adele è stata l'esempio di come il coraggio riesca a rendere un singolo individuo disarmato più forte e vincente di interi eserciti di soldati. E' possibile consultare gratuitamente l'indice e l'introduzione del libro a questo link: http://www.cleup.it/libri/pdf/VOLPE_indice_introduzione.pdf

Dall'Organismo di Coordinamento alla Conferenza Territoriale per la Salute Mentale

a cura di Lorella Cecconami*

Nel 2004 la regione Lombardia ha ritenuto necessaria la realizzazione di momenti di coordinamento fra istituzioni ed enti pubblici, privati e di volontariato dove ciascuno, secondo il proprio ruolo e competenza, possa partecipare a una "comunità per la salute mentale" e si senta protagonista di un comune lavoro di sostegno alle persone in difficoltà e alle loro famiglie.

E' stato pertanto istituito dall'ASL di Sondrio nel 2003, in anticipo sul dettato regionale, l'organismo di coordinamento per la salute mentale dell'età adulta cui è seguito nel 2008 l'istituzione dell'organismo di coordinamento dell'età evolutiva.

Fanno parte di questi organismi rappresentanti dell'ASL, dell'Azienda Ospedaliera, delle associazioni dei famigliari, degli erogatori accreditati a contratto, della conferenza dei sindaci, dell'amministrazione provinciale, delle cooperative sociali, della scuola. La funzione di presidente degli organismi è svolta secondo le indicazioni regionali dal Direttore Sanitario dell'ASL.

La finalità dell'organismo di coordinamento è quindi di assicurare che i diversi attori coinvolti nella tutela della salute mentale definiscano e attuino insieme strategie, obiettivi e azioni per il fine comune della tutela della salute mentale e dei diritti di cittadinanza delle persone affette da disturbi psichici.

Le funzioni prioritarie dell'organismo sono:

- Analisi dei bisogni e delle risorse del territorio dell'ASL
- Verifica e valutazione delle attività di psichiatria e neuropsichiatria infantile
- Promozione di iniziative e di integrazione della rete socio-sanitaria e degli interventi di rilievo sociale, nonché di iniziative volte alla prevenzione
- Proposizione di linee strategiche di sviluppo e di riorganizzazione di servizi e di unità di offerta
- Valutazione delle modalità di utilizzo delle strutture residenziali, previsione del complessivo budget di spesa, promozione di percorsi territoriali alternativi alla residenzialità.

Sono inoltre compiti specifici dell'organismo:

- Predisporre un patto territoriale per la salute mentale a valenza triennale in cui



diversi attori si impegnano a condividere politiche e azioni necessarie per adeguare e migliorare la rete di offerta dei servizi e degli interventi dedicati alla tutela della salute mentale della popolazione

- Attivare, quando necessario, tavoli tecnici per la gestione di particolari problematiche
- Organizzare annualmente una conferenza territoriale per la salute mentale.

Negli scorsi anni le conferenze hanno evidenziato argomenti d'interesse squisitamente psichiatrici come momento di conoscenza, di confronto delle attività svolte, di analisi epidemiologica presentando i risultati dei progetti innovativi quali "I disturbi del comportamento alimentare, Tempo Zero, Oltre la residenzialità, Il trattamento integrato per i soggetti autistici, La prevenzione del suicidio, L'integrazione lavorativa".

Gli organismi di coordinamento quest'anno hanno ritenuto utile, dopo aver valutato i protocolli operativi sulla contenzione in essere nell'ambito dell'Azienda ospedaliera, costituire un tavolo tecnico per formulare linee guida rivolte alle strutture socio-sanitarie (in particolare RSA e RSD) relative ai "mezzi di protezione e di tutela degli ospiti", individuando nella conferenza territoriale il momento ottimale per la presentazione dell'elaborato prevedendo un dibattito, rilevamenti di criticità, raccolta di contributi e suggerimenti.

Diversamente dagli altri anni si è scelto un argomento monotematico "contenere la contenzione" affrontando così una tematica ostica e particolare: parlare di contenzione è difficile perché tale atto sembra ledere il diritto alla libertà individuale.

Nella realtà valtellinese è apparso un atto sanitario assistenziale di natura eccezionale applicabile solo quando tutte le altre misure alternative si sono dimostrate inefficaci. In tal senso si è espresso anche il responsabile del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Lo scopo delle linee guida consisteva nel fornire agli enti, alle strutture residenziali, agli operatori socio-sanitari interessati dal fenomeno indicazioni sulla contenzione degli ospiti qualora se

ne ravvisi la necessità garantendo comportamenti omogenei, riproducibili e verificabili all'interno dei limiti legali, della letteratura scientifica, nel rispetto delle libertà individuali e della dignità umana.

Nel pomeriggio dell'11 novembre u.s. la conferenza si è svolta di fronte ad una platea numerosa e attenta alle esposizioni dei relatori.

Particolare interesse hanno suscitato gli interventi sia del medico legale che, affrontando il rapporto e il dialogo fra medicina e giustizia, ha consigliato di modificare la dicitura "linee guida" in quella più appropriata di "linee di indirizzo", sia dal presidente IPASVI che ha sottolineato la necessità di una formazione continua per gli operatori su questa tematica.

Stimolante inoltre è stato l'intervento della presidente dell'associazione dei famigliari che ha invitato gli operatori del servizio psichiatrico ad essere profondi esperti di accoglienza nella visione del superamento di ogni pratica coercitiva.

I suggerimenti e i contributi forniti dai relatori verranno tradotti in azioni concrete.

*Presidente Organismi di Coordinamento per la salute mentale - Direttore Sanitario ASL

Il treno della vita

La vita è come un viaggio in treno, con le sue stazioni, i suoi cambi, i binari, i suoi incidenti...! Nel nascere saliamo su un treno e ci troviamo con i nostri genitori e crediamo che sempre viaggeranno al nostro fianco, ma in qualche stazione loro scenderanno, lasciandoci viaggiare da soli.

Nello stesso modo, nel nostro treno saliranno altre persone, saranno significative: nostri fratelli, amici, figli e anche l'amore della nostra vita.

Molti scenderanno e lasceranno un vuoto permanente... altri passeranno inosservati! Questo viaggio sarà ricco di gioie, dispiaceri, fantasie, attese e saluti.

La riuscita di questo viaggio consiste nell'aver una buona relazione con tutti i passeggeri, nel dare il meglio di noi stessi.

Il grande mistero è che non sappiamo in quale stazione scenderemo, per questo dobbiamo vivere nel migliore dei modi, amare, perdonare, offrire il meglio di noi... così quando arriverà il momento di scendere e il nostro sedile sarà vuoto, lasceremo bei ricordi agli altri passeggeri del treno della vita!

Ti auguro che il viaggio nel tuo treno per l'anno prossimo sia meglio ogni giorno, seminando amore e raccogliendo esiti! Buon viaggio!!!

Anonimo

CONTENZIONE vista da un familiare

Per noi familiari parlare e riflettere sulla contenzione non è facile perché è un atto Violento che ci riporta a vivere la drammaticità e la crudezza che provano i nostri cari sofferenti di disagio mentale... Siamo consapevoli perché testimoni di quei momenti dove nessuno sguardo, nessuna parola rassicurante, nessun gesto riescono a frenare le forti emozioni e sensazioni che provano alternandoli a tal modo da non capacitarsi di loro stessi.

Vorremmo che la contenzione avvenisse solo dopo aver provato ad instaurare una relazione di fiducia cercando la loro alleanza riuscendo ad abbassare l'aggressività usando le pratiche di escalation.

Vorremmo che il personale del SPDC fosse sempre disponibile a dare tutte le possibilità di "rientro" alla persona dedicandogli tempo..... tempo e spazio perché possa riattaccare tutti i pezzi e parlare...

Solo quando si avverte l'imminente pericolo per loro stessi e le persone circostanti ecco, allora il prevenire una situazione che potrà arrecare gravi conseguenze autorizza l'uso della contenzione a salvaguardare l'incolumità di ciascuno.....

Ciò che i familiari sperano è che quando essa viene applicata il personale sia vigile affinché il paziente contenuto non diventi bersaglio di aggressioni o soprusi da parte di altri degenti... si possa garantirgli un'assistenza continua in un ambiente protetto e per un periodo, si spera, BREVE.

Perché siamo convinti che la contenzione non è un metodo di cura ma una MISURA DI REPRESSIONE che toglie libertà, dignità e causa vergogna, depressione, può provocare danni fisici importanti... per questo deve essere applicata in situazioni di EMERGENZA: quando il comportamento del paziente rappresenta un immediato rischio per sé e altri e l'uso di essa si dimostri l'ultima scelta. Dal punto di vista dell'Associazione siamo convinti che fermarsi a riflettere su questa problematica sia importante perché mette in discussione la contenzione vista come inevitabile con la valenza di male minore, ormai accettato nella pratica.

La riflessione è significativa perché tiene aperta la porta alla possibilità del cambiamento anche in una problematica così impegnativa.

Reputiamo che sentirsi dentro l'orizzonte del superamento di ogni pratica coercitiva, sia di per sé un valore e possa stimolare un processo che, per problematiche così impegnative, richiede rielaborazioni profonde ma non astratte e infattibili; pensiamo anche che questo orizzonte possa essere collocabile in una prospettiva temporale ben concreta. Le considerazioni appena dette portano a valutare come interessanti la ricerca e il confronto tra le esperienze portate avanti in questo campo in tutto il territorio nazionale, partendo da un approccio al problema concreto e osservabile che individua variabili culturali, organizzative e istituzionali.

Guardando e analizzando le buone pratiche, le strategie virtuose indagate con rigore e sottoposte a verifiche nel tempo.

Permettete una conclusione tra auspicio e sogno... con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, da luogo percepito essenzialmente dell'emergenza e dell'intensità del dolore, a luogo capace di produrre "l'eccellenza" nella capacità di accogliere, con una formazione che va ad aumentare competenze vere e proprie capaci di rinnovare e rendere qualitativamente più gratificante la professionalità che si va ad attuare. Insomma gli operatori dell'SPDC come profondi esperti di accoglienza!

Buon lavoro a tutti noi e grazie!



ECM NOVITÀ:

esoneri, esenzioni, tutoraggio individuale, formazione all'estero, autoapprendimento, modalità di registrazione e certificazione

a cura di Gisella Tridella*

Nelle giornate dal 6 al 8 Novembre 2013 si è riunita a Roma la V Conferenza sulla formazione Continua a cui abbiamo partecipato come rappresentanti IPASVI che si è riconfermata la principale occasione di incontro e confronto tra la Commissione e gli operatori del settore. Ha rappresentato un momento per fare il punto sul Programma nazionale ECM a chiusura di un importante triennio.

L'analisi dei risultati raggiunti e gli obiettivi e le strategie per il nuovo triennio sono stati infatti gli argomenti che hanno aperto la Conferenza.

L'ECM, sistema che permette al professionista sanitario di aggiornarsi per rispondere sempre più qualitativamente ai bisogni dei pazienti e pertanto favorire il proprio sviluppo professionale è in costante evoluzione.

Importante sapere che gli obiettivi formativi di interesse nazionale vengono stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome

Con il decreto ministeriale dell'11 Gennaio 2012 è stata costituita presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua,

La Commissione, dura in carica 3 anni dalla data del suo insediamento, viene nominata dal Ministro della Salute che la presiede e si avvale del:

• **Comitato di garanzia** per l'indipendenza della formazione continua dal sistema di sponsorizzazione;

• **Comitato Tecnico delle Regioni:** che assicura la partecipazione di tutte le Regioni e Province autonome attraverso componenti designati dalla Commissione salute dell'Osservatorio Nazionale composto da esperti di provata esperienza nel campo della formazione e della valutazione di qualità dei singoli professionisti, delle attività e delle organizzazioni sanitarie, designati dalla Conferenza Stato Regioni (5 componenti) e dal Comitato di Presidenza della Commissione Nazionale (6 componenti);

• **CoGeAPS** che ha il ruolo di gestore della Anagrafe Nazionale dei crediti formativi;

• **Consulta Nazionale della formazione permanente:** organo tecnico di consulenza composto da rappresentanti di Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di provider, Associazioni di tutela.

Nella Conferenza si è posta particolare attenzione al futuro della formazione, Futuro e Formazione, due parole indissolubili, come sottolineato dallo stesso Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenuta in apertura della manifestazione.

A dimostrazione di questa apertura al futuro e dell'interesse ad andare oltre i confini del nostro Paese, le partecipazioni di importanti personaggi internazionali che hanno sicuramente arricchito di contenuti ed idee i lavori della Conferenza. Parliamo di Amitai Ziv, Direttore dell'Israel Center for Medical Simulation, e di Romuald Krajewski, Presidente dell'European Union of

particolare attenzione al futuro della formazione, Futuro e Formazione, due parole indissolubili, come sottolineato dallo stesso Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, intervenuta in apertura della manifestazione.

A dimostrazione di questa apertura al futuro e dell'interesse ad andare oltre i confini del nostro Paese, le partecipazioni di importanti personaggi internazionali che hanno sicuramente arricchito di contenuti ed idee i lavori della Conferenza. Parliamo di Amitai Ziv, Direttore dell'Israel Center for Medical Simulation, e di Romuald Krajewski, Presidente dell'European Union of



Medical Specialists.

Tra le tematiche di quest'anno le nuove regole per gli esoneri e le esenzioni dei professionisti la certificazione dei crediti, punto cruciale del sistema ECM, e il dossier formativo, che vede dopo anni di sperimentazioni i primi risultati

Registrazione e certificazione dei crediti acquisiti

Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) è un organismo che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti della salute che partecipano al programma di Educazione Continua in Medicina. Secondo quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 5 Novembre 2009, il Co.Ge.A.P.S. è "l'organismo nazionale deputato alla gestione delle anagrafiche nazionali e territoriali, dei crediti ECM attribuiti ai professionisti che fanno capo agli Ordini, Collegi nonché le rispettive Federazioni nazionali e Associazioni professionali, consentendo a questi le relative funzioni di certificazione delle attività formative svolte".

Si informa che dal **2 Dicembre 2013** è possibile per i singoli professionisti previa registrazione accedere al portale **Co.Ge.A.P.S.** www.cogeaps.it e, tramite questo servizio, visualizzare i crediti ECM già acquisiti sia a livello nazionale che regionale.

Numero da comporre 06.42749600 - opzione 4.

N.B.: i dati non sono completi perché risentono dei tempi e modalità di trasmissione da parte delle regioni e che solo dal secondo semestre 2014 saranno completi.

I professionisti sanitari, ai fini della registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. dei crediti acquisiti ma non registrati nel portale, potranno rivolgersi al proprio Collegio di appartenenza muniti di documentazione per consentire l'inserimento.

La certificazione è un atto giuridico rilasciato in forma scritta che

attesta la conformità del percorso formativo, rilasciato dal collegio di appartenenza **solo su richiesta del singolo professionista** e si riferisce esclusivamente al numero dei crediti acquisiti nel triennio di riferimento.

Se il processo formativo sarà completo e conforme si provvederà alla **certificazione** altrimenti verrà rilasciata una **attestazione** dei crediti formativi effettivamente conseguiti.

Dossier Formativo individuale

Dal 2 Dicembre è inoltre possibile, (attraverso il portale Cogeaps) in via sperimentale programmare la propria formazione per il triennio 2014-2016 tramite la costruzione del **Dossier Formativo individuale**. Ciò rappresenta una **opportunità in quanto la formazione non sarà più quantitativa ma qualitativa poiché rispondente ai bisogni specifici del professionista**.

Ciò potrà servire ai "Provider" per

rilevare gli effettivi bisogni formativi dei singoli Professionisti e programmare un'offerta adeguata alle necessità sia all'organizzazione Azienda/Dipartimento/U.O responsabile del governo strategico della formazione, per orientare efficacemente le scelte formative, valorizzare i singoli professionisti, realizzare una puntuale analisi del fabbisogno formativo e monitorare le attività formative stesse.

Infatti il portale è strutturato in 3 sezioni:


- la prima è relativa all'anagrafica del professionista
- la seconda riguarda la programmazione, in cui ogni professionista può pianificare la propria esigenza formativa e decidere quali tematiche approfondire, indicando quale percentuale di obiettivi formativi tecnico-professionali, di processo e di sistema desidera raggiungere nel prossimo triennio.
- La terza concerne la realizzazione, le evidenze relative all'attività di formazione effettuata (documentazione, crediti, tipologie di attività) e alle altre attività considerate rilevanti.

Tutti i chiarimenti si possono trovare nella Determina della Commissione Nazionale Formazione Continua del 17 Luglio, pubblicata dalla Commissione Nazionale Formazione Continua il 6 Settembre 2013 (riportata anche sul nostro sito IPASVI.)

Di seguito sono riportati gli undici punti della determina.

* Segretario Collegio IPASVI





Copyright by Collegio IPAS.VI - Sondrio
 Pubblicato 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 Giacconi - 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:
 Michela Zappa - Dell'Anna Clemente - Tiziana Giacconi - Manuela Colombera - Katri Mingardi - Laura Brunelli - Annalisa Silvestro - Edoardo Manzoni - Gisella Tridella - Dicara Cinzia - Sarah Mingardi - Francesca Mitta - Eleonora Strapazon - Anna Gherardi - Lorella Cecconami - Nonini Monica

Determina della CNFC del 17 luglio 2013

Esoneri, esenzioni, tutoraggio individuale, formazione all'estero, autoapprendimento, modalità di registrazione e certificazione

1. Esoneri¹

I professionisti sanitari che frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza e durante l'esercizio dell'attività professionale² sono esonerati dall'obbligo formativo ECM. L'esonero riguarda l'intero periodo di formazione nella misura di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese³. Sono altresì esonerati i professionisti sanitari domiciliati o che esercitano la propria attività professionale presso le zone colpite da catastrofi naturali in virtù dell'Accordo Stato - Regioni del 19 Aprile 2012 e della decisione della Commissione nazionale per la formazione continua del 20 giugno 2012⁴ e limitatamente al periodo definito con determina della stessa Commissione.

Sono esonerati per l'intero obbligo formativo individuale annuale ECM i professionisti sanitari che frequentano corsi di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92⁵.

La Commissione nazionale per la formazione continua si riserva di valutare eventuali posizioni non previste dal presente paragrafo.

2. Esenzioni

Sono esentati dall'obbligo formativo ECM, nella misura di 4 crediti per ogni mese nel quale il periodo di sospensione dell'attività professionale sia superiore a 15 giorni⁶, i professionisti sanitari che sospendono l'esercizio della propria attività professionale a seguito di:

- congedo maternità e paternità: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- congedo parentale e congedo per malattia del figlio: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- adozione e affidamento preadottivo: D.lgs. n. 151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- adozione internazionale attesa non retribuita durata espletamento pratiche: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni
- attesa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- assenza per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- richiamo alle armi o servizio volontariato alla C.R.I.: Art.14 R.D. Legge 10/8/1928, n.2034 e artt.36 e 245 del R.D. n.484/1936 e successive modifiche e integrazioni
- attesa per incarico direttore sanitario aziendale e direttore generale: Art.3 bis, comma 11 D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni
- attesa per cariche pubbliche elettive: D.lgs. n. 29/93 e successive modifiche e integrazioni; art. 2 L. 384/1979 e successive modifiche e integrazioni; art. 16 bis comma 2 bis D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni
- attesa per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza.

I periodi di esonero e di esenzione sono cumulabili ma non sovrapponibili nell'ambito del triennio, ad eccezione degli esoneri definiti dalla Commissione Nazionale per le catastrofi naturali.

La Commissione nazionale per la formazione continua si riserva di valutare eventuali posizioni non previste nei punti indicati del presente paragrafo.



3. Tutoraggio individuale

Ai tutor che svolgono formazione pre e post laurea prevista dalla legge e ai professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti pre e post laurea previsti dalla legge⁷, sono riconosciuti crediti formativi ECM nella misura di 4 crediti per mese di tutoraggio⁸. I crediti così acquisiti, calcolati unitamente ai crediti ottenuti per docenza/pubblicazioni scientifiche/ricerche, non possono eccedere il 60% del monte crediti triennale al netto degli esoneri, delle esenzioni e delle riduzioni di cui ai paragrafi 1, 2 e 7 della presente determina. Sono esclusi dal riconoscimento dei crediti per attività di tutoraggio individuale, gli assegnatari di uno specifico incarico istituzionale di insegnamento anche a titolo gratuito.

I crediti, nella misura di cui sopra, sono riconosciuti anche a chi svolge attività di tutoraggio nell'ambito di specifici PFA, solo se le attività sono inquadrate nel programma formativo del professionista interessato.

4. Crediti per formazione all'estero

Fermo restando quanto stabilito dall'accordo Stato - Regioni del 5 novembre 2009⁹, ai professionisti sanitari che frequentano corsi di formazione individuale all'estero¹⁰ sono riconosciuti crediti ECM nella misura del 50% dei crediti attribuiti dal singolo evento accreditato all'estero. I crediti acquisibili tramite formazione individuale all'estero non possono superare il 50% dell'obbligo formativo triennale. Nel caso in cui l'evento accreditato all'estero supera i 50 crediti formativi sono riconosciuti al massimo 25 crediti ECM.

Il professionista sanitario, ultimata la frequenza, dovrà inoltrare la documentazione relativa all'evento (programma, contenuti, etc.) e quella attestante la frequenza e il superamento del test di apprendimento all'ente accreditante di riferimento (CNFC, Regione, Provincia autonoma) ovvero al soggetto da esso indicato (ad esempio ufficio formazione dell'azienda presso cui presta servizio) ovvero per i liberi professionisti, al proprio Ordine/Collegio/Associazione professionale, ovvero tramite portale Co.Ge.A.P.S. per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti alle Associazioni. I suddetti enti, valutata la documentazione prodotta dal professionista, provvederanno ad inserire tali attività nel tracciato record da inviare alla CNFC/Regioni/Province autonome e al Co.Ge.A.P.S.

Nel caso in cui esistano accordi tra regioni transfrontaliere validamente sottoscritti e comunicati alla Commissione nazionale e/o ente accreditante regionale per la formazione continua possono essere riconosciuti tutti i crediti acquisiti tramite l'evento formativo accreditato all'estero e comunque non oltre i 50 crediti per evento.

I Provider accreditati in Italia possono realizzare progetti formativi aziendali¹¹ (PFA) all'estero attinenti settori e tecnologie innovative non applicate o implementate nel territorio nazionale, a condizione che siano compatibili con l'esercizio della professione sanitaria per la quale sono erogati. L'accredimento di tali PFA segue lo stesso iter procedurale

dell'accredimento degli eventi all'estero accreditati in Italia. Possono essere registrati esclusivamente i crediti maturati dalla formazione individuale all'estero a partire dal 1 gennaio 2008, fatto salvo quanto già precedentemente riconosciuto pur in carenza di una più specifica normativa.

5. Liberi professionisti: crediti individuali per autoapprendimento

Ai liberi professionisti sono riconosciuti crediti ECM per:

- attività di autoapprendimento ossia l'utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per la formazione continua preparati e distribuiti da Provider accreditati¹²;
- autoapprendimento derivante da attività di lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non preparati e distribuiti da provider accreditati ECM e privi di test di valutazione dell'apprendimento con il limite del 10% dell'obbligo formativo individuale triennale (fino ad un massimo di 15 crediti nel triennio)¹³.

6. Modalità di registrazione

L'Ordine, il Collegio e l'Associazione professionale di riferimento sono competenti a riconoscere gli esoneri, le esenzioni e i crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina, previa presentazione, da parte del professionista sanitario, della relativa documentazione (A titolo esemplificativo della documentazione valida: attestato di frequenza corsi di formazione post-base, documentazione comprovante il periodo di sospensione dell'attività professionale, attestazione di svolgimento dell'attività di tutoraggio rilasciata dall'ente per il quale si è esercitata l'attività di tutoraggio, etc.).

L'Ordine, il Collegio e l'Associazione professionale di appartenenza provvedono alla valutazione di coerenza con le vigenti disposizioni in materia di ECM e alla registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. della posizione del proprio iscritto in riferimento a esoneri, esenzioni e ai crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina.

I professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti alle Associazioni inoltrano alla Commissione nazionale per la formazione continua, tramite il portale del Co.Ge.A.P.S., la richiesta di registrazione dell'esonero, dell'esenzione e dei crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina.

La competenza al riconoscimento dell'esonero, dell'esenzione e dei crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina per i professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti alle Associazioni, è posta rispettivamente:

- in capo alla sezione IV della CNFC per gli esoneri, le esenzioni e tutoraggio individuale
- in capo alla sezione V della CNFC per i crediti per formazione all'estero
- in capo al Gruppo liberi professionisti della CNFC per l'autoapprendimento di cui alla lettera b del paragrafo 5 della presente determina.

Le sezioni IV, V e il Gruppo liberi professionisti ai fini del riconoscimento dell'esonero, dell'esenzione e dei crediti ECM acquisiti tramite gli istituti di cui alla presente determina, si avvalgono del componente della Commissione dell'area sanitaria di riferimento ed eventualmente, se la professione di riferimento non coincide, di un esperto della professione sanitaria del richiedente. Successivamente, il parere delle sezioni IV, V e del Gruppo liberi professionisti viene approvato dalla CNFC e comunicato al Co.Ge.A.P.S.

All'atto della registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. vengono assegnati alle attività formative di cui alla presente determina gli obiettivi formativi corrispondenti alla/e attività svolta/e. ►



7. Riduzione dell'obbligo formativo triennale

L'Accordo Stato - Regioni del 19 Aprile 2012 ha stabilito in 150 crediti il debito formativo complessivo per il triennio 2011 - 2013 e ha previsto, inoltre, la possibilità, per tutti i professionisti sanitari, di riportare dal triennio precedente (2008 - 2010) fino a 45 crediti.

Si conviene, tuttavia che, la riduzione, da attuarsi con criterio proporzionale, si calcola secondo il seguente metodo:

- riduzione di 15 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 30 a 50 crediti nel triennio 2008-2010
- riduzione di 30 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 51 a 100 crediti nel triennio 2008-2010
- riduzione di 45 crediti nel triennio 2011-2013 se il professionista ha acquisito da 101 a 150 crediti nel triennio 2008-2010.

L'obbligo formativo annuale per il professionista sanitario (non libero professionista) è di un terzo del proprio fabbisogno triennale (50 crediti/anno), al netto delle riduzioni derivanti da esenzioni ed esoneri. Il professionista sanitario può discostarsi del 50% dall'obbligo formativo annuale.

Crediti acquisiti nel triennio 2008-2010	Fabbisogno Triennale 2011-2013	Fabbisogno annuale 2011-2013
Da 101 a 150	105	Da 17,5 a 52,5
Da 51 a 100	120	Da 20 a 60
Da 30 a 50	135	Da 22,5 a 67,5

8. Registrazione dei crediti ottenuti nel periodo 2008/2013 ma non registrati nel database Co.Ge.A.P.S.

E' ammessa la registrazione manuale di crediti ECM acquisiti nel periodo 2008/2013 non ancora presenti nella banca dati Co.Ge.A.P.S.

I professionisti sanitari iscritti ad Ordini, Collegi ed Associazioni, ai fini della registrazione nella banca dati Co.Ge.A.P.S. di crediti acquisiti nel periodo di cui al comma 1 del presente paragrafo, presentano la richiesta, completa di attestato di partecipazione e di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, all'Ordine, Collegio o Associazione di appartenenza.

I professionisti sanitari non iscritti ad Ordini, Collegi ed Associazioni, previa registrazione della propria posizione anagrafica presso la banca dati Co.Ge.A.P.S., trasmettono la richiesta di crediti acquisiti nel periodo di cui al comma 1 del presente paragrafo, completa di attestato di partecipazione e di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, tramite portale Co.Ge.A.P.S., alla Commissione nazionale per la formazione continua.

Le richieste, dei professionisti sanitari non iscritti ad Ordini, Collegi ed Associazioni, saranno poste alla verifica ed eventuale approvazione dalla Commissione nazionale per la formazione continua.

Ai professionisti sanitari che hanno svolto attività di docenza e tutor per eventi ECM accreditati al sistema nazionale e regionale ECM e realizzati prima del 31 dicembre 2010 sono attribuiti 2 crediti ECM per evento a prescindere dalle ore di docenza effettivamente svolte salvo rettifiche individuali che i professionisti comunicheranno all'Ordine, Collegio, Associazione, sulla base dei relativi specifici attestati.

9. Quantificazione dei crediti

Gli istituti di cui alla presente determina che regolano il computo dei crediti formativi su base annuale sono espressi, a fini quantitativi, su base triennale, nel rispetto dei parametri contenuti nell'Accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012.

10. Ulteriore definizione di dettaglio degli obiettivi 10, 20, 14 e 17 ai fini della corretta costruzione e gestione del "dossier formativo"

Al fine di permettere la corretta costruzione del dossier formativo e per agevolare la verifica della corrispondenza degli obiettivi rispetto alla pianificazione, si chiarisce che i seguenti obiettivi vanno coniugati con le rispettive aree di seguito indicate:

1. L'obiettivo formativo n. 10, in applicazione dell'accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012, può essere assegnato alle aree formative come di seguito indicato:

Obiettivo	Area
10 a: Epidemiologia - Prevenzione e Promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico professionali	a) "obiettivi tecnico-professionali"
10 b: Epidemiologia - Prevenzione e Promozione della salute con acquisizione di nozioni di processo	b) "obiettivi di processo"
10 c: Epidemiologia - Prevenzione e Promozione della salute con acquisizione di nozioni di sistema	c) "obiettivi di sistema"

2. L'obiettivo formativo n. 20, in applicazione dell'accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012, può essere assegnato alle aree formative come di seguito indicato:

Obiettivo	Area
20 a: Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico professionali	a) "obiettivi tecnico-professionali"
20 b: Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo	b) "obiettivi di processo"
20 c: Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema	c) "obiettivi di sistema"

3. Gli obiettivi formativi n. 14 e 17, in applicazione dell'accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012, possono essere assegnati, rispettivamente, alle aree formative come di seguito indicato:

Obiettivo	Area
14: Accredimento Strutture Sanitarie e dei Professionisti. La cultura della qualità	b) "obiettivi di processo"
17: Argomenti di carattere generale: Informatica e lingua Inglese scientifica di livello avanzato. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN.	c) "obiettivi di sistema"

Ai fini della corretta costruzione del dossier formativo, il provider è tenuto ad indicare l'obiettivo formativo di riferimento ai professionisti sanitari che partecipano al corso ECM. L'obiettivo formativo di riferimento del singolo corso dovrà essere facilmente identificabile dal professionista sanitario e indicato dal provider in maniera chiara ed in posizione evidente oltre che nella documentazione della fase istruttoria e nell'attestato di partecipazione, anche nei materiali (informatici, cartacei, etc.) di promozione dell'evento e nel programma dei lavori.

L'obiettivo formativo dovrà essere espresso indicandone il numero e il titolo in base a quanto stabilito dall'accordo Stato - Regioni del 19 aprile 2012 e dal paragrafo 10 della presente determina per quanto concerne gli obiettivi 10, 20, 14 e 17.

11. Certificazione dei crediti

La certificazione dei crediti viene effettuata, per i professionisti sanitari iscritti a Ordini, Collegi ed Associazioni maggiormente rappresentative, tramite il portale Co.Ge.A.P.S. Per i professionisti sanitari non iscritti a Ordini, Collegi e Associazioni, la certificazione avverrà tramite il portale Co.Ge.A.P.S. e successiva trasmissione alla Segreteria della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina.

La Segreteria della Commissione nazionale per la formazione continua è autorizzata alla certificazione nei termini di cui

sopra. Di tale attività dovrà essere fornita puntuale informazione alla Commissione.

La certificazione si riferisce esclusivamente al numero dei crediti acquisiti nel triennio di riferimento.

Tale certificazione prevederà i due livelli di seguito specificati:

- 1) attestazione dei crediti formativi: attestazione rilasciata da Ordini, Collegi e Associazioni e dalla Segreteria della Commissione nazionale per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate per tutta la formazione svolta in un triennio, con indicazione del numero dei crediti effettivamente registrati;
- 2) certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio: attestazione rilasciata a cura di Ordini, Collegi e Associazioni e della Segreteria della CNFC per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate nel caso in cui il professionista abbia soddisfatto l'intero fabbisogno formativo individuale triennale (valutazione quantitativa tenendo conto dell'obbligo formativo individuale del triennio).

Note:

1) Si specifica che nel periodo di esonero (§1) il professionista sanitario non sospende l'esercizio dell'attività professionale mentre nel periodo di esenzione (§2) la sospensione dell'attività professionale costituisce elemento qualificante per la richiesta di esenzione.

2) Sono ricompresi anche i professionisti sanitari temporaneamente privi di occupazione ma aventi titolo ad esercitare la professione.

3) Sono esonerati per l'intero obbligo formativo individuale annuale ECM i professionisti sanitari che frequentano i seguenti corsi di formazione post-base aventi carattere certificativo:

- laurea specialistica, diploma di specializzazione, dottorato di ricerca, master universitari di primo e secondo livello della durata di uno o più anni e che erogano almeno 60 CFU/anno previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509 e dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004, n. 270 e successive modifiche ed integrazioni;
- corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;
- corso di specializzazione in Psicoterapia per Medici e Psicologi, di cui al Decreto 11 dicembre 1998, n. 509 Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15 maggio 1997, n. 127.

La frequenza di corsi universitari diversi da quelli sopraelencati dà diritto all'esonero di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese.

L'unità mese è considerata il periodo non inferiore a 16 giorni e non superiore a 31 giorni di corso post-base certificativo. I giorni di frequenza possono anche essere non continuativi e cumulabili nell'anno di riferimento. A titolo esemplificativo: 10 giorni di formazione a gennaio possono essere cumulati con 10 giorni di formazione a maggio. Tale periodo dà diritto a 4 crediti ECM.

4) Determina della CNFC del 20 giugno 2012 per gli eventi sismici che hanno colpito la regione Emilia - Romagna.

5) Sono esonerati altresì i professionisti sanitari che frequentano corsi per il rilascio dell'attestato di micologo ai sensi del decreto del Ministero della Sanità del 29 novembre 1996 n.686 e s.m.i., nella misura dell'intero obbligo formativo individuale annuale se il corso ha durata annuale o, qualora il corso abbia durata biennale, nella misura del 50% dell'obbligo formativo individuale annuale del biennio ECM ricompreso dal corso di cui sopra.

6) L'unità mese è considerato il periodo di sospensione dell'attività professionale non inferiore a 16 e non superiore a 31 giorni. Ad esempio il professionista sanitario che sospende l'attività professionale per un mese e 10 giorni ha diritto all'esenzione di 4 crediti ECM.

7) Laurea magistrale, dottorato, master, specializzazione e corsi di perfezionamento con CFU previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509; Decreto 11 dicembre 1998, n.509.

Laurea triennale, laurea magistrale, dottorato, master, specializzazione e corsi di perfezionamento con CFU previsti e disciplinati dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004 n. 270 e successive modifiche ed integrazioni.

8) L'unità mese è considerata il periodo non inferiore a 16 giorni e non superiore a 31 giorni di tutoraggio anche non continuativo e cumulabile nel triennio di riferimento. A titolo esemplificativo: 10 giorni di tutoraggio a gennaio possono essere cumulati con 10 giorni di tutoraggio a maggio. Tale periodo dà diritto a 4 crediti ECM.

9) Cfr. Paragrafo "Attività formative realizzate all'estero" dell'Accordo Stato - Regioni 5 novembre 2009.

10) E' definita formazione individuale all'estero la formazione non accreditata in Italia e svolta nei paesi dell' U.E., in Svizzera, negli Stati Uniti e in Canada.

11) Insieme coordinato e coerente di singoli eventi formativi, attinenti ad uno specifico ed unitario obiettivo nazionale o regionale, organizzato da una azienda sanitaria pubblica o privata per il proprio personale dipendente o convenzionato appartenente ad una o più categorie professionali.

12) Per l'autoapprendimento non è richiesta l'azione di guida o di supporto di un tutor ma esclusivamente i processi di valutazione (verifica dell'apprendimento).

I crediti ECM derivanti da attività di cui alla presente lettera (a) vengono trasmessi dai Provider all'ente accreditante e al Co.Ge.A.P.S.

13) I crediti ECM derivanti da attività di cui alla presente lettera (b) vengono trasmessi al Co.Ge.A.P.S. da Ordini, Collegi e Associazioni professionali di appartenenza per i professionisti iscritti. I professionisti sanitari che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non iscritti alle Associazioni inoltrano alla Commissione nazionale per la formazione continua, tramite il portale del Co.Ge.A.P.S., le richieste di riconoscimento dei crediti ECM acquisiti tramite le modalità di cui alla presente lettera (b).

I MILLE VOLTI DELL'INFERMIERE

L'infermiere-studente

a cura di: Di Cara Cinzia, Mingardi Sarah, Mitta Francesca, Strappazon Eleonora*

Quando ci è stato chiesto di scrivere per il periodico "Parliamone" ci siamo domandate: "Cosa scrivere?". Desideravamo un articolo che descrivesse l'infermiere in tutti i suoi aspetti, che ne evidenziasse la passione e le competenze che ogni giorno mette in atto nell'assistenza.

Questo desiderio ci ha portati ad intuire che poche pagine non potevano racchiudere il significato di tale professione che, nelle sue varie sfaccettature vede il professionista infermiere interpretare diversi ruoli quali: studente, docente, tecnico, educatore, ricercatore, accomunati tutti dall'aspetto relazionale.

Vista l'impossibilità di analizzare in poche pagine le peculiarità dei diversi ruoli dell'infermiere, abbiamo deciso di iniziare a parlare della figura che, al momento, ci rappresenta meglio: l'infermiere-studente. La formazione di base (laurea triennale), la formazione post-base (i master di I e II livello, la laurea magistrale) e l'aggiornamento continuo attraverso corsi ECM/CPD permettono di identificare l'infermiere come studente.

Il termine "studente" deriva dal latino *studentem*, participio presente del verbo *studere* e indica "colui che dà opera alle scienze"; l'infermiere "da opera ad una scienza" intellettuale e pratica, che si fonda su evidenze validate con metodo scientifico.

La professione negli ultimi decenni ha subito un forte cambiamento, dal modello di assistenza proposto da Florence Nightingale, all'evoluzione della formazione e lo sviluppo della ricerca, aspetti che hanno contribuito a definire l'infermieristica professione sanitaria e non più professione sanitaria ausiliaria (D.lgs. n. 42/1999). Di conseguenza è va-



riato anche il tipo di responsabilità che il professionista si assume: da una responsabilità esecutiva ad una di competenza.

Durante la laurea triennale si acquisiscono le principali competenze rafforzate da conoscenza, esperienza, e da un sentire etico/morale in costante crescita nell'esercizio della professione infermieristica.

Il percorso formativo consiste in periodi di lezione nella sede universitaria alternati a periodi di tirocinio nelle molteplici realtà assistenziali. Gli insegnamenti sono caratterizzati dalla frequenza obbligatoria (almeno il 70% delle attività didattiche e il 100% delle ore di tirocinio).

Il nostro percorso è stato segnato dall'entrata in vigore del Decreto del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca del 22 ottobre 2004 n. 270 emanato in sostituzione del Decreto del Ministero dell'Università e Ricerca Scientifica e tecnologica n. 509/1999 riguardante il *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*.

Il percorso fin qui fatto ci ha aiutato a comprendere che per essere infermieri è necessario grande impegno

re competenza nella relazione con le persone assistite, con i diversi componenti dell'equipe e con l'assistente di tirocinio.

Quest'ultima figura che ci affianca durante la nostra permanenza in reparto ha un ruolo fondamentale, rappresenta il punto di riferimento dello studente; tale professionista con pazienza, disponibilità, preparazione e professionalità contribuisce alla formazione del tirocinante e a ridurre le preoccupazioni che caratterizzano l'inizio di ogni percorso.

Durante il tirocinio professionalizzante abbiamo conosciuto diversi modi di vivere la professione e dopo esserci confrontati con tali diversità abbiamo sviluppato una nostra idea di infermiere. C'è chi pensa che l'infermiere sia un professionista con una naturale inclinazione ad aiutare l'altro e a soddisfare i suoi bisogni, chi crede abbia principalmente compiti di tipo tecnico-manuale; in realtà la figura dell'infermiere comprende tutti questi aspetti e altri ancora.

Ma come assistere e aiutare l'altro se non si hanno le competenze per farlo?

Per fare proprie tali competenze è necessario un impegno nella formazione di base e nella formazione continua, quest'ultima vede l'infermiere "rimanere studente" per tutta

la sua vita lavorativa.

Spesso ci è capitato di confrontarci con professionisti scettici rispetto all'utilità dei corsi ECM o di verificare disconoscenze rispetto a ciò che propone la formazione di base e post-base.

Riteniamo sia necessaria una maggiore sensibilizzazione in merito al riconoscimento dell'utilità della formazione permanente. La formazione continua dovrebbe essere vissuta dal professionista come la possibilità di approfondire tematiche di interesse specifico.

Lavorare con persone che portano ciascuna il proprio modo di essere le proprie convinzioni e valori ci deve vedere come professionisti capaci di agire senza lasciarsi condizionare da giudizi di valore, con la consapevolezza che tutti meritano dignità, rispetto e un'assistenza di qualità.

L'infermiere si deve confrontare costantemente con i progressi teorici e pratici della propria disciplina e per tale motivo non finisce mai di imparare e di essere studente. L'infermiere deve guardare in modo critico il proprio operato, valutandone i limiti e le possibilità di miglioramento al fine di innalzare la qualità dell'assistenza che si trova a fornire.

* Studenti 3° anno Corso di Laurea in Infermieristica a.a. 2012/2013

A Faedo l'undicesima FESTA DI LAUREA

a cura Dott.ssa Nonini Monica Rita

Diciotto sono le neo Infermiere che giovedì 5 dicembre sono state festeggiare alla sede di Faedo del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Milano-Bicocca.

Viviana Amira, Giovanna Bordoni, Sofia Ceciliani, Daniela Dell'Andrino, Cinzia Di Cara, Deanna Faldrini, Vania Assunta Giussani, Simona Marchesi, Monica Mazzega, Brunella Mevio, Sarah Mingardi, Olga Misina, Francesca Mitta, Luana Molli, Elisa Raschetti, Giordana Schivalocchi, Paola Sosio e Eleonora Strappazon.

Come sapete questa festa è ormai una tradizione che corona, per gli studenti, tre lunghi anni di intenso studio e tirocinio e infonde a noi docenti e tutor del Corso di Lau-

rea in Infermieristica un'ulteriore spinta nel lavoro di tutti i giorni. Durante l'anno le scadenze e gli appuntamenti sono incalzanti, già a dicembre, dopo poco più di due mesi dall'inizio del terzo anno di corso, si inizia a parlare di prova finale e da quel momento in poi i ritmi sono serrati fino al conseguimento del titolo, nella prima sessione di laurea di novembre.

La ricorrenza segna per noi un punto di arrivo dal quale subito ripartire, arricchiti degli stimoli che ogni studente ci lascia, rinvigoriti e gratificati dall'entusiasmo che queste giovani infermiere trasmettono soprattutto in questo momento di festa, per la riuscita del quale anche loro, al termine degli impegni istituzionali partecipano con molto entusiasmo.

Alla festa, come di consueto sono state invitate le autorità universi-

tarie e provinciali, parenti, amici, colleghi infermieri che hanno seguito gli studenti nei tirocini professionalizzanti all'interno delle diverse realtà operative e assistenziali.

Per la prima volta ci ha onorato della sua presenza Il Magnifico Rettore dell'Università Milano Bicocca, la Dottoressa Maria Cristina Messa.

La dottoressa Messa, professore ordinario di Diagnostica per Immagini, subentra al dottor Marcello Fontanesi che dal 1999 fino al 30 ottobre 2013 ha ricoperto il ruolo di Magnifico Rettore all'Università Bicocca.

Messa è una delle 5 donne (mentre sono 78 gli uomini) al vertice delle università italiane, dal 1° ottobre 2013 è rettore dell'Università di Milano-Bicocca e rico-

Donna

*Tieni sempre presente che la pelle fa le rughe,
i capelli diventano bianchi,
i giorni si trasformano in anni...*

*Però ciò che è importante non cambia;
la tua forza e la tua convinzione non hanno età.
Il tuo spirito è a colla di qualsiasi tela di ragno.*

Dietro ogni linea di arrivo c'è una linea di partenza.

Dietro ogni successo c'è un'altra delusione.

Fino a quando sei viva, sentiti viva.

Se ti manca ciò che facevi, torna a farlo.

Non vivere di foto ingiallite...

insisti anche se tutti si aspettano che abbandoni.

Non lasciare che si arrugginisca il ferro che c'è in te.

Fai in modo che invece che compassione, ti portino rispetto.

Quando a causa degli anni non potrai correre, cammina veloce.

Quando non potrai camminare veloce, cammina.

Quando non potrai camminare, usa il bastone.

Però non trattenerti mai!!!

Madre Teresa di Calcutta



FESTA DI LAUREA

► CONTINUA DA PAGINA 15

pre altre cariche prestigiose. Dal 2011 vicepresidente del CNR e dal 2012 componente del Consiglio di Amministrazione del Consorzio RFX di Padova, componente del Comitato di Indirizzo Strategico dell'accordo di collaborazione fra CNR e Regione Lombardia, componente del Comitato di Coordinamento del cluster ALISEI (Cluster Nazionale e Regione Lombardia, area scienze della vita). Nel luglio 2013, la dottoressa Messa è stata nominata dal Ministro dell'Università e della Ricerca tra i rappresentanti italiani di Horizon 2020, il nuovo Programma quadro dell'Unione Europea per la ricerca e l'Innovazione e, da settembre 2013 è stata nominata dal ministro della Salute tra i componenti del Consiglio Superiore di Sanità.

Il Rettore si è detta molto contenta di partecipare a questa ricorrenza sottolineando come la sede di Faedo rappresenti per l'università Bicocca una storia di successo, risultato della sinergia e collaborazione tra diversi enti. "L'investimento che possiamo fare sui giovani è uno degli investimenti migliori che la società possa fare", ha affermato. Un augurio alle neo infermiere è stato rivolto anche dal Commissario straordinario dell'AOVV **Maria Beatrice Stasi** la quale sul palco delle autorità, ha affiancato il Rettore e la Coordinatrice Didattica della Sezione di Faedo la dottoressa **Carmela Ongaro**.

La dottoressa Stasi ha concluso il suo augurio affermando che il nostro corso di laurea, unico in valle, è motivo di orgoglio per il territorio e per l'Azienda ospedaliera.

La Coordinatrice Ongaro ha poi invitato sul palco le altre autorità presenti.

La Professoressa **Stefania Di Mauro**, professore associato e Presidente del consiglio di coordinamento didattico della laurea triennale

in infermieristica, in ostetricia e della laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ha affermato che le giovani infermiere possono guardare al futuro con ottimismo visto che a un anno di distanza dal conseguimento della laurea in Infermieristica l'85,7% dei laureati ha già trovato lavoro.

Giordano Caprari sindaco di Faedo, sempre molto attento a rispondere alle necessità del corso di laurea ha salutato le neo laureate con l'augurio di ricevere dal loro lavoro soddisfazioni professionali. Il dottor **Tonino Trinca Colonel** coordinatore infermieristico del reparto di Anestesia e Rianimazione dell'ospedale di Sondalo, docente al corso di Laura in Infermieristica e dal 2012 Presidente del collegio IPASVI della provincia di Sondrio ha incoraggiato le studenti a intraprendere con determinazione il prossimo percorso professionale. Il professor **Andrea Stella** ex Presidente della Facoltà di Medicina e per anni Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Milano-Bicocca, ha chiamato subito vicino a se, per il suo augurio, **Ercole Piani** per anni Presidente del collegio IPASVI provinciale.

Un invito ad intervenire è stato fatto anche alle autorità provinciali dell'ALER presenti alla festa per inaugurare l'entrata in funzione dei nuovi alloggi destinati agli studenti provenienti da fuori provincia.

L'Ateneo meneghino, infatti, ha firmato nel 2012 una convenzione con l'Azienda Lombarda per l'Edilizia Residenziale di Sondrio al fine di creare degli alloggi per gli studenti, che nel giro di un anno sono diventati attivi. Dal 21 di ottobre 2013, dodici matricole occupano i quattro nuovi appartamenti ubicati in Via Scamozzi a Sondrio. In questa nuova realtà che conta un totale di trenta posti letto gli studenti hanno a disposizione un servizio di pulizia straordinaria degli alloggi e di cambio lenzuola.

L'inaugurazione di queste nuove re-

altà abitative è stata effettuata con la consegna simbolica, dalle mani del Rettore, delle chiavi degli appartamenti agli studenti che per primi hanno occupato i nuovi alloggi.

Attualmente gli studenti immatricolati al corso di laurea in Infermieristica di Faedo sono 102 e molti di loro provengono da fuori provincia e da diverse regioni d'Italia. Il concretizzarsi di queste realtà abitative è un altro modo per andare incontro agli studenti che provenienti da fuori provincia devono sostenere spesso ingenti spese.

Per circa un ora dall'inizio della mattinata le sedie destinate alle neo infermiere sono rimaste vuote tanto che molti dei presenti non sapevano dare una giustificazione all'assenza. Dopo l'intervento del Commissario straordinario dell'AOVV, del Magnifico Rettore e della Coordinatrice didattica di sede Ongaro Carmela il mistero si è svelato. Con un sottofondo musicale è iniziata la proiezione del patto infermiere cittadino, ad una da una le laureate, che fino a quel momento erano confuse tra i gli invitati si sono alzate per leggere ciascuna uno dei 17 articoli. Al termine della lettura le festeggiate hanno occupato i posti in prima fila, preparati per loro, per poi ricevere dalle mani delle autorità presenti una pergamena e un omaggio floreale offerto come ogni anno dal Sindaco e dal comune di Faedo.

La parola è quindi passata alle festeggiate, Cinzia Di Cara in rappresentanza di tutte le laureate ha ringraziato gli infermieri e docenti che hanno contribuito a rendere possibile il loro percorso formativo, si è rivolta poi agli studenti del primo anno sollecitandoli ad affrontare il lungo percorso di studio con impegno e determinazione.

La mattinata è continuata con una presentazione simpatica e ironica ideata dalle festeggiate che, in questo modo hanno voluto ricordare e ringraziare noi tutor e docenti del Corso di Laurea.

Un gradevolissimo buffet curato

PATTO INFERMIERE CITTADINO

Io Infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:

Presentarmi al nostro primo incontro, a spiegarti chi sono e cosa posso fare per te

Sapere chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome

Farmi riconoscere attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento

Darti risposte chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti

Fornirti informazioni utili a rendere più agevole, il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari

Garantirti le migliori condizioni igieniche e ambientali

Favorirti nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari

Rispettare il tuo tempo e le tue abitudini

Aiutarti ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti

quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo.

Individuare i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare

insieme per risolvere i problemi

Insegnarti quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel

rispetto delle tue scelte e stile di vita

Garantirti competenze, abilità e umanità nello svolgimento delle prestazioni assistenziali

Rispettare la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza

Ascoltarti con attenzione e disponibilità quando hai bisogno

Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano

Promuovere e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche

all'interno dell'organizzazione

Segnalare agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi.

Tutor e docente CdL in Infermieristica

dai cuochi dell'AOVV ha chiuso i festeggiamenti.

Termine questo *escursus* sulla festa del 5 dicembre rinnovando ancora i mie auguri alle nuove colleghe. Un particolare pensiero va alla neo infermiera che non era presente ai festeggiamenti in quanto, a poca distanza dal conseguimento della laurea sta per coronare un altro importante momento quale quello della maternità.

Nel riquadro voglio riproporre una lettura del "Patto Infermiere/Cittadino" stilato nel 1996 e introdotto come premessa al codice deontolo-

gico del 1999 che, dopo molti anni e molte attese ha sostituito il testo del 1977, secondo in ordine temporale rispetto al primo codice deontologico per Infermieri Professionali, Assistenti Sanitarie e Vigilatrici di Infanzia del 1960.

Dopo solo dieci anni dall'ultima revisione, nel 2009 con delibera n. 1/09 del 10.01.2009 del Comitato centrale della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI e nella seduta del Consiglio nazionale della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI svoltasi a Roma il 17.01.2009 è stato approvato l'attuale Codice Deontologico.