

Parliamone

Anno 24 - N. 2 - Novembre 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

TIREMM INNANZ

di Tonino Trinca

“Tiremm innanz” come disse il patriota italiano di umili origini Antonio Sciesa (1814-1851), che, dopo essere entrato in contatto con alcuni gruppi clandestini repubblicani che lottavano contro il dominio austriaco sul Lombardo-Veneto, venne condannato a morte in un processo sommario e condotto alla forca. La tradizione popolare, narra che mentre un gendarme lo stava conducendo al luogo dell'esecuzione passando sotto le finestre della sua casa, esortandolo a rivelare i nomi di altri rivoluzionari in cambio della libertà, avrebbe ricevuto come risposta in dialetto milanese: *Tiremm innanz!* (Andiamo avanti!).
Aprirei il presente editoriale proprio richiamando questa frase “Tiremm innanz” che offre diversi spunti di riflessione sulla professione. *Tiremm innanz* verrebbe da dire vedendo la professione infermieristica che si fa del male da sola con infondate polemiche, incoraggiate da talune rappresentanze sindacali di categoria, relativamente ad ipotetiche zone oscure o poco chiare od addirittura a situazioni omertose nella gestione dell'Ipasvi. Come infermiere penso che solo l'unione di tutte le nostre forze e mi riferisco non solo all'Ipasvi ma anche ai rappresentanti del mondo accademico, all'associazione professionale, ai sindacati di categoria, agli infermieri che si occupano di politica, permetterà di avere un certo peso nei momenti risolutivi. Nonostante il sistema salute si regga sugli infermieri (professione che consta di circa 400.000 unità) passato e presente evidenziano difficoltà e diffidenza da parte del sistema sanitario nel coinvolgere la nostra figura professionale nei momenti di pianificazione, riorgan-

nizzazione e decisione. La sostenibilità del sistema salute e dei livelli essenziali di assistenza ad ogni programmazione sanitaria è messa in dubbio a fronte di un sistema salute che sempre più deve confrontarsi con l'aumento della cronicità, l'invecchiamento della popolazione con sempre maggiori richieste verso una rete assistenziale che non può prescindere dall'infermiere come figura di riferimento.

Tiremm innanz verrebbe da dire di fronte alla poca maturità professionale che abbiamo dimostrato nel non saper cogliere le aperture che l'organizzazione ci offre. Con grande rammarico devo constatare, infatti, quanto nella nostra provincia sia poco l'interesse che gli infermieri hanno dimostrato nei confronti delle candidature alle posizioni organizzative infermieristiche, di recente istituzione nella Azienda Ospedaliera.

Tiremm innanz verrebbe da dire di fronte agli errori del passato che hanno permesso uscite in pensione con periodi contributivi irrisori e che ora presentano il conto; l'obbligo di contenere la spesa pubblica ha portato ad una riforma delle pensioni che, allo stato, per gli infermieri ha dell'insostenibile. E' francamente impensabile che un collega possa lavorare sino a 67 anni spesso facendo il turnista e con un'attività assistenziale usurante. Alla professione non viene, infatti, riconosciuto come logorante, il lavoro notturno, i rischi biologici, il rischio psicologico di una professione d'aiuto.

Tiremm Innanz verrebbe da dire di fronte alla diminuzione delle richieste dei giovani di accesso alla professione infermieristica. L'attrattività del corso di laurea in infermieristica è diminuita e passa da 2,2 candidati per posti a disposizione dell'A.A. 2013/2014 a 1,8 per l'A.A.



2014/2015. La prospettiva di occupazione nel breve periodo non subisce sorte migliore, l'occupazione entro il primo anno dalla fine degli studi passa infatti dal 94% di occupati nell'anno del 2007 al 63% (con un calo del 31%) di occupati nel 2012.

Tiremm innanz ma speriamo che nel 2015 cessi il blocco del turnover (sempre imposto da regole di bilancio della pubblica amministrazione) e, contemporaneamente, dopo quasi 10 anni, ci sia il tanto atteso rinnovo contrattuale perché se l'aumento delle responsabilità è stato accettato di buon grado dagli infermieri, ciò non toglie che sia doveroso un adeguato riconoscimento economico.

Tiremm innanz, ringraziando tutti i colleghi che si sono messi in gioco per la professione nell'ultimo triennio, elogiando coloro che si sono proposti per il prossimo mandato (2015-2017), auspicando una massiccia partecipazione ai lavori di rinnovo elettorale del consiglio direttivo del collegio provinciale Ipasvi perviste per il mese di novembre (22-23-24.)

Una Vostra dimostrazione di senso di appartenenza sarà il miglior modo per augurare un buon lavoro al nuovo Consiglio Direttivo. Grazie.

“Ha da passà 'a nuttata”

di Ercole Piani

Sono due i significati che sono stati attribuiti alla famosa frase tratta da una commedia scritta ed interpretata da Eduardo De Filippo nel 1945: il primo fa riferimento alla particolare situazione storica vissuta in quel momento dal Paese distrutto dalla guerra; quindi *Ha da passà 'a nuttata* si riferisce in questo caso all'Italia che deve superare il momento tremendo che sta vivendo per risorgere e costruire il suo futuro.

Il secondo significato più generale è quello con il quale la frase è oramai utilizzata nel linguaggio comune; quindi con *ha da passà 'a nuttata* s'intende che si sta attraversando un periodo difficile, ma si è sicuri che se ne possa uscire fuori: si deve avere solo pazienza, deve passare questo momento senza luce.

Oggi, pur non tralasciando il primo significato regalatoci dal grande Eduardo, mi piace soffermarmi sul secondo perché dopo tanta pazienza ho avuto la sensazione che l'alba per la nostra professione stia sorgendo. Ho seguito con attenzione il convegno “le competenze specialistiche in sanità: l'infermiere di famiglia e comunità, un confronto tra esperienze in Europa” dove, finalmente, la Regione Lombardia esprime grande attenzione alle nuove opportunità che la nostra professione può apportare al Sistema Sanitario e Sociale Regionale. Il presidente della commissione III Sanità della Regione Lombardia Fabio Rizzi ha rilevato il valore degli infermieri a sostegno del sistema socio sanitario regionale: “La professione infermieristica è uno degli interlocutori che in questo momento Regione Lombardia sta chiamando a discutere per il futuro del sistema sanitario Lombardo e l'infermiere di famiglia è una delle figure cardini della nuova rete territoriale”. “Gli infermieri – inoltre, secondo il direttore

generale famiglia della Regione Giovanni Daverio, sono fondamentali e l'orientamento che si sta seguendo è corretto”.

Ho avuto anche il piacere di portare un contributo al convegno presentando l'esperienza del Centro Post acuti di Sondalo gestito dalla Cooperativa Sociale San Michele, dove abbiamo dimostrato l'opportunità di una gestione infermieristica di una nuova realtà assistenziale; realtà che dimostra chiaramente un risultato più che positivo, controllato e valutato dall'ASL, risultato che permette un notevole risparmio economico a Regione Lombardia garantendo salute ai Cittadini. Altre realtà europee e italiane hanno sottolineato l'opportunità data dagli infermieri che hanno ormai indicato una nuova e alternativa strada dell'assistenza sanitaria e sociale.

Grande contributo a questo risultato è dato dai Collegi Ipasvi della Lombardia (Bergamo, Como, Cremona, Lecco, Mantova, Pavia, Sondrio e Varese) e permettetemi un particolare ringraziamento al dottor Tonino Trinca nostro Presidente che ci ha condotto con passione e impegno verso questi traguardi con quel suo modo così bello di non voler mai apparire.

Ora con nuova fiducia, per tornare al grande Eduardo, «Mo avimm'aspetta', s'ha da aspetta'».

All'interno

Prevenzione e trattamento del dolore acuto e procedurale in pediatria	2-3
Infermiera a sostegno nella elaborazione del lutto	6-7-8-9
Aiutarsi per aiutare	10
Ipasvi c'è: esperienza di una giornata	12
In rosa contro il tumore al seno	13
Elezioni nuovo consiglio direttivo	15-16

Prevenzione e trattamento del dolore acuto e procedurale in pediatria

a cura di Cristina Novarini* e Elena Valli**

Premessa

Il seguente elaborato trova origine nel protocollo in uso nel dipartimento di pediatria dell'AOVV. Non posso entrare in merito agli aspetti tecnici dello stesso perché non possiedo le competenze professionali ma vedo finalmente realizzato un sogno che ho condiviso con altri professionisti sul territorio nazionale quando abbiamo raggiunto quasi tutti gli Ospedali pediatrici portando, in convegni e congressi il tema "non più dolore, non più lacrime".

Molto spesso si è dovuto lottare ancora negli anni '80 quando era negata la terapia antalgica ai neonati perché il "mondo scientifico" erroneamente riteneva che il neonato non poteva riconoscere il dolore. Ancora vorrei sottolineare la "battaglia" per portare in uso la crema emla in pediatria, in alcuni reparti l'ho portata di "contrabbando" dalla vicina Svizzera mentre altri l'acquistavano dalla "farmacia della Città del Vaticano".

Vedo anche realizzato l'impegno relazionale nel pieno rispetto della dignità del piccolo paziente seguendo le linee guida delle procedure non farmacologiche.

Ringrazio il Primario del reparto Pediatria di Sondrio per la disponibilità, gli Autori del presente elaborato e il Collegio IPASVI di Sondrio che ha sempre sostenuto l'impegno in ambito pediatrico.

Ercole Andrea Piani

Da alcuni anni la letteratura scientifica conferma che il neonato e il bambino sentono il dolore ed hanno memoria delle esperienze dolorose con conseguenze a lungo termine. Sebbene si conosca ormai molto sull'efficacia e la sicurezza della prevenzione e del trattamento del dolore nel bambino e nel neonato tali conoscenze non sono passate in modo diffuso ed efficace nella pratica clinica tanto che, ancora oggi, nella maggioranza dei reparti pediatrici il dolore continua ad essere secondario rispetto alla patologia, nonostante sia ormai dimostrato quanto sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale, ed emozionale e quanto la sua assenza migliori l'esito delle procedure. Si verifica, quindi, che troppo spesso il trattamento della sofferenza del bambino viene visto come "qualcosa in più" o "non strettamente necessario" e l'andamento di una procedura dipende dal buon senso del singolo operatore. Nella nostra Struttura Complessa di Pediatria e Neonatologia da alcuni anni si sono istituite nuove linee di condotta per l'applicazione di procedure assistenziali validate sulla prevenzione e terapia del dolore in età neonatale e pediatrica. Tali procedure sono finalizzate a ridurre lo stress ed il dolore durante la permanenza in pronto soccorso pediatrico, nel reparto di degenza ed, in ambito neonatale durante la permanenza al nido o il ricovero in patologia neonatale. Nell'applicazione della procedura contro il dolore il ruolo dell'infermiera risulta centrale, sia nella sua rilevazione sia nel trattamento e nell'applicazione di tecniche non farmacologiche.

Posso affermare la grande soddisfazione che prova tutta l'equipe medico-infermieristica ogni qualvolta si riesce a lenire il dolore nei nostri bambini, consci di rispettare uno dei principi basilari della carta dei diritti dei bambini ricoverati che al punto 10 cita "il personale ha il dovere di minimizzare tutte le fonti d'ansia, stress, e dolore... particolare attenzione sarà posta alla prevenzione del dolore anche nei bambini più piccoli e incapaci di esprimersi verbalmente".

Dott. Guido Pellegrini e l'equipe medico-infermieristica della SC di Pediatria e Neonatologia, Presidio Ospedaliero di Sondrio, AO Valtellina e Valchiavenna

Dolore: esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a danno tissutale reale o potenziale, o descritta in termine di tale danno (IASP).



E' uno dei principali motivi di accesso al pronto soccorso e determina nel bambino, tanto più è piccolo e da tanto più tempo dura il sintomo, la modulazione della formazione del sistema nervoso centrale condizionando pertanto il vissuto futuro dell'esperienza dolorosa. Esiste per il dolore, come per le altre affezioni nervose, una *memoria molecolare*: maggior stimolo maggiori sinapsi maggior sensibilità al dolore.

La percezione del dolore è infine il risultato della modulazione del SNC.

E' tuttora ipotizzato, soprattutto nei bambini piccoli (sotto i sei anni). Con la vastità della letteratura in merito e i numerosi presidi a disposizione, dotati di sicurezza ed efficacia anche in età pediatrica, è doveroso prevenire e trattare precocemente il dolore.

Deve essere considerato nella valutazione del TRIAGE come parametro vitale, anche perché condiziona il codice di gravità e la rapidità di intervento e rende possibile la somministrazione precoce, in attesa della visita medica, di trattamento di primo livello previo colloquio infermieristico-medico.

Sempre necessaria inoltre la rivalutazione del dolore, e quindi dell'efficacia dell'intervento, alla dimissione del paziente.

Esiste obbligo alla valutazione del dolore in ambito assistenziale nell'articolo 7 della Legge 38/2010.

Il bambino può giungere alla nostra osservazione per:

- **Dolore acuto;**
- **dolore cronico;**

E può dover essere sottoposto a procedure diagnostico-terapeutiche responsabili di:

- dolore procedurale.

NB. prevenire e trattare precocemente il dolore è eticamente doveroso anche per prevenire l'insorgenza del *dolore cronico* che riconosce meccanismi di *modulazione recettoriale* e quindi l'attivazione di neurotrasmettitori che rendono meno sensibile le vie nocicettive, implementando la sintomatologia, difficilmente controllabile. Il bambino con dolore cronico inoltre spesso non viene valutato correttamente: non piange, rimane fermo, poco partecipa, silenzioso; occorre interrogare bene la famiglia sul normale temperamento del paziente.

RUOLO INFERMIERISTICO

L'infermiere è responsabile dell'accertamento globale del dolore quando prende in carico un bambino. In ospedale, l'accertamento del dolore è normalmente responsabilità dell'infermiere.

Primo passo: MISURA DEL DOLORE

Neonato: **NIPS** (Neonatal Infant Pain Scale)
 <3 anni: **FLACC** (Face Legs Activity Cry Consolability)
 3-7 anni: **Wong-Baker** (faccine)
 >7anni: **VAS** (Visual Analog Scale)
 Deficit cognitivo:
NCCPC (Non Communicating Children's Pain Checklist).

FLACC

Neonato e bambino in età pre-verbale al di sotto dei 3 anni:

Categoria	Punteggio		
	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfe occasionali o sopracciglia corrugate, espressione dissociata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è inquieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
Attività	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto	Absenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Geme o piagnucola, lamenti occasionali	Plange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distrattibile	Difficile da consolare o confortare

Ognuna delle cinque categorie (Volto-V; Gambe-G; Attività-A; Pianto-P; Consolabilità-C) viene conteggiata da 0 a 2, con un punteggio totale tra 0 e 10.

Definire il punteggio per ogni *item* facendo riferimento allo stato del bambino.

Nei pazienti in stato di veglia: osservare il neonato/bambino da un minimo di un minuto ad un massimo di 5 minuti. Osservare le gambe e il corpo non coperti da lenzuola o altro, osservare la reattività, la tensione e il tono muscolare del corpo.

Nei pazienti addormentati: osservare per almeno 5 minuti o più. Osservare il corpo e le gambe non coperti da lenzuola o altro. Toccare il corpo e valutare la tensione e il tono muscolare.

WONG BAKER

Bambino di età > 3 anni: scala di Wong-Baker



Viene utilizzata per bambini dai 3 ai 7 anni. Viene somministrata al bambino chiedendogli di indicare la faccia corrispondente al male che lui prova in quel momento.

Ad ogni scelta corrisponde un valore che va da 0 a 10. Per i bambini di età compresa dai 3 ai 5 anni si usa il termine "male", per i bambini dai 6 ai 7 anni si usa invece il termine "dolore".

Bisogna porre attenzione al rischio che il bambino interpreti in modo inadeguato la richiesta indicando la faccia che più gli piace. E' importante che il bambino indichi la faccia che meglio descrive come lui si sente in quel momento.

SCALA NUMERICA

Bambino di età ≥ 8 anni: scala numerica



Viene utilizzata per bambini dagli 8 anni in su. E' costituita da una linea orizzontale (lunghezza pari a 10 cm) associata a specifiche ancore verbali intermedie (per facilitare la valutazione del livello di dolore), e i cui estremi sono caratterizzati da "nessun dolore" e il "peggiore dolore possibile". Si chiede al bambino di indicare l'intensità di dolore che prova scegliendo o indicando il numero corrispondente.

Nel bambino, già dall'età scolare, l'**autovalutazione** rimane la miglior modalità di misurazione (essendo il dolore un sintomo soggettivo); tuttavia, l'operatore dovrà osservare ed interagire con paziente e famiglia al fine di integrare l'entità riferita dal paziente e quella percepita dall'osservatore (es. simulazione, stato emotivo/ansioso, paura). Per far ciò sono richiesti: accoglienza, ascolto, osservazione (anche di parametri vitali- FC, FR, PA-), rassicurazione, empatia.

QUANDO VALUTARE IL DOLORE:

- ogni qual volta il bambino presenta situazioni cliniche che possono determinare dolore
- ogni qual volta il bambino dice di avere dolore
- ogni qual volta i genitori dicono che il loro figlio ha dolore
- ad ogni prima ammissione in Reparto ospedaliero e servizio ambulatoriale o PS
- in ospedale almeno una volta al giorno (in assenza di cause oggettive di dolore)
- prima e dopo interventi dolorosi (procedure-manovre diagnostico-terapeutiche)
- durante la somministrazione di farmaci analgesici
- dopo la sospensione di farmaci analgesici.

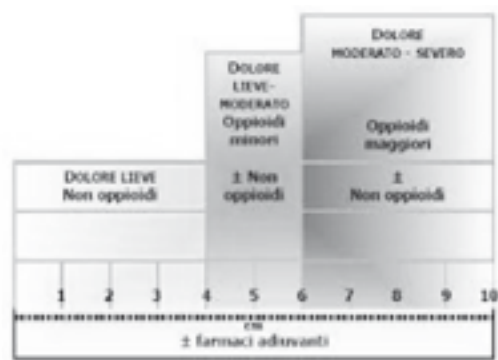
Secondo passo: TRATTARE IL DOLORE ACUTO

- accoglienza e rassicurazione dell'insieme paziente-genitore;
- usare la via di somministrazione meno invasiva;
- somministrare la terapia e impostare un trattamento continuo;
- prescrivere un farmaco aggiuntivo al bisogno per il dolore non controllato (farmaco salvataggio);
- non temere di associare farmaci di vario livello (non associare oppioidi minori e maggiori);
- profilassare l'insorgenza del dolore prevedibile;
- prevenire gli effetti collaterali;
- non temere di mascherare la sintomatologia (es. appendicopatia).



TERAPIA FARMACOLOGICA DEL DOLORE:

La scelta del farmaco da somministrare dipende dall'intensità del dolore, classificato secondo l'OMS in lieve, moderato e forte, secondo un principio di gradualità di intervento e prevede l'utilizzo di farmaci adeguati per potenza analgesica.



Per un *dolore lieve* (nelle scale è considerato lieve un dolore con punteggio 1-3), il primo farmaco utilizzato è il **paracetamolo**, ad una posologia maggiore di quella indicata per il trattamento della febbre; ha un'emivita di 3-4 ore. Il paracetamolo è un farmaco sicuro, bene conosciuto in letteratura anche in età pediatrica e che raramente dà effetti collaterali, in particolar modo non determina risentimento gastrico. E' da usare con cautela nei casi di disidratazione per possibile tossicità epatica.

Un altro farmaco utilizzato nel dolore lieve è l'**ibuprofene**, generalmente ben tollerato dal bambino, anche se non scevro dal rischio di gastrotossicità; è un farmaco di elezione nel caso di otalgia e dolore muscolo-scheletrico. E' raccomandabile mantenere un intervallo di somministrazione di almeno otto ore.

Nel *dolore moderato* (punteggio delle scale di valutazione 4-6), si utilizzano antiinfiammatori non steroidei come il **ketoprofene sale di lisina**, off label (cioè senza studi in letteratura che ne abbiano dimostrato l'innocuità nel bambino), controindicato sotto i 6 anni di vita, il **naprossene sodico** e il **ketorolac**, quest'ultimo off label sotto i 12 anni. Questi farmaci, per quanto ben tollerati nella nostra esperienza clinica e dai dati della letteratura in età pediatrica, richiedono una terapia aggiuntiva per la protezione gastrica. Raccomandabile, anche per questi farmaci, mantenere un intervallo di somministrazione di circa 8 ore.

Tra i farmaci da utilizzare nel dolore lieve troviamo anche la **codeina**, derivato della morfina, che una recente nota AIFA di luglio 2013, è vietata sotto i 12 anni di vita e prescritta, come noto da tempo, dopo interventi di adeno-tonsillectomia. La codeina viene metabolizzata da un citocromo per il quale si



conoscono varianti alleliche che comportano notevole variabilità nella metabolizzazione del farmaco (5% popolazione generale è super-metabolizzatore); è da usare con cautela e non somministrando dosi ravvicinate e ripetute nel tempo (soprattutto nell'etnia africana). Le linee guida suggeriscono infine l'uso prudente e comunque sconsigliato sotto i 16 anni, del **tramadolo**.

Nel *dolore severo* (punteggio 7-10), il farmaco di prima scelta è la **morfina**, che può essere somministrata, alle adeguate posologie, per via orale, a breve e lunga emivita e per infusione endovenosa continua. La morfina è tuttora un farmaco gravato da timori nel suo utilizzo perchè erroneamente associato all'analgesia del malato terminale. E' invece un farmaco dotato di un'ottima e rapida efficacia analgesica, buona maneggevolezza e facilità di somministrazione. Richiede uno svezzamento con la graduale riduzione posologica da eseguire tanto più lentamente da quanto più tempo viene utilizzato.

Un altro farmaco di ampio utilizzo in pediatria, soprattutto in caso di dolore procedurale, emergenze, fratture, ustioni, è il **fentanyl**, somministrabile anche per via nasale, a rapida azione analgesica (1 minuto) e di efficacia paragonabile alla morfina ma sgravato dal rischio di depressione respiratoria se utilizzato in monoterapia.

Visto l'ampio utilizzo degli oppioidi in ambito sanitario, non solo pediatrico, riportiamo le caratteristiche principali degli oppioidi forti:

- Gli oppioidi forti **non** hanno "effetto tetto" analgesico: la posologia può essere aumentata fino al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico.
- In corso di bolo iniziale occorre monitorare i parametri vitali (FC, FR, PA e livello di sedazione).
- Dipendenza dopo 5 giorni di terapia; necessario svezzamento graduale.
- Utilizzare schemi di somministrazione ad orari fissi, lasciare una "dose di salvataggio" estemporanea (pari al 15% della dose giornaliera).
- Prevenire gli effetti collaterali, anche farmacologicamente:
 - COSTIPAZIONE (dare blandi lassativi, dieta più idrica)
 - PRURITO: antiH1;
 - NAUSEA E VOMITO: anti-emetici o antiH1;
 - SEDAZIONE: rivalutare la posologia e il timing;
 - RITENZIONE URINARIA: eventuale cateterismo;
 - EDEMI PERIFERICI: breve ciclo diuretico;
 - ALLUCINAZIONI: cambiare oppioide o aggiungere neurolettico;
 - Mioclono: dare clonazepam.
 - Se depressione respiratoria: naloxone (antidoto) ev/sc/im

Terzo passo: PREVENIRE IL DOLORE PROCEDURALE

Dolore associato a manovre diagnostiche-terapeutiche (venipuntura, suture, medicazioni, PL, iniezioni, puntato midollare).

PROCEDURE DOLOROSE in PEDIATRIA:

- Venipuntura

- Sutura ferite
- Medicazione ustioni
- Riduzione fratture
- Riduzione ernie
- Riduzione parafimosi
- Lombari
- Drenaggio ascessi
- Onicectomia.

APPROCCIO INTEGRATO in PEDIATRIA: riconosce l'utilizzo di tecniche non farmacologiche e farmacologiche locali e sistemiche (nella nostra realtà e per il tipo di procedure a cui dobbiamo sottoporre i nostri patientini, si ricorre solo alle terapie farmacologiche locali e non a quelle sistemiche).

1. Tecniche non farmacologiche:

- Accoglienza, rassicurazione, coinvolgimento attivo dei genitori (es. prediligere la posizione seduta del bambino in braccio ai genitori di quella sdraiata con immobilizzazione sul lettino, dare al genitore un ruolo attivo durante la procedura per la distrazione/rassicurazione del bambino).
- Misure di distrazione: giochi, dialogo/lettura, TV, bolle di sapone.

2. Tecniche farmacologiche locali (ANESTESIA-ANALGESIA loco-regionale):

Ampliamente utilizzato nella nostra realtà è l'**EMLA**, pomata anestetica, da applicare solo su cute integra nella sede sottoposta alla procedura (venipuntura, puntura lombare ect). Tempo necessario per raggiungere effetto anestetico ad una profondità di 3 mm dal piano cutaneo è di un ora e di 2 ore per arrivare a 5 mm; nella nostra pratica clinica, in cui spesso la tempistica di esecuzione degli accertamenti non permette una attesa di 1 ora, si è osservata una buona sedazione analgesica locale con un'attesa di 40-45 minuti. Da ricordare che risulta essere efficace un bendaggio occlusivo (cerotto tegaderm o semplice pellicola trasparente). Conosciamo l'esistenza di un cerotto miscela di lidocaina e tetracaina, ad effetto rapido (10 minuti), ma non utilizzato per gli alti costi.

Nel caso di suture, ottimo appare l'impiego, in numerosi pronto soccorsi pediatrici italiani, del gel denominato LAT (preparato galenico a base di lidocaina, adrenalina e tetracaina), da applicare sulla cute lesa, per 30 minuti; da non utilizzare su cartilagini con vascolarizzazione terminale (naso/orecchie), sulle dita se il bimbo piccolo perchè può metterle in bocca e sulle mucose (rischio di convulsioni).

L'utilizzo di farmaci sistemici per ottenere la sedazione in corso di procedure, riconosce in pediatria l'utilizzo del midazolam e in molte strutture ospedaliere, del protossido d'azoto. Nonostante la poca dimestichezza nella pratica abituale di questi farmaci, midazolam e protossido sono farmaci ben collaudati in pediatria, sicuri se utilizzati secondo protocollo e possono essere associati senza rischio di effetti collaterali.

VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI BAMBINI CEREBROPATICI

Meritano un discorso a parte perché:

- Sono i bambini con maggior occasione di dolore (patologie/procedure);
- Non hanno la componente corticale di difesa (non danno senso al dolore);
- Sono nell'impossibilità di comunicare (non possono chiedere aiuto);
- Il dolore cronico li rende meno capaci di adattarsi alla realtà;
- Sono circondati da familiari e personale sanitario spesso "rassegnato".

Il bambino cerebropatico è soggetto al dolore acuto (come tutti) e a quello cronico fino a 8 ore alla settimana! Questo è conseguente a:

- problematiche muscolo-scheletriche: distonie, contratture, lussazioni articolari, scoliosi e dolori posturali, fratture misconosciute;
- stipsi (57% casi!);
- reflusso gastro-esofageo (esofagite, polmone cronica da inalazione);
- carie
- dolore iatrogeno (es. sondino naso gastrico, tossina botulinica).

Per valutare correttamente il dolore ci si avvale:

- genitori
- valutazione clinica (freezing/smorfie/isolamento)
- scale /DEES e NCCPC.

Occorre poi tener conto delle numerose interazioni farmacologiche con altri farmaci (es. anticomiciali).

* Medico pediatra U.O. Pediatria Sondrio
** Infermiera U.O. Pediatria Sondrio

Le conseguenze della soddisfazione lavorativa sulla salute: come aumentare l'efficienza dei processi organizzativi

di Dott.ssa Antonella Matichecchia*

La soddisfazione può essere considerata un antecedente nella prevenzione dello stress, dell'assenteismo, dei ritardi sul posto di lavoro e soprattutto del turnover (Borgogni, 2001 p.111). L'ambito di studi relativo alla soddisfazione e alle sue connessioni con altre variabili organizzative ha importanti implicazioni a livello manageriale. Prendiamo in esame sette variabili particolarmente rilevanti.

1. Motivazione

Per **motivazione lavorativa** si intende quella spinta interiore che porta un individuo ad applicarsi con impegno al lavoro. Esistono due motivazioni diverse, la **motivazione estrinseca** e quella **intrinseca**: la prima è correlata alle ricompense tangibili del lavoro come salario, sicurezza e promozione; la motivazione intrinseca dipende dalle ricompense intangibili come il poter usare le proprie conoscenze e abilità sul lavoro. La persona motivata all'autorealizzazione cerca di porsi una meta ambiziosa e la riuscita del compito svolto ha un valore intrinseco e vale di più del guadagno economico (McClelland). Non sempre la relazione tra motivazione e soddisfazione è del tutto chiara. Se la motivazione è un processo che può portare alla soddisfazione lavorativa, non sempre un'alta soddisfazione rimanda ad un elevato livello motivazionale: "le persone possono essere motivate senza essere, necessariamente, soddisfatte ma non viceversa" (Maeran, 1999, p.112). Secondo Quaglino (1999 p.105), la complessità del rapporto tra individuo e organizzazione può essere spiegata in funzione delle possibili combinazioni tra la variabile motivazione e la soddisfazione lavorativa. Il modello interpretativo proposto dall'autore individua 4 differenti "mondi organizzativi", ciascuno dei quali caratterizzato da un diverso legame individuo-organizzazione. Si danno infatti contesti organizzativi dove ad una bassa motivazione e ad una bassa soddisfazione corrisponde un legame orientato alla rinuncia; contesti organizzativi, invece, caratterizzati da bassa motivazione e alta soddisfazione, in cui il legame è volto all'adempimento. Di contro, si hanno dei contesti organizzativi nei quali ad una bassa soddisfazione corrisponde un'alta motivazione, che spinge l'individuo ad un atteggiamento di sfida verso l'esterno; altri dove ad un'alta motivazione corrisponde un'altrettanto elevata soddisfazione ed il legame è caratterizzato da atteggiamento di sfida interna, che si esprime nel **coinvolgimento**. Dalla meta-analisi di 9 studi su 1739 lavoratori è emersa un'importante correlazione positiva tra la motivazione e la soddisfazione lavorativa. Dal momento che il grado di soddisfazione nei confronti dei capi è direttamente proporzionale alla motivazione, i manager dovrebbero prendere in seria considerazione i propri comportamenti per capire quanto essi influenzino la soddisfazione dei collaboratori.



2. Comportamenti di Cittadinanza Organizzativa

I comportamenti di cittadinanza organizzativa sono comportamenti messi in atto dai collaboratori che vanno al di là dei loro precisi doveri all'interno dell'azienda (ad esempio gesti come pronunciare affermazioni costruttive sul proprio reparto, esprimere interesse personale verso il lavoro degli altri, dare consigli mirati al miglioramento, guidare il personale neoassunto, dimostrare rispetto per lo spirito e le regole di pulizia dei locali, per le proprietà dell'azienda, essere puntuali e presenti oltre quanto richiesto). Qualsiasi manager apprezzerrebbe un dipendente che dimostra questo tipo di comportamenti. Da una meta-analisi di 22 studi diversi su 7100 persone è emersa l'esistenza di una correlazione moderatamente positiva e rilevante tra i comportamenti di cittadinanza aziendale e la soddisfazione lavorativa. Tali comportamenti nei collaboratori sono per lo più determinati dallo stile personale di leadership e dalle caratteristiche dell'ambiente del lavoro, più che dalla personalità dell'individuo. Il comportamento manageriale potrebbe dunque influenzare in modo significativo la volontà dei collaboratori di assumere comportamenti di cittadinanza aziendale. La correlazione è di fondamentale importanza, perché i comportamenti di cittadinanza aziendale da parte dei dipendenti sono anche direttamente connessi alla coscienza sul lavoro, all'impegno nei confronti dell'azienda e alla qualità delle prestazioni.

3. Assenteismo

Per quanto riguarda l'assenteismo, contrariamente alle aspettative, le ricerche hanno individuato correlazioni modeste o assenti. Tharenou (1993 pp. 269-290) ha ipotizzato che quando le assenze sono controllate dall'individuo, ovvero volontarie, possono favorire la soddisfazione per il lavoro piuttosto che sfavorirla. L'assenteismo, costa, ed è una co-

stante preoccupazione dei manager cercare di ridurlo. Tra le raccomandazioni possibili, ancora una volta, vi è il miglioramento della soddisfazione sul lavoro. Se questo consiglio è valido, la soddisfazione dovrebbe essere inversamente proporzionale all'assenteismo.

4. Pensieri di abbandono del lavoro

Alcune persone lasciano il lavoro impulsivamente o in un impeto di rabbia, ma la maggior parte lo fa dopo aver riflettuto e ponderato la scelta. I pensieri di abbandono, ossia i pensieri che portano alla decisione di lasciare il lavoro, riassumono elementi razionali e sentimenti. Cosa spinge una persona a pensare di cambiare il proprio posto di lavoro? Si ipotizza che una delle cause principali sia l'insoddisfazione lavorativa. La correlazione tra soddisfazione per il lavoro e intenzione di lasciare il lavoro risulta elevata, in certi casi anche più di quella con il turnover: ciò si spiega tenendo conto che non sempre chi intende lasciare il lavoro trova realmente una nuova collocazione.

5. Turnover

Il turnover si riferisce all'intenzione del dipendente di abbandonare l'organizzazione in cui opera. Si può suddividere in fisiologico e patologico: in quest'ultimo caso sono i lavoratori più capaci ad abbandonare l'organizzazione (Hom, Caranikas-Walker, Prussia & Griffeth, 1992 pp 890-909). Il turnover è di fondamentale importanza per il manager perché interrompe la continuità organizzativa e comporta costi per l'azienda. Un turnover elevato fa lievitare i costi legati alle nuove assunzioni e alla formazione di nuovi collaboratori e i costi diretti associati alla ridotta qualità del servizio, alle commissioni perse a favore di concorrenti, alla perdita di competenze tecniche e di capitale umano, al peggioramento del morale degli altri e all'incremento di turnover tra gli altri dipendenti. Molti sono i provvedimenti che un manager può adottare

per ridurre il tasso di turnover, ma la gran parte mira all'aumento della soddisfazione lavorativa. L'ipotesi che interpreta il turnover come un risultato dell'insoddisfazione è stata confermata da molti studi empirici, anche longitudinali, che hanno consentito di confrontare la soddisfazione per il lavoro di coloro che, successivamente (anche molti anni dopo), hanno abbandonato l'organizzazione con la soddisfazione per il lavoro di coloro che sono rimasti al suo interno.

Si considerano anche quelle che sono le risorse individuali; ovvero:

- **Self efficacy**, cioè la credenza nelle proprie capacità di organizzare e mettere in pratica sequenze di azioni al fine di raggiungere situazioni o risultati futuri desiderati (Bandura, 1995).
- **Ottimismo**, ovvero una generalizzata disposizione ad aspettarsi esiti positivi; gli ottimisti si sforzano maggiormente e con più costanza per raggiungere gli obiettivi che si prefissano e si pongono positivamente di fronte all'esperienza e a quello che li attende (Scheier & Carver, 1993).
- **Resilienza**, insieme di processi che facilitano un adattamento efficace e promuovono lo sviluppo della persona anche in contesti di vita altamente stressanti. Per resilienza si intende l'adattamento positivo di fronte ad una situazione di stress o di trauma (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000), nonché l'abilità di mantenere un buon stile di "funzionamento" ed equilibrio dopo la situazione di stress.
- **Overcommitment**, un insieme di atteggiamenti, comportamenti ed emozioni che riflettono una eccessiva dedizione al lavoro in combinazione con un forte desiderio di essere approvati e stimati (Siegrist & Rodell, 2006).
- **Affettività negativa**, ovvero una dimensione personale che spinge il lavoratore a provare stati emozionali sempre negativi e a percepire se stessi, il proprio stato di salute fisica e psicologica, e il mondo

circostante, negativamente (Brief & Weiss, 2002).

6. Stress percepito

Lo stress può avere effetti estremamente negativi sul comportamento organizzativo e sulla salute dell'individuo. Esiste una correlazione positiva tra stress e assenteismo, turnover, malattie cardiocircolatorie e infezioni virali. È auspicabile che i manager cerchino di ridurre gli effetti negativi dello stress aumentando la soddisfazione lavorativa.

7. Performance lavorativa

Uno dei temi più dibattuti nelle ricerche di comportamento organizzativo è la relazione tra soddisfazione e performance lavorativa. Le opinioni dominanti sono o che la soddisfazione si traduce in migliori performance, oppure che la performance causa una maggiore soddisfazione. I ricercatori sono convinti che entrambe le variabili si influenzino a vicenda e siano a loro volta influenzate da numerose differenze individuali e dalle caratteristiche ambientali del posto di lavoro. È quindi evidente che i manager hanno la possibilità di influenzare positivamente una serie di importanti risultati organizzativi, tra cui la performance, aumentando la soddisfazione lavorativa. Diversi studi si sono occupati di analizzare la relazione tra soddisfazione lavorativa e soddisfazione per la vita in generale, considerata anche una misura di benessere psicologico. Le ipotesi formulate su tale relazione hanno considerato principalmente tre alternative:

- ciò che viene vissuto nell'ambiente lavorativo compensa ciò che è esterno a esso (compensation);
- ciò che accade in un ambiente si riversa nell'altro (spillover);
- tra i due aspetti non c'è legame (segmentation).

Esistono cinque tipi di modelli principali che descrivono la soddisfazione sul lavoro e ognuno privilegia cause diverse. Conoscerli ci consente di capire come aumentare la soddisfazione lavorativa. I cinque fattori sono rispettivamente: il soddisfacimento dei bisogni, le discrepanze, la realizzazione dei valori, l'equità e la componente genetica/di predisposizione.

Soddisfacimento dei bisogni e soddisfazione lavorativa

I modelli del primo tipo ipotizzano che la soddisfazione lavorativa sia legata a quanto le caratteristiche di un lavoro permettano all'individuo il soddisfacimento dei propri bisogni. Per fare un esempio: da un'analisi condotta su 30 studi legali del Massachusetts è emerso che dal 35 al 50% dei collaboratori ha abbandonato lo studio entro tre anni dall'assunzione perché il datore di lavoro non teneva conto delle loro necessità familiari. L'esempio mostra come i bisogni non tenuti in considerazione possano influenzare sia la soddisfazione lavorativa che il turnover a esso connesso.

Discrepanze e soddisfazione lavorativa

Questi modelli ipotizzano che la soddisfazione sia una conseguenza delle aspettative realizzate, ossia dalla differenza tra ciò che una persona si aspettava di ottenere con un lavoro, ad esempio una buona retribuzione e interessanti opportunità di promozione, e ciò che effettivamente riceve. Se le aspettative sono molto superiori rispetto a quanto ricevuto, la persona sarà insoddisfatta, mentre sarà soddisfatta se ottiene risultati uguali o superiori rispetto alle proprie aspettative.

Realizzazione dei valori e soddisfazione lavorativa

Il concetto di realizzazione dei valori implica che la soddisfazione è legata alla percezione che nel lavoro sia possibile perseguire importanti valori personali. In generale, la ricerca prova l'esistenza di una correlazione positiva tra la soddisfazione lavorativa e la realizzazione dei valori. È questa una importante indicazione per i manager, che possono quindi migliorare la soddisfazione di propri collaboratori progettando un ambiente di lavoro coerente con i valori professati.

Equità e soddisfazione lavorativa

In questi modelli, la soddisfazione è funzione dell'equità con cui un individuo si sente trattato sul lavoro. La soddisfazione è il risultato della percezione che l'individuo ha del fatto che i risultati del suo lavoro, in relazione agli input ricevuti, siano equamente giudicati in relazione a quelli dei colleghi. Una meta-analisi di 190 studi su 64.757 persone prova la validità di questo collegamento. È infatti emersa una correlazione positiva molto forte tra la percezione che il lavoratore ha di essere trattato in modo equo al lavoro e la sua soddisfazione generale. I manager sono incoraggiati a controllare le proprie azioni in riferimento a quanto percepito dai propri collaboratori, e a interagire con loro per migliorare l'equità del proprio comportamento.

Componente genetica/ predisposizione e soddisfazione lavorativa

Al di là delle situazioni oggettive, è possibile notare che alcune persone appaiono sempre soddisfatte, mentre altre sembrano sempre insoddisfatte. Il modello genetico/ di predisposizione si basa sulla convinzione che la soddisfazione sul lavoro sia in parte funzione di tratti personali e fattori genetici. Di conseguenza, si ipotizza che differenze individuali stabili possono rivestire una importanza analoga alle caratteristiche dell'ambiente di lavoro nella spiegazione della soddisfazione individuale. Nonostante gli studi riguardanti tale ipotesi non siano molti, i risultati dimostrano l'esistenza di una correlazione positiva e importante tra le caratteristiche personali e la soddisfazione lavorativa in periodo variabili dai 20 ai 50 anni. Si è inoltre riscontrato che i fattori genetici permettono di prevedere in buona misura la soddisfazione nella vita e quella sul lavoro. In termini generali, i ricercatori hanno stimato che il 30% della soddisfazione dell'individuo sul lavoro possa essere associata a componenti genetiche e legate alla predisposizione.

* Psicologa Project Manager nell'ambito del Corso di Formazione per l'Idoneità all'Esercizio dell'Attività Medica di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda Sanitaria Locale di Taranto



MURAKOZE CYANE MURABEHO

Dal rwanda arriva un grande grazie agli amici italiani, un arrivederci e auguri di pace e serenità'

Anche quest'anno, nel mese di agosto, un piccolo gruppo di amici (Ivan, Aurora, Stefano e Rossana) ha fatto il primo viaggio in Rwanda insieme a Erik che invece è un veterano. Erik, oltre a mostrar loro le bellezze naturali e le cose interessanti del Rwanda, li ha portati a far visita ai "nostri" bambini di Nyamata e alle mamme dell'associazione "Baho Mwana" di Gitabage e ai loro bambini.

Orfanotrofio di Nyamata

Rispetto alla situazione che abbiamo riportato nel precedente viaggio, a fine 2013, non ci sono grandi cambiamenti nell'organizzazione della Comunità. Le Suore che si occupano dei bambini sono sempre le stesse. Nel corso del 2014, fino ad Agosto, sono entrati 5 nuovi bambini (1 orfano di entrambi i genitori all'età di un mese circa, 2 orfani di padre e con la mamma malata mentale all'età di circa 3 anni e 1 orfano di madre all'età di 1 mese).

Sono state consegnate le quote del nostro sostegno per i successivi tre mesi (2700 euro) e 500 euro per le spese straordinarie (è stata ristrutturata una stanza che era in condizioni scadenti e lì faranno dormire alcuni bambini).

I nostri amici hanno osservato la struttura e assistito alla vita quotidiana dei bambini e ci hanno consigliato di allestire, nella stanza adibita alla cura/igiene dei più piccoli, un fasciatoio e un mobile più adatto a tenere in ordine tutto l'occorrente. Seguiremo senz'altro il consiglio, non appena avremo la disponibilità della somma necessaria.

Un'altra cosa che è stata segnalata come utile è di poter acquistare una seconda mucca (nella pertinenza della Casa c'è una piccola stalla con una mucca, se fossero 2 il fabbisogno di latte sarebbe meglio soddisfatto).

La lavatrice e lo scaldabagno donati a novembre 2013 funzionano e le suore ne sono molto contente (prima dovevano lavare tutto a mano



e scaldare l'acqua sul fuoco della stufa).

Anche questa volta sono stati portati i saluti e i doni dei bambini delle due scuole materne italiane "amiche" dei bambini di Nyamata (Montagna e Castione)

Centro Nutrizionale e educativo di Gitabage

L'associazione "Baho Mwana", che riunisce in una specie mutuo aiuto una trentina di mamme disagiate di Gitabage, continua la sua attività per la nutrizione e l'educazione dei loro bambini (si verificano ancora dei casi di malnutrizione e malattia dovuta all'ignoranza e alla povertà). Grazie al nostro contributo lo scorso anno è stato costruito un locale magazzino dove le donne possono lavorare. Si tratta cioè di una piccola attività commerciale nella quale si vendono prodotti di prima necessità (acquistati in città anche attraverso gli introiti percepiti dalla vendita di prodotti agricoli da loro stesse coltivati).

Per iniziare questo commercio, lo scorso novembre, avevamo messo a disposizione un piccolo fondo di rotazione (1300 euro).

L'attività comincia a dar loro qualche guadagno (una parte del quale viene depositato in banca a favore dei bambini) così abbiamo pensato di aumentare questo fondo con altri 1000 euro.

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

I sei ragazzi supportati da alcune famiglie di amici italiani senza que-

sto aiuto non potrebbero continuare gli studi.

Uno frequenta la scuola secondaria (corrisponde al nostro liceo), uno la scuola per autista/meccanico e quattro l'università.

In autunno inizia un nuovo anno scolastico in università e a gennaio nelle altre scuole.

Nel prossimo mese di ottobre, venerdì 24 verrà organizzata l'annuale serata di incontro con cena presso l'Oratorio del Torchione in Albosaggia (Sondrio).

Una bella occasione di convivialità, sarà presente anche padre Onesphore (il parroco di Gitabage e nostro referente in Rwanda). I proventi della cena saranno destinati ai progetti sopra descritti.

A Novembre Morena Anna e Giorgio andranno in Rwanda e riporteranno altre informazioni e la foto individuali dei bambini del "sostegno a distanza" per le famiglie benefattrici.

Agosto 2014

Una bellissima preghiera di Papa Giovanni XXIII dedicata al vivere quotidiano

Solo per oggi

Solo per oggi cercherò di vivere alla giornata senza voler risolvere i problemi della mia vita tutti in una volta.

Solo per oggi avrò la massima cura del mio aspetto: vestirò con sobrietà, non alzerò la voce, sarò cortese nei modi, non criticherò nessuno, non cercherò di migliorare o disciplinare nessuno tranne me stesso.

Solo per oggi sarò felice nella certezza che sono stato creato per essere felice non solo nell'altro mondo, ma anche in questo.

Solo per oggi mi adatterò alle circostanze, senza pretendere che le circostanze si adattino ai miei desideri.

Solo per oggi dedicherò dieci minuti del mio tempo a sedere in silenzio ascoltando Dio, ricordando che come il cibo è necessario alla vita del corpo, così il silenzio e l'ascolto sono necessari alla vita dell'anima.

Solo per oggi, compirò una buona azione e non lo dirò a nessuno.

Solo per oggi mi farò un programma: forse non lo seguirò perfettamente, ma lo farò. E mi guarderò dai due malanni: la fretta e l'indecisione.

Solo per oggi saprò dal profondo del cuore, nonostante le apparenze, che l'esistenza si prende cura di me come nessun altro al mondo.

Solo per oggi non avrò timori. In modo particolare non avrò paura di godere di ciò che è bello e di credere nell'Amore.

Posso ben fare per 12 ore ciò che mi sgomenterebbe se pensassi di doverlo fare tutta la vita.

Se capitasse da noi!!!

di Ercole Piani

Mi capita spesso di passare dei soggiorni da mia figlia a Londra, nell'ultimo ho avuto il piacere di accompagnarla nell'ospedale vicino a casa per una visita durante la sua gravidanza. All'ingresso, in uno spazioso atrio, ho visto la foto di una impiegata dell'ospedale premiata quale il miglior operatore dell'anno. Mia figlia mi ha confermato che in molte realtà è tradizione premiare pubblicamente le persone meritevoli e, viste le mie insistenze, ha chiesto in ambulatorio se altre volte siano state premiate delle infermiere, la risposta è stata che quasi sempre l'ambito premio è rivolto agli infermieri.



L'infermiere a sostegno delle persone nell'elaborazione del lutto in seguito alla perdita non traumatica di un loro caro

a cura di Strappazon Eleonora*

Introduzione

Il lutto è definito come "la reazione alla perdita di una persona cara" ed è riconosciuto nella classificazione dei disturbi dell'umore (American Psychiatric Association, 2002); in condizioni fisiologiche il lutto è di durata limitata nel tempo ed è caratterizzato dalle fluttuazioni, descritte dalla popolazione che ha vissuto tale esperienza come "una sensazione che si presenta ad ondate, che le travolge e poi si ritira" (Holtlander *et al.*, 2011).

Con il termine "perdita" si intende la "privazione di qualcosa o qualcuno"; ogni perdita significativa, che sia di un oggetto, una funzione, uno status, o come in questo lavoro, di una persona amata in seguito a morte, provoca una reazione di lutto. La perdita si definisce traumatica quando si verifica un evento critico, un decesso imprevisto ed improvviso (incidente stradale, suicidio, omicidio).

La morte di una persona significativa è ritenuta nel *Social Readjustment Rating Scale* (Holmes e Rahe, 1967), uno strumento che quantifica l'impatto sul modo di vivere dei più comuni eventi stressanti, uno degli episodi più dolorosi della vita, associato a significativi livelli di morbilità e mortalità.

Nella tassonomia di NANDA-I (2012) il focus diagnostico "Lutto", problema di pertinenza infermieristica, viene definito come il "normale processo complesso, comprendente risposte e comportamenti emotivi, fisici, spirituali, sociali e intellettivi, mediante il quale le persone, le famiglie e le comunità integrano nella loro vita quotidiana una perdita in atto, prevista o percepita"; si parla di "Lutto anticipato" nel caso in cui si intenda la perdita come prevista (Carpenito-Moyet, 2011).

La morte di un caro porta a vivere un'esperienza personale spiacevole caratterizzata dal sentimento soggettivo nominato dolore psichico, che si risolve mediante il processo del lutto. La persona sperimenta diverse emozioni tra cui: negazione, disperazione, rabbia, panico, apatia, senso di colpa (Carpenito-Moyet, 2011); generalmente mette in atto dei comportamenti caratteristici come l'isolamento sociale (NANDA-I, 2006), la custodia di oggetti appartenuti al defunto, chiamati oggetti di legame, e si assiste a quello che è nominato fenomeno di identificazione, in cui la persona che ha subito la perdita assume degli atteggiamenti o delle caratteristiche del defunto per perpetuarlo in modo concreto (Love, 2007). Inoltre la persona può essere soggetta a dei cambiamenti fisiologici: variazioni emodinamiche, disturbi gastrointestinali, malessere toracico, astenia, alterazione della funzione immunitaria (Smeltzer *et al.*, 2010). Per elaborazione del lutto si intende la ricostruzione emotiva dei significati, dei vissuti e dei processi sociali (National Cancer Institute, 2011), in cui la persona ritorna più volte sull'immagine, sui sentimenti e sulle memorie legate al deceduto, fino a che quella morte non risulti così inaccettabile ed intollerabile.

"[...] Non sapevo bene cosa dirgli.

Mi sentivo molto maldestro.

Non sapevo come toccarlo, come raggiungerlo.

Il paese delle lacrime è così misterioso! [...]"

[De Saint-Exupéry A. (1949)

Il piccolo principe. Milano: Bompiani.]

Il processo di adattamento alla perdita richiede dei rituali e delle manifestazioni esterne, dei processi psicologici sostenuti dalle persone care al deceduto e dei tempi adeguati di risoluzione del dolore. Le forme rituali come le esequie, i necrologi e le veglie funebri agevolano gli individui ad integrare la perdita subita nella vita quotidiana: i cambiamenti significativi della vita necessitano di rituali, come alcuni di quelli sopracitati, per favorirne l'elaborazione.

I processi psicologici prevedono una serie di tappe da completare individuate da diversi autori tra cui John Bowlby (1983) e la psicologa francese Anne Ancelin Schutzenberger, che ha determinato in modo più completo le fasi del processo di lutto identificate dal medico psichiatra Elizabeth Kubler Ross; quest'ultima nel 1969 ha elaborato il "modello a cinque fasi", uno strumento che permette di comprendere le dinamiche mentali della persona a cui è stata diagnosticata una malattia terminale, valido anche ogni volta che ci sia da elaborare un lutto (Shah e Meeks, 2012). Di seguito vengono descritte le fasi che possono presentarsi più volte, con diversa intensità e senza ordine:

- Negazione, in cui la persona rifiuta la realtà; questa è una difesa che diventa sempre più debole, s'irrigidisce a livelli psicopatologici.
- Rabbia, dove vengono manifestate emozioni quali rabbia e paura; può essere il momento della massima richiesta di aiuto.
- Contrattazione, in questa fase si inizia una specie di negoziato, instaurato sia con le persone vicine, sia con le figure religiose; la persona riprende il controllo della propria vita.
- Depressione, che si manifesta quando il livello di sofferenza aumenta; è la fase della consapevolezza delle perdite subite.
- Accettazione quando si è elaborato l'accaduto.

Il superamento delle fasi è influenzato dalle risorse e abilità di coping della persona, ma non è ancora chiaro quali influenzano positivamente l'elaborazione (Guldin *et al.*, 2013). Lazarus e Folkman (1991) hanno definito il coping come "un insieme di sforzi cognitivi e comportamentali messi in atto per gestire le richieste esterne in relazione alle risorse possedute"; a seconda dell'esito positivo o negativo il coping potrà essere definito funzionale (adattamento) o disfunzionale (aumento dello stress).

Secondo Carpenito-Moyet (2011) il "Coping inefficace" risulta essere lo "stato in cui la persona è, o rischia di essere, incapace di gestire agenti stressanti, interni o ambientali, a causa di risorse inadeguate", le cui

al malato terminale, portando così all'evento "medicalizzazione della morte".

- Personali: genere femminile, età minore di 60 anni, instabilità emotiva, comorbilità e abuso di droghe (Allen *et al.*, 2013).

- Socio-culturali, come la mancanza di sostegno sociale reale o percepito (NANDA-I, 2006), offerto sia dai membri della famiglia e amici, che dai professionisti sanitari aventi le competenze specifiche in tale campo.

La diagnosi infermieristica "Rischio di lutto complicato" (NANDA-I, 2006) definisce gli individui esposti a questi fattori "a rischio



di un disordine che si può verificare a seguito della morte di una persona significativa [...]"

Kang *et al.* (2013) citando gli studi di Stajduhar *et al.* e di Funk *et al.* (2010), evidenziano che sono a maggior rischio di una reazione anormale al lutto i *family caregivers*, ovvero i membri della famiglia o amici che assistono la persona nella fase terminale della malattia, che non sono professionisti sanitari, e le persone significative di un deceduto per cancro; entrambi i gruppi nominati sono esposti ad alti livelli di stress emozionali e psicologici, causa l'intensività delle cure rivolte al malato e la sensazione di essere impotenti di fronte all'aggressività della malattia.

In Europa 100 milioni di *family caregivers* si prendono cura dei loro familiari al termine della vita (Eurocarers, 2008); è stimato che il 7-15% delle persone in lutto soffriranno di lutto patologico (Guldin, 2013) e che il 45% sono esposte a un moderato e alto rischio (Eastman *et al.*, 2012). L'assistenza rivolta alle persone che devono elaborare un lutto in seguito alla perdita di un loro caro è un'importante componente dei servizi di Hospices, nell'ottica di un'assistenza olistica (il malato terminale e la sua famiglia) e della continuità delle cure (il supporto ai familiari dopo la morte dell'assistito); mira a ridurre il rischio di lutto complicato e i problemi di salute associati (WHO, 2008; NICE, 2004).

Il Codice Deontologico dell'infermiere (Ipsavi, 2009) al capo IV, articolo 39 indica che "l'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nell'evoluzione terminale della malattia, nel momento della perdita e dell'elaborazione del lutto". Tale modalità di assistenza è una componente di quanto è definito a livello internazionale "Death Work", ovvero il lavoro terapeutico in risposta all'evento morte, di supporto alle persone che hanno

subito la perdita di una persona amata (Metzger e Gray, 2008).

Può essere nominato "supporto informale", alle persone in lutto, quello espresso dalla famiglia, dagli amici, dai colleghi di lavoro e dalla rete sociale (Gibson *et al.*, 2011); per "supporto formale", invece, si intende la molteplicità degli interventi erogati dai professionisti sanitari, che forniscono informazione, guida e rassicurazione riguardo il dolore e i sentimenti provati (Mula, 2011), identificano le persone/famiglie in lutto, le sostengono nel superamento delle fasi del processo e offrono assistenza spirituale (Smeltzer *et al.*, 2010).

Gli infermieri accertano le persone a rischio di sviluppare il lutto complicato e indirizzano quelle ad alto rischio verso servizi specialistici.

I metodi di accertamento del rischio di sviluppare il lutto patologico sono utilizzati dal 1970 negli Hospices e consistono in delle *check-lists* che identificano i fattori di rischio e/o le strategie di coping. Tra i più ritrovati: il *Brief Grief Questionnaire* (BGQ) (Shear *et al.*, 2006), l'*Inventory of Complicated Grief-Revised* (Jacob *et al.*, 2000), il *Bereavement Risk Index* (Murray-Parkes, 1993) e la *Adult Attitude to Grief* (Machin, 2009).

Gli infermieri lavorano soprattutto con le persone a rischio di sviluppare il lutto complicato, per cui focalizzano la loro assistenza sugli aspetti preventivi, comprendenti sia l'accertamento del rischio, sia la conseguente pianificazione degli interventi di prevenzione, che mirano a ridurre l'insorgenza del lutto patologico.

In letteratura gli interventi preventivi del lutto complicato si ritrovano suddivisi in base al target di popolazione a cui sono rivolti; in particolare i *primary preventive interventions* vengono attuati verso la popolazione in lutto, nel senso generale del termine, i *secondary preventive interventions* sono rivolti alle persone ad alto rischio di sviluppare il lutto complicato e, infine, i *tertiary preventive interventions* sono indicati per chi manifesta gravemente i sintomi del lutto (Schut *et al.*, 2001).

In questo lavoro l'interesse è rivolto ai *primary preventive interventions*, ma la ricerca su quali siano e come vengano erogati questi interventi è limitata (Wagner e Maercker, 2008). Il supporto alle persone in lutto è sottostimato nelle cure primarie ed emerge una mancanza di chiarezza su quale sia la migliore pratica (Nagraj e Barclay, 2011); ci sono pochi dati che indicano come strutturare i servizi nel caso in cui la morte della persona sia un evento "atteso", non traumatico (Currow *et al.*, 2008), come avviene nell'ambito degli Hospices, e per molti anni l'efficacia e l'efficienza degli interventi preventivi in questione è stata tema di discussione in letteratura (Agnew *et al.*, 2011; Thirsk e Moules, 2012).

Molti autori sottolineano l'importanza dei servizi di cure palliative nel sostenere le persone in lutto ed altrettanti studi evidenziano che le stesse avrebbero gradito un sostegno di tipo formale (Payne, 2010).

Quesito		
P	Patient/opulation	Persone adulte
&P	Problem	in lutto per la perdita non traumatica di una persona significativa
I	Intervention	Interventi infermieristici formali
O	Outcome	Favorire le fasi del processo di elaborazione del lutto prevenendo l'insorgenza del lutto complicato

La necessità di un intervento formale è evidenziata anche dagli eventi contrassegnanti l'epoca odierna come la disgregazione delle famiglie, che ha portato alla perdita della possibilità di ricevere un supporto informale, e l'invecchiamento della popolazione, di cui ne consegue la mancata accettazione della realtà del morire.

L'infermiere è il professionista sanitario che instaura una relazione d'alleanza, con le persone che hanno subito la perdita, già nel periodo anteriore al decesso dell'assistito; sia all'interno degli istituti, come gli *Hospices*, sia a livello domiciliare, l'infermiere è il punto di riferimento, il diretto intermediario tra la famiglia e il mondo della sanità e ha un doppio ruolo, quello di tecnico/specialista, a cui rivolgere domande e dubbi, e quello di persona "di famiglia", allo stesso tempo estraneo, con cui confidarsi ed aprirsi.

Per questo motivo con l'approfondimento bibliografico elaborato si mira a stabilire quali siano gli interventi infermieristici attuati in seguito alla morte non traumatica di una persona significativa, per favorire l'elaborazione del lutto, prevenendo l'insorgenza del lutto complicato.

Metodi

L'argomento di interesse, ovvero l'assistenza infermieristica alle persone che devono elaborare un lutto, è stato approfondito su testi specifici (DSM-IV-TR, 2002; Brunner-Sudartha, 2010) giungendo alla formulazione del quesito clinico: "in che modo l'infermiere può sostenere le persone in lutto per la perdita non traumatica di un loro caro nelle fasi di elaborazione del lutto, prevenendo l'insorgenza del lutto complicato?". Successivamente il quesito è stato scorporato e strutturato secondo il format PIO (vedi allegato 1), al fine di poter effettuare la ricerca secondo la metodologia EBP (*Evidence Based Practice*).

La ricerca è stata condotta consultando banche dati internazionali e specifiche per l'ambito psicologico e discipline correlate come PsycINFO, PsycArticles e PsycCRITIQUES. Innanzitutto sono state ricercate linee guida e revisioni sistematiche nelle banche dati TRIPDatabase e Cochrane Library, successivamente articoli di letteratura primaria nelle banche dati sopra citate, in CINAHL e PubMed.

La ricerca è stata effettuata al domicilio, attivando il *proxy*, ed è stata



perfezionata usufruendo del servizio fornito dalla biblioteca medica locale dell'Azienda Ospedaliera Valtellina Valchiavenna.

Le parole chiave sono state combinate tramite gli operatori booleani AND, OR, NOT e tradotte in inglese con i vocabolari medici "Pneumonet" e "Word References", per quanto riguarda i termini liberi, mentre quelli controllati sono stati identificati nel *Thesaurus* delle banche dati PubMed (*MeSH Terms*) e CINAHL (*Cinahl Headings*).

I termini più utilizzati sono stati *Bereavement*, inteso come il processo che integra la perdita nella vita che continua, *Grief*, l'esperienza emozionale della perdita (Chang *et al.*, 2012), e *Mourning*, ovvero l'esternazione o pubblica manifestazione del dolore, influenzata dalle credenze e dal contesto culturale (National Cancer Institute, 2011).

Per ogni *search strategy* è stato imposto un limite temporale comune: i documenti ricercati dovevano essere datati dall'anno 2008 al 2013 e, quando permesso, sono state effettuate ricerche riguardanti la specie umana e la popolazione adulta.

Gli articoli sono stati ritenuti pertinenti dopo un'attenta lettura del titolo, dell'*abstract*, della bibliografia di riferimento e delle credenziali degli autori; la maggior parte degli articoli pervenuti non pertinenti comprendeva studi effettuati con persone in lutto per la morte di una persona significativa tramite suicidio, perdita definita traumatica, per AIDS, situazione che richiede interventi peculiari al caso, e con persone dementi e/o con altre disabilità, mentali e fisiche, per cui nell'avanzare dell'indagine sono stati esclusi i termini "Suicide", "AIDS" e "Dementia".

Nel mese di Marzo 2013 la ricerca è stata effettuata in TRIPDatabase attraverso i termini liberi "Bereaved family" e "Nursing assessment" associati con "Mourning" (*MeSH*) tramite l'operatore booleano AND; con tale modalità sono stati rinvenuti 13 documenti, di cui nessuno pertinente. Quindi la banca dati è stata consultata inserendo "Prevention of Complicated Grief" ed escludendo dalla ricerca i termini "Suicide", "AIDS" e "Dementia": con questa strategia sono stati prodotti 135 risultati, di cui 6 pertinenti, in particolare 2 linee guida e 1 revisione sistematica.

In seguito alla lettura degli articoli rinvenuti, è stata affinata l'individuazione delle *Keywords*; il nuovo elenco è stato, infatti, integrato alla consecutiva *search strategy* mantenendo gli stessi limiti imposti alla ricerca, quindi impiegando "Bereavement Care" (*MeSH*) sono stati reperiti 407 documenti, 10 attinenti, di cui 2 revisioni sistematiche e 2 duplicati di linee guida.

In questo caso molti articoli analizzati argomentavano il sostegno alla famiglia in seguito a dolorosi avvenimenti quali la nascita di bambini morti e morte perinatale, mentre il quesito clinico sviluppato riguarda l'assistenza alle persone che hanno subito la perdita non traumatica di un individuo adulto in seguito a morte; per cui la stringa di ricerca è stata riprodotta escludendo i termini: "Suicide", "Suicidal", "AIDS", "Dementia", "Stil-

lbirth", "Perinatal" e "Disabilities". In questo modo, inserendo "Efficacy of Follow-up Bereavement Program" sono stati reperiti 111 articoli, di cui nessuno pertinente e 1 duplicato.

Per completare l'indagine nel meta database TRIP è stata utilizzata la modalità di ricerca "PICOsearch", reperendo 93 documenti, di cui 2 duplicati.

Nel periodo marzo, aprile 2013 sono state consultate le banche dati Cochrane Library e PsycINFO, il cui Database è ProQuest. La prima è stata consultata attraverso la seguente strategia di ricerca che ha contemplato la combinazione dei vocaboli "Grief" e "Bereavement", entrambi *MeSH Terms*, con dei termini liberi, ma nessuna strategia ha portato a risultati pertinenti.

La banca dati PsycINFO è stata interrogata inizialmente non impostando alcun limite ed utilizzando dei termini liberi; con questa strategia globalmente sono stati reperiti 60 record, di cui 2 pertinenti.

Successivamente sono stati imposti alla ricerca tutti i limiti delineati fin'ora; la maggior parte delle *search strategies* sono state effettuate combinando il termine "Bereavement Care" (*MeSH*) con dei termini liberi, alcuni sopraccitati, tramite gli operatori booleani AND e OR; impostando il *MeSH* come *major subject* il numero di risultati è stato scarso, per cui la ricerca è stata effettuata per lo più in *abstract*, trovando 120 documenti, di cui 9 pertinenti e 3 duplicati. È stata riprodotta la modalità di ricerca precedente utilizzando i nuovi termini identificati "Dysfunctional Bereavement" e "Bereavement Risk" consultando PsycARTICLES e PsycCRITIQUES, banche dati di ProQuest, ma non sono stati reperiti documenti. Nel mese di aprile è stata interrogata la banca dati CINAHL with Full Text (EBSCO), mantenendo i limiti imposti e utilizzando la modalità di ricerca "Boolean/Phrase".

La *search strategy* utilizzata ha previsto l'incrocio del CINAHL *Heading* "Bereavement Support" con dei termini liberi tra cui "Grief Counseling" e con il CINAHL *Heading* "Dysfunctional Grieving" reperendo globalmente 58 documenti, di cui 6 selezionati e un duplicato, ricercando in *All Text*. La ricerca in *abstract* effettuata impostando "Bereavement Support" come *major subject* non ha prodotto risultati. La banca dati PubMed, di cui MEDLINE è il Database, è stata interrogata nel mese di maggio 2013, imponendo i limiti di ricerca identificati fin'ora.

In principio sono stati combinati alcuni termini liberi come "Mourning Process" AND "Nursing"; con questa strategia sono stati prodotti 51 risultati, di cui 3 pertinenti.

Dalla lettura degli articoli pervenuti e selezionati, la banca dati è stata consultata inserendo "Bereavement Risk Index BRI" e con altri termini liberi ricercando in *All Text*: sono stati reperiti 2 documenti, di cui 1 pertinente. Utilizzando i termini Mesh "Bereavement Care" e "Mourning", combinati con i termini liberi "Bereaved Family OR Bereaved Caregivers" sono stati trovati 30 documenti, 5 attinenti e 2 duplicati.

Il 2 giugno 2013 presso la biblioteca medica, sono stati selezionati 3 articoli, di 59 reperiti (2 in possesso), impiegando "Grief Interventions" AND "Adjustment Bereavement" e impostando i limiti: dall'anno 2008 e specie umana.

Riproducendo la ricerca, ma utilizzando come limite solo l'anno di pubblicazione dei documenti, sono stati pervenuti 62 risultati, 1 pertinente e

5 duplicati.

In quell'occasione sono stati reperiti i *Full Text* mancanti di 6 articoli.

I passaggi sono documentati nello specifico nel "Report della ricerca bibliografica" (disponibile presso la sede del collegio Ipsavi di Sondrio). Complessivamente, rispetto al quesito inizialmente proposto, sono stati recuperati 47 documenti, di cui 3 linee guida e 3 revisioni sistematiche della letteratura. Tra gli studi di letteratura primaria prevalgono gli studi quantitativi non sperimentali, in particolare le indagini conoscitive; questi record sono stati utili per definire e strutturare il *Background*.

Tutte le evidenze selezionate sono state analizzate criticamente; le revisioni sistematiche e alcuni studi di letteratura primaria, globalmente 15 documenti, sono stati esaminati attraverso la metodologia IMRaD (*Introduction, Methods, Results and Discussion*).

La qualità delle linee guida reperite è stata determinata facendo riferimento al *grading* delle *Evidence* ed individuando la presenza della forza delle raccomandazioni.

Risultati

Nella revisione sistematica della letteratura condotta da Currier *et al.* (2010) si confronta l'efficacia degli interventi, attuati dopo l'evento morte, nella terapia cognitiva comportamentale (CBT) con quella degli approcci indicati nel trattamento non-CBT; la comparazione ha lo scopo di stabilire quale strategia fornisca i migliori risultati.

Al primo gruppo elencato appartengono gli interventi basati sulla *Cognitive Behavioural Therapy*, di competenza specifica multidisciplinare, ed in particolare: la ristrutturazione cognitiva, l'attivazione comportamentale, l'educazione emotiva, la preparazione ad intraprendere delle relazioni ed esercizi di auto-monitoraggio. Il secondo gruppo di interventi si compone delle tecniche non-CBT, gestite dagli infermieri delle cure primarie, come l'attivazione di *counseling* di supporto focalizzati sulle emozioni sperimentate, la partecipazione a gruppi di sostegno e ad eventi educativi, l'accertamento iniziale e continuo del rischio per lo sviluppo del lutto complicato.

Gli autori conducono la ricerca nelle banche dati e Database PsycINFO, PsycARTICLES, MEDLINE e Dissertation Abstracts; in questo modo sono reperiti 11 studi, di cui non viene menzionata la qualità. Il campione degli studi è formato da persone adulte in lutto per la morte non traumatica di un familiare.

Per valutare oggettivamente gli esiti prodotti dal trattamento CBT e non-CBT gli autori si riferiscono al tipo di reazione riguardo la perdita subita analizzando cinque aree: dolore psicologico, depressione, ansia, trauma scatenatosi per la morte del proprio caro e quella dell'afflizione generale. I risultati ottenuti evidenziano che la CBT, in confronto alla terapia non cognitiva comportamentale, sviluppa importanti benefici nelle cinque aree indagate, se la valutazione avviene nel periodo immediatamente successivo l'attuazione degli interventi; al termine dei follow-up (la cui durata non viene specificata), invece, la differenza tra i due gruppi rimane significativa solo nei domini della depressione e dell'ansia.

In un'altra revisione sistematica della letteratura, elaborata da Nagraj e Barclay (2011), si vuole identificare in che modo i professionisti sanitari generali, operanti nelle varie strutture assistenziali, e gli infermieri di comunità distrettuali, il cui campo d'azione

è il territorio, si prendono cura delle persone che hanno perso un loro caro in seguito a morte.

Lo studio è condotto attraverso la ricerca nelle banche dati AMED, BNI, CINAHL with full text (EBSCO), PsycINFO e nel Database Medline, con l'aiuto di un bibliotecario; vengono consultate anche le due riviste: *British Journal of General Practice* e *Palliative Medicine*.

Con questa modalità vengono reperiti 13 studi (dei quali gli autori non indicano la qualità): 11 inerenti l'attività dei professionisti sanitari generali e 2 quella degli infermieri distrettuali. Dai risultati della revisione sistematica si rileva che i professionisti sanitari generali sono incerti su come stabilire il migliore contatto con le persone in lutto, se con le visite di follow-up, le chiamate telefoniche o le lettere di condoglianze, mentre gli infermieri distrettuali sostengono l'importanza di instaurare la relazione terapeutica tramite le visite al domicilio.

Inoltre i dati ottenuti mostrano che non è chiaro quale sia la migliore pratica tra contattare gli assistiti di routine oppure attendere che siano loro a richiedere un consulto. Infatti i professionisti sanitari si sono preoccupati sia di non "medicalizzare" il processo del lutto normale, sia di non abbandonare le persone che devono elaborare un lutto, lasciandole inconsapevoli dei servizi e delle risorse disponibili.

Infine, il fatto che gli infermieri distrettuali affermino di non aver trovato difficoltà nel contattare le persone in lutto, poiché avevano stabilito un rapporto con queste prima della morte del loro caro, porta ad identificare gli infermieri di comunità distrettuali come i professionisti che meglio possono offrire assistenza a questo tipo di popolazione.

Gli infermieri di comunità, oltre ad esprimere le proprie condoglianze, informare riguardo l'elaborazione del lutto, incoraggiare le persone a riconoscere ed esprimere i loro sentimenti, si focalizzano anche sugli aspetti pratici, accordando con le persone assistite la formulazione degli obiettivi, quale l'integrazione nella vita quotidiana di un comportamento positivo al fine di elaborare il lutto, e la stipulazione dei mezzi per raggiungerli.

Gli autori sottolineano, comunque, l'importanza della collaborazione con una *team* professionale di cure primarie.

La meta-analisi realizzata da Witouck *et al.* (2011), il cui scopo è determinare gli effetti a breve e lungo termine degli interventi preventivi e di trattamento del lutto complicato, viene condotta ricercando *Evidence* nelle banche dati Web of Science e PsycARTICLES.

Gli autori includono nell'indagine RCT che valutino gli effetti di un intervento di prevenzione o di trattamento del lutto patologico rivolto alla popolazione adulta che ha subito la perdita di un caro; attraverso questa strategia di ricerca vengono reperiti 14 RCT, di cui 5 riguardanti gli interventi terapeutici del lutto complicato e 9 quelli di prevenzione.

Gli esiti delle pratiche attuate sono misurati comparando i sintomi presentati prima e dopo l'attuazione di una delle due situazioni citate.

Dai risultati si rileva che gli interventi preventivi del lutto complicato sono meno efficaci se comparati alle strategie di trattamento di questa patologia. Infatti le persone adulte in lutto supportate tramite le attività di prevenzione non mostrano delle differenze statisticamente significative e, quindi, un miglioramento dei sintomi correlati alla perdita, durante ▶

l'accertamento continuo del rischio per lo sviluppo del lutto patologico e ai follow-up.

Gli autori definiscono possibili limiti dello studio, come problemi nell'uso della metodologia, il rischio di errori di pubblicazione, il numero limitato degli studi presi in considerazione e l'incerta eterogeneità dei risultati riportati in parte delle analisi.

La ricerca qualitativa, svolta da Agnew *et al.* (2011), è effettuata al fine di indagare l'attività implementata negli *Hospices Marie Curie Cancer (MCC)* nel 2007.

In questi *Hospices* si eroga un servizio di *bereavement care* rivolto alle persone che hanno subito la morte di un loro caro; il programma in questione comprende degli eventi di informazione centrati sul processo di elaborazione del lutto, un supporto tramite eventi di memoria, in cui le persone che hanno subito una perdita simile ricordano il deceduto e condividono il dolore, degli incontri individuali con uno staff preparato o con volontari.

Per condurre lo studio vengono intervistati per via telefonica dieci *Bereavement Service Leaders*, operanti nei diversi *Hospices MCC*, attraverso l'utilizzo di questionari semi-strutturati; questi strumenti di valutazione sono stati precedentemente sviluppati da un *team* multidisciplinare che, per la strutturazione degli stessi, ha utilizzato come guida il progetto dello studio, basandosi sugli obiettivi di questo e sui risultati pubblicati in letteratura.

In questo modo vengono ricavate le informazioni riguardanti la pratica per sostenere le persone in lutto, attuata nell'ambito delle strutture sopra citate.

I risultati ottenuti mostrano che l'attività implementata negli *Hospices MCC* è basata sulle raccomandazioni fornite dalla *NICE (National Institute for Clinical Excellence) Guidance on Cancer Services (2004)*, che descrive tre componenti del modello di supporto alle persone nell'elaborazione del lutto, mirando a garantire il soddisfacimento dei bisogni individuali e indirizzando verso servizi specifici. La prima componente include l'informazione e l'incoraggiamento a richiedere eventi educativi riguardo le fasi di elaborazione del lutto, al fine di favorire la capacità di recupero e l'autonomia della persona, promuovendo la sua capacità di presa di decisioni. La seconda costituente del servizio è rivolta alle persone a rischio di sviluppare il lutto complicato, accertato con strumenti validati, che necessitano di un supporto di tipo formale. La terza comprende dei servizi specialistici attivati per coloro ad alto rischio di sviluppare disfunzioni fisiche e psichiche.

Come consigliato dalla *NICE Guidance*, gli infermieri operanti negli *Hospices MCC* accertano il rischio per lo sviluppo del lutto complicato con lo strumento *Bereavement Risk Index*, compilato prima e dopo la morte del caro; in seguito i dati ricavati dallo *screening* effettuato vengono discussi da un *team* multidisciplinare che stabilisce la durata e il numero delle visite di follow-up. Inoltre la *NICE Guidance (2004)* suggerisce di identificare il *Range of Response to Loss*, ovvero la modalità di risposta alla perdita subita, utile per l'accertamento continuo. Machin (2009) ha elaborato lo strumento *Adult Attitude to Grief* che indaga tre diversi modelli di reazione alla morte di un caro: gli *overwhelmed*, i sopraffatti, che sono profondamente afflitti dal dolore; i *resilient*, forti/resilienti, che hanno la capacità di gestire con equilibrio le conseguenze



della perdita; infine i *controller*, che esprimono il bisogno di dominare le emozioni e si focalizzano su ciò che la vita richiede.

Infine Agnew *et al.* (2011), riprendendo lo studio di Wimpenny *et al.* (2008), affermano che supportare le persone in lutto definite "*resilient*" può essere inefficace e incentivare lo sviluppo di eventi avversi.

L'RCT (Guldin *et al.*, 2013) esaminato mira a stabilire se la popolazione in lutto riceva cure adeguate tramite l'attuazione di interventi specifici per l'elaborazione del lutto o con le cure tradizionali.

L'esperimento è messo in atto da Giugno 2009 a Dicembre 2010.

Il campione dello studio è costituito da 402 persone adulte in lutto per la morte recente di un loro caro malato di cancro, che necessitano di un intervento di tipo formale per favorire l'adattamento alla perdita, accertato tramite la compilazione di un questionario.

I partecipanti sono assegnati a due gruppi con metodo *random*; un gruppo è trattato con interventi specifici (215), come l'informazione riguardo l'elaborazione del lutto e il supporto sia telefonico che tramite follow-up, mentre nell'altro vengono somministrate cure tradizionali (187), in cui si predilige la prescrizione di farmaci antidepressivi.

Per valutare oggettivamente gli esiti prodotti attuando le due strategie, per entrambi i gruppi, avviene l'accertamento dei sintomi correlati al dolore della perdita a sei e tredici mesi dopo la morte del caro, utilizzando lo strumento *Inventory of Complicated Grief-Revised*; in particolare a tredici mesi gli autori valutano che il 50% degli individui appartenenti al gruppo trattato con cure tradizionali manifesta i sintomi del lutto complicato, mentre i facenti parte dell'altro gruppo che hanno sviluppato la patologia sono il 35%.

In conclusione gli interventi specifici per sostenere le persone adulte in lutto sono più efficaci delle cure tradizionali impiegate in questo ambito. Le linee guida di riferimento per l'erogazione del supporto alle persone in lutto per la perdita non traumatica di un loro caro sono sviluppate dalla *Medical Service Commission (British Columbia)* nel 2011; lo scopo di queste raccomandazioni di carattere clinico è rispondere ai bisogni dei *family caregivers*, dei membri della famiglia e delle persone significative dell'individuo deceduto.

Queste indicazioni sono rivolte agli infermieri e allo staff delle *Family Practice*, oltre che ad altri professionisti sanitari.

Il documento include le informazioni, gli strumenti e le competenze necessarie per trattare con le persone che hanno subito questo tipo di perdita.

Tra le raccomandazioni di comportamento clinico emerge l'importanza di identificare i rischi a cui queste persone sono esposte, tramite lo *screening* del livello di *distress*, utilizzando lo

strumento fornito (*Screening Tools For Measuring Distress*), l'accertamento del rischio di suicidio, dei meccanismi di *coping*, del rischio di insorgenza del lutto complicato, delle differenze culturali e preferenze individuali; inoltre la guida sottolinea di stabilire il *timing* di questi accertamenti.

A seconda degli esiti rilevati con l'accertamento dei rischi sopra citati, la linea guida espone diverse strategie di intervento per trattare il dolore della perdita e i sintomi correlati; vengono indicate la gestione di tipo farmacologico e quella non farmacologica, che comprende la relazione tra l'infermiere e le persone assistite, definita il più potente strumento terapeutico in questo ambito; la assicurazione riguardo i diversi sentimenti provati e i comportamenti attuati: si raccomanda di fornire alla persona un volantino educativo, in cui sono descritte le normali manifestazioni del dolore e i comportamenti conseguenti, raggruppati nelle aree "sociale", "fisica", "emozionale", "mentale", "spirituale" e "di che cosa si necessita", in ogni momento della perdita, ovvero quando avviene la morte, durante il periodo di elaborazione del lutto, e *As life goes on*, cioè come la vita continua.

In seguito è necessario discutere riguardo le informazioni fornite, su che cosa aspettarsi durante il periodo di elaborazione del lutto e sulle risorse locali disponibili come i gruppi di sostegno o i servizi di *counseling*, a cui le persone in lutto possono rivolgersi in caso di bisogno.

Inoltre il trattamento non farmacologico comprende la gestione dello stile di vita della persona, individuando che cosa è di aiuto per la risoluzione del processo come l'esercizio fisico, i rapporti sociali, il supporto spirituale, il sostegno a domicilio.

Ulteriori importanti indicazioni che la linea guida fornisce riguardano il supporto continuo, inteso come un necessario programma di visite di follow-up che devono avvenire a due settimane, sei e undici o dodici mesi dopo la perdita.

Durante i follow-up avviene anche l'accertamento continuo del rischio di sviluppare il lutto patologico e ulteriori complicanze (si raccomanda l'uso del *Bereavement Risk Assessment Tool*, sviluppato nel 2008 dalla *Victoria Hospice Society*), che deve essere effettuato a due, otto settimane e sei mesi dopo la morte della persona cara.

L'accertamento del rischio di insorgenza del lutto complicato prevede l'utilizzo del *Caregiver Questionnaire* da parte dei professionisti sanitari, nel caso in cui le persone assistite sono *family caregivers*, in quanto tale strumento si riferisce più precisamente ai rischi a cui è esposta questa popolazione tra quella in lutto.

Discussione

La ricerca effettuata e i risultati ottenuti mostrano che il supporto alle

persone adulte in lutto per la morte di un loro caro è un tema molto discusso in letteratura.

Questo tipo di assistenza comprende l'accertamento iniziale e continuo del lutto complicato; in particolare la prima fase di *screening* risulta poco affidabile se attuata subito dopo l'evento morte, in quanto le persone in lutto stanno sperimentando intensità emotiva.

L'accertamento continuo, il cui scopo è monitorare nel tempo i fattori di rischio a cui è esposta questa popolazione, comprende le visite di controllo tramite follow-up; nello specifico sono preferibili gli incontri a tu-per-tu alle chiamate telefoniche (Kaunonen *et al.*, 2000) e quelli con tutti i membri della famiglia rispetto alla visita del singolo (Thirsk e Moules, 2012). Molti professionisti non concordano nell'effettuare i colloqui al domicilio, infatti tale ambiente potrebbe favorire delle manifestazioni emotive, quali pianto ininterrotto, che lasciano poco spazio all'operare dei professionisti (Chang *et al.*, 2012).

Dalla revisione della letteratura non risulta uniforme l'intervallo di tempo per attuare le visite di follow-up. La linea guida reperita (Medical Services Commission, 2011) indica di incontrare gli assistiti a due, otto settimane e sei mesi dalla perdita, mentre altre evidenze descrivono come l'intervallo dei follow-up non debba essere prescrittivo, ma adeguato ai bisogni individuali e alle circostanze della morte (Birtwistle *et al.*, 2002).

Emerge come il servizio di *Bereavement counseling* comprenda diverse modalità di intervento, tra cui la comunicazione empatica e compassionevole, l'informazione centrata sul processo di elaborazione del lutto al fine di promuovere la presa di decisioni da parte della persona, la partecipazione ad eventi di memoria e la gestione dei sintomi del lutto da parte di un medico psichiatra (Diamond *et al.*, 2012).

L'aspetto che influenza tutte le pratiche attivate è il tipo di relazione instaurata tra infermiere e assistito, che come già detto, risulta essere il più potente strumento terapeutico; la relazione d'alleanza è basata su un rapporto professionale, il quale spesso diventa intimo e confidenziale (Brownhill *et al.*, 2013).

Bordin nel 1979 sottolinea che la relazione d'aiuto comprende il legame affettivo nato tra terapeuta e cliente, l'accordo tra i due sugli obiettivi da raggiungere e sui mezzi da utilizzare; la qualità di questi fattori si manifesta negli *outcomes* raggiunti, per cui la conversazione terapeutica richiede competenza, conoscenza, capacità di giudizio e accertamento (Thirsk e Moules, 2012). Per stabilire la migliore relazione, gli studi esaminati evidenziano che lo staff di supporto alle persone che devono elaborare un lutto deve contattare e conoscere queste prima della morte del loro caro, infatti le persone che hanno subito la perdita riferiscono complessivamente una maggior "comprensione" se coloro che li assistono hanno conosciuto il deceduto; inoltre, in questo modo, i professionisti identificano direttamente le circostanze della morte e i relativi fattori di rischio per la risoluzione del processo (Eastman *et al.*, 2012).

Riconoscere le persone a rischio necessita di un'equipe con formazione specifica, ma dati recenti sottolineano la mancanza di abilità degli infermieri nel farlo (Eastman *et al.*, 2012); infatti in letteratura emerge che gli infermieri desiderano una formazione supplementare per assistere le persone in lutto (Nagraj e Barclay, 2011).

Nello studio di Chang *et al.* (2012), atto ad identificare il grado di formazione degli infermieri in merito all'assistenza alle persone in lutto, rileva che il 67% possiede un'istruzione di base e una scarsa esperienza in questo campo, mentre il 9% ha una formazione specialistica. La formazione di base degli infermieri riguarda le esperienze di *counseling*, le teorie riguardanti la perdita e il lutto, l'uso della documentazione e dei metodi di accertamento del lutto complicato (Agnew *et al.*, 2011).

Alcuni professionisti sanitari rilevano delle difficoltà quando le condizioni di lavoro in cui si trovano hanno delle caratteristiche in comune con delle situazioni personali, poiché sono portati a ricordare le loro sofferenze e si sentono incapaci di sostenere adeguatamente i familiari del defunto. I professionisti che non riscontrano delle problematiche, nel lavorare con le persone che devono elaborare un lutto, sono quelli che hanno ricevuto una formazione specialistica in questa area (Agnew *et al.*, 2011).

Infine dagli studi esaminati si evince che per ridurre il rischio di *burnout* degli operatori, valutare il lavoro eseguito e le decisioni prese, i professionisti effettuano il *debriefing* dell'attività svolta e delle esperienze vissute (Brownhill *et al.*, 2013).

L'argomento di interesse approfondito tramite la revisione della letteratura è la pratica infermieristica attuata per supportare le persone adulte che hanno subito la perdita non traumatica di un loro caro, favorendo il processo di elaborazione del lutto, in modo da prevenire l'insorgenza del lutto complicato.

Gli studi reperiti tramite la ricerca nelle banche dati sono stati utili sia a delineare il *Background* che a rispondere al quesito clinico sviluppato; inoltre il *target* di popolazione ritrovata nei documenti analizzati corrisponde a quello di interesse.

I limiti dell'approfondimento bibliografico sono conformi alle limitazioni dei singoli studi considerati: non è stata reperita la classificazione della forza della raccomandazioni e il *grading* dell'evidenza delle linee guida citate; le revisioni sistematiche riportate comprendono l'analisi di un numero ristretto di studi e una in particolare (Wittouck *et al.*, 2011) è di bassa qualità, poiché rimane sconosciuto la natura degli studi inclusi, si evidenzia una mancanza di informazioni riguardo i termini/strumenti di misura degli *outcomes*, i ricercatori non hanno descritto come hanno selezionato le ricerche e come è avvenuta l'estrazione dei dati.

In conclusione gli alti livelli di rischio, evidenziatisi in letteratura, a cui è esposta la popolazione in lutto, presentano un ulteriore scopo per approfondire la ricerca (Eastman *et al.*, 2012). A tal proposito è emerso che gli infermieri desiderano basare il proprio operato su maggiori evidenze scientifiche (Agnew *et al.*, 2011) e che le persone che hanno subito la perdita di un loro caro chiedono di aumentare il numero e il tipo di supporti disponibili e che ci sia un'adeguata informazione al riguardo (Roberts e McGilloway, 2008).

Non è possibile definire l'efficacia degli interventi preventivi del lutto complicato, dato che le *Evidence* pervenute riportano risultati contraddittori riguardo la validità di questa pratica. Nello specifico si evince che le persone che ricevono assistenza durante l'elaborazione del lutto manifestano esiti positivi soprattutto nelle aree riguardanti la padronanza della situazione, la reintegrazione della vita senza il caro perso e il quotidiano ristabilimento delle priorità (Kang *et*

al., 2013), ma che è inefficace supportare gli individui definiti "resilient", individuati tramite lo strumento *Adult Attitude to Grief*.

Comunque sono emersi degli aspetti del *Bereavement Service* ritenuti utili da chi ne ha usufruito, come l'informazione riguardo il processo di elaborazione del lutto, l'introspezione, la rassicurazione, la condivisione del dolore con chi ha subito una perdita simile, la discussione riguardo la famiglia, il supporto al di fuori della propria rete sociale, l'esplorazione di opzioni e strategie, il focus sulle emozioni strazianti e sui problemi (Diamond et al., 2012).

In questo campo non è possibile standardizzare la pratica infermieristica, perché ogni volta è come la prima volta, dato che ci si trova in situazioni diverse, con persone diverse, avventi storie diverse (Hudson et al., 2012). È necessario che l'infermiere metta da parte tutto ciò che riguarda la sua sfera personale e che diventi come una fiamma che riscaldi l'animo di chi soffre per un dolore inconsolabile.

Il Report della ricerca bibliografica è reso disponibile presso la sede del Collegio Ipasvi di Sondrio.

* Infermiere presso Società Cooperativa Sociale San Michele (Rsd), Tirano (So) Anno accademico 2012-2013

Bibliografia

- Agnew A., Manktelow R., Haynes T., Jones L. (2011) Bereavement Assessment Practice in Hospice Settings: Challenges for Palliative Care Social Workers. *British Journal of Social Work*, 41(1): 111-130.
- Allen J.Y., Haley W.E., Small B.J., Schonwetter R.S., McMillan S.C. (2013) Bereavement among Hospice Caregivers of Cancer Patients One Year following Loss: Predictors of Grief, Complicated Grief, and Symptoms of Depression. *Journal of Palliative Medicine*, 16(7): 745-751.
- American Psychiatric Association (2002) DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali-Text Revision. 4ª ed. Milano: Masson.
- Benkel I., Wijk H., Molander U. (2009) Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*, 23(2): 141-149.
- Bennett K.M., Gibbons K., Mackenzie-Smith S. (2010) LOSS AND RESTORATION IN LATER LIFE: AN EXAMINATION OF DUAL PROCESS MODEL OF COPING WITH BEREAVEMENT. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4): 315-332.
- Birtwistle J., Payne S., Smith P., Kendrick T. (2002) The role of the district nurse in bereavement support. *Journal of Advanced Nursing* 38(5): 467-478. Citato in Brownhill S., Chang E., Bidewell J., Johnson A. (2013) A decision model for community nurses providing bereavement care. *British Journal of Community Nursing*, 18 (3): 133-139.
- Bordin E.S. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 16: 252-260.
- Citato in Diamond H., Llewelyn S., Relf M., Bruce C. (2012) HELPFUL ASPECTS OF BEREAVEMENT SUPPORT FOR ADULTS FOLLOWING AN EXPECTED DEATH: VOLUNTEERS' AND BEREAVED PEOPLE'S PERSPECTIVES. *Death Studies*, 36(6): 541-564.
- Breen L.J. (2010) PROFESSIONALS' EXPERIENCES OF GRIEF COUNSELING: IMPLICATIONS FOR BRIDGING THE GAP BETWEEN RESEARCH AND PRACTICE. *Omega: Journal of Death and Dying*, 62(3): 285-303.
- Breen L.J., O'Connor M. (2007) THE FUNDAMENTAL PARADOX IN THE GRIEF LITERATURE: A CRITICAL REFLECTION. *Omega: Journal of Death and Dying*, 55(3): 199-218.
- Brownhill S., Chang E., Bidewell J., Johnson A. (2013) A decision model for community nurses providing bereavement care. *British Journal of Community Nursing*, 18 (3): 133-139.
- Carpenito-Moyet L.J. (2011) *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche*. 5ª ed. Milano: CEA.
- Carpenito-Moyet L.J. (2011) Piani di assistenza infermieristica e documentazione. 2ª ed. Milano: CEA.
- Chang E., Bidewell J., Hancock K., Johnson A., Easterbrook S. (2012) Community palliative care nurse experiences and perceptions of follow-up bereavement support visits to carers. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4): 332-339.
- Chau N.G., Zimmermann C., Ma C., Taback N., Krzyzanowska M.K. (2009) Bereavement Practices of Physicians in Oncology and Palliative Care. *Archives of Internal Medicine*, 169(10): 963-971.
- Currier J.M., Holland J.M., Neimeyer R.A. (2010) *Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence*. University of York: Centre of Reviews and Dissemination, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE).
- Currow D.C., Allen K., Plummer J., Aoun S., Hegarty M., Abernethy A.P. (2008) Bereavement help-seeking following an 'expected' death: a cross-sectional randomised face-to-face population survey. *BMC Palliative Care*, 7:19.
- De Saint-Exupéry Antoine (1949) *Il piccolo principe*. Milano: Bompiani.
- Diamond H., Llewelyn S., Relf M., Bruce C. (2012) HELPFUL ASPECTS OF BEREAVEMENT SUPPORT FOR ADULTS FOLLOWING AN EXPECTED DEATH: VOLUNTEERS' AND BEREAVED PEOPLE'S PERSPECTIVES. *Death Studies*, 36(6): 541-564.
- Dumont I., Dumont S., Mongeau S. (2008) End-of-Life Care and the Grieving Process: Family Caregivers Who Have Experienced the Loss of a Terminal-Phase Cancer Patient. *Qualitative Health Research*, 18(8): 1049-1061.
- Eastman P., Le B., Pharaoh A. (2012) The establishment and initial outcomes of a palliative care bereavement service. *Palliative Medicine*, 26(7): 961-962.
- Eurocarers: European Association for Working Carers (2008) Eurocarers factsheet "Family Care in Europe: the contribution of carers to long term care, especially for older people". Citato in Payne S. (2010) Following bereavement, poor health is more likely in carers who perceived that their support from health services was insufficient or whose family member did not die in the carer's preferred place of death. *Evidence-Based Nursing*, 13(3): 94-95.
- Figley C.R., Bride B.E., Mazza N. (1997) Death and Trauma: The Traumatology of Grieving. Citato in Wagner B., Maercker A. (2008) An Internet-based Cognitive-Behavioral Preventive Intervention for Complicated Grief: A Pilot Study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(3B): B47-B53.
- Fujisawa D., Miyashita M., Nakajima S., Ito M., Kato M., Kim Y. (2010) Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127: 352-358.
- Gibson J., Gallagher M., Tracey A. (2011) Workplace support for traumatically bereaved people. *Bereavement Care* 30(2): 10-6. Citato in Brownhill S., Chang E., Bidewell J., Johnson A. (2013) A decision model for community nurses providing bereavement care. *British Journal of Community Nursing*, 18 (3): 133-139.
- Greer S. (2010) Bereavement care: some clinical observations. *Psycho-Oncology*, 19: 1156-1160.
- Guldin M.B., Vedsted P., Jensen A.B., Olesen F., Zachariae R. (2013) Bereavement care in general practice: a cluster-randomized clinical trial. *Family Practice* 30(2): 134-141.
- Guldin M.B., Vedsted P., Zachariae R., Olesen F., Jensen A.B. (2012) Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Support Care Cancer*, 20(8): 1679-1685.
- Herdman T.H. (2012) NANDA International Diagnosi Infermieristiche: Definizione e Classificazione, 2012-2014. Milano: CEA.
- Ho C., Wallace C., Tin A.F. (2012) BEYOND KNOWLEDGE AND SKILLS: SELF-COMPETENCE IN WORKING WITH DEATH, DYING, AND BEREAVEMENT. *Death Studies*, 36 (10): 899-913.
- Holmes T., Rahe R. (1967) The Social Readjustment Rating Scale: a cross-cultural study of Japanese and Americans. *Journal of Psychosomatic Research* 11(2): 213-218. Citato in Nagraj S., Barclay S. (2011) Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. *British Journal of General Practice*, 61(582): e42-e48.
- Holtslander L.F., Duggleby W. (2008) An inner struggle for hope: insights from the diaries of bereaved family caregivers. *International Journal of Palliative Nursing*, 14 (10): 478-484.
- Holtslander L.F. (2008) Caring for Bereaved Family Caregivers: Analyzing the Context of Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3): 501-506.
- Holtslander L.F., McMillan S.C. (2011) Depressive Symptoms, Grief, and Complicated Grief Among Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer Three Months Into Bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38(1): 60-65.
- Hudson P., Remedios C., Zordan R., Thomas K., Clifton D. (2012) Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients. *false Journal of Palliative Medicine*, 15(6): 696-702.
- Federazione Nazionale Ipasvi (2009) *Codice Deontologico dell'Infermiere*.
- Jacobs S., Mazure C., Prigerson H. (2000) Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies* 24: 185-199. Citato in Kersting A., Brähler E., Glaesmer H., Wagner B. (2011) Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131: 339-343.
- Johnson J.G., First M.B., Block S., Vanderwerker L.C., Zivin K., Zhang B., Prigerson H.G. (2009) STIGMATIZATION AND RECEPTIVITY TO MENTAL HEALTH SERVICES AMONG RECENTLY BEREAVED ADULTS. *Death Studies*, 33(8): 691-711.
- Kang J., Shin D.W., Choi J.E., Sanjo M., Yoon S.J., Kim H.K., Oh M.S., Kwon H.S., Choi H.Y., Yoon W.H. (2013) Factors associated with positive consequences of serving as a family caregiver for a terminal cancer patient. *Psycho-Oncology*, 22(3): 564-571.
- Kaunonen M., Tarkka M., Laippala P., Paunonen I.M. (2000) The impact of supportive telephone call intervention on grief after the death of a family member. *Cancer Nursing*, 23(6): 483-491. Citato in Thirsk L.M., Moules N.J. (2012) Consideration for grief interventions: eras of witnessing with families. *Omega*, 65(2): 107-124.
- Kersting A., Brähler E., Glaesmer H., Wagner B. (2011) Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131: 339-343.
- Kristjanson L.J., Cousins K., Smith J., Lewin G. (2005) Evaluation of the Bereavement Risk Index (BRI): a community hospice care protocol. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(12): 610, 612-618.
- Love A.W. (2007) Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*, 27(1): 73-83.
- Machin L. (2009) *Working with loss and grief: A new model for practitioners*. London, UK: Sage. Citato in Agnew A., Manktelow R., Haynes T., Jones L. (2011) Bereavement Assessment Practice in Hospice Settings: Challenges for Palliative Care Social Workers. *British Journal of Social Work*, 41(1): 111-130.
- Mather M.A., Good P.D., Cavenagh J.D., Ravenscroft P.J. (2008) Survey of bereavement support provided by Australian palliative care services. *Medical Journal of Australia*, 188(4): 228-230.
- Medical Service Commission, Family Practice Oncology Network, ECRI Institute (2013) *Guideline Summary: Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 3: grief and bereavement*. Victoria (B.C.): British Columbia Medical Services Commission.
- Medical Services Commission: Guidelines & Protocols Advisory Committee (2011) *Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 3: Grief and Bereavement*. Victoria (B.C.): British Columbia Medical Services Commission.
- Metzger P.L., Gray M.J. (2008) END-OF-LIFE COMMUNICATION AND ADJUSTMENT: PRE-LOSS COMMUNICATION AS A PREDICTOR OF BEREAVEMENT-RELATED OUTCOMES. *Death Studies*, 32 (4): 301-325.
- Mondia S., Hichenberg S., Kerr E., Eisenberg M., Kissane D.W. (2012) The Impact of Asian American Value Systems on Palliative Care: Illustrative Cases From the Family-Focused Grief Therapy trial. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 29(6): 443-448.
- Mula C. (2011) *Supporting family and friends as death approaches and afterwards*. In: Ellershaw J., Wilkinson S., eds. *Care of the Dying. A Pathway to Excellence*. (2nd ed.) Oxford: Oxford University. Citato in Brownhill S., Chang E., Bidewell J., Johnson A. (2013) A decision model for community nurses providing bereavement care. *British Journal of Community Nursing*, 18 (3): 133-139.
- Nagraj S., Barclay S. (2011) Bereavement care in primary care: a systematic literature review and narrative synthesis. *British Journal of General Practice*, 61(582): e42-e48.
- National Cancer Institute at the National Institutes of Health (2011) *Grief, Bereavement and Coping With Loss (PDQ®)*. Bethesda (Maryland, USA).
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004) *Guidance on Cancer Services Improving supportive and palliative Care for Adult with Cancer*. London: NICE. Citato in Agnew A., Manktelow R., Haynes T., Jones L. (2011) Bereavement Assessment Practice in Hospice Settings: Challenges for Palliative Care Social Workers. *British Journal of Social Work*, 41(1): 111-130.
- Neimeyer R.A. (2011) Reconstructing meaning in bereavement. *Rivista di Psichiatria*, 45(5-6): 332-336.
- Newson R.S., Boelen P.A., Hek K., Hofman A., Tiemeier H. (2011) The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132: 231-238.
- Payne S. (2010) Following bereavement, poor health is more likely in carers who perceived that their support from health services was insufficient or whose family member did not die in the carer's preferred place of death. *Evidence-Based Nursing*, 13(3): 94-95.
- Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S.C. (2009) Prolonged Grief Disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine* 6(8): e100-121. Citato in Greer S. (2010) Bereavement care: some clinical observations. *Psycho-Oncology*, 19: 1156-1160.
- Roberts A., McGilloway S. (2008) The nature and use of bereavement support services in a hospice setting. *Palliative Medicine*, 22(5): 612-625.
- Schut H., Stroebe M.S., van den Bout J., Terheggen M. (2001) The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care: 705-737*. Citato in Wagner B., Maercker A. (2008) An Internet-based Cognitive-Behavioral Preventive Intervention for Complicated Grief: A Pilot Study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(3B): B47-B53.
- Shah S.N., Meeks S. (2012) Late-life bereavement and complicated grief: A proposed comprehensive framework. *Aging & Mental Health*, 16(1): 39-56.
- Shear K.M., Jackson C.T., Essock S.M., Dohahue S.A., Felton C.J. (2006) Screening for Complicated Grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services* 57: 1291-1297. Citato in Fujisawa D., Miyashita M., Nakajima S., Ito M., Kato M., Kim Y. (2010) Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127: 352-358.
- Sironi C. (2012) Introduzione alla ricerca infermieristica. I fondamenti teorici e gli elementi di base per comprenderla nella realtà italiana. Milano: CEA.
- Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H. (2010) *Brunner-Suddarth Infermieristica Medico Chirurgica*. 4ª ed. Milano: CEA.
- Stajduhar K.I., Martin W., Cairns M. (2010) What makes grief difficult? Perspectives from bereaved family caregivers and healthcare providers of advanced cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 8(3): 277-289.
- Stroebe W., Stroebe M.S., Domitner G. (1988) Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk Group identified. *Journal of Social Issues* 44(3): 143-158. Citato in Wagner B., Maercker A. (2008) An Internet-based Cognitive-Behavioral Preventive Intervention for Complicated Grief: A Pilot Study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(3B): B47-B53.
- Thirsk L.M., Moules N.J. (2012) Consideration for grief interventions: eras of witnessing with families. *Omega*, 65(2): 107-124.
- Vale-Taylor P. (2009) "We will remember them": a mixed-method study to explore which post-funeral remembrance activities are most significant and important to bereaved people living with loss, and why those particular activities are chosen. *Palliative Medicine*, 23(6):537-544.
- Wagner B., Maercker A. (2008) An Internet-based Cognitive-Behavioral Preventive Intervention for Complicated Grief: A Pilot Study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(3B): B47-B53.
- Wenzel J., Shaha M., Klimmek R., Krumm S. (2011) Working Through Grief and Loss: Oncology Nurses' Perspective on Professional Bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38(4): E272-282.
- Wittouck C., Van Autreve S., De Jaegere E., Portzky G., van Heeringen K. (2011) The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1): 69-78.
- World Health Organization (2008) Definition of Palliative Care [on line]. Geneva: WHO. Disponibile da <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> [consultato l'1 agosto 2013]
- Wright A.A., Zhang B., Ray A., Mack J.W., Trice E., Balboni T., Mitchell S.L., Jackson V.A., Block S.D., Maciejewski P.K., Prigerson H.G. (2008) Associations Between End-of-Life Discussions, Patient Mental Health, Medical Care Near Death, and Caregiver Bereavement Adjustment. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 300(14): 1665-1673.



AIUTARSI PER AIUTARE

Il dovere di aiutare se stessi nel senso più alto implica l'aiutare i nostri vicini "Samuel Smiles"

di Dott.ssa Lorena Peotta* e Dott. Emanuele Tinto**

Questo corso è nato da un'esigenza di un'infermiera, che voleva imparare a gestire le situazioni più emotivamente "pesanti" nel modo più utile ai propri pazienti.

Ma come si è visto dalla partecipazione al corso e dalle richieste di ulteriori edizioni in province diverse Bergamo, Varese, Sondrio, l'esigenza iniziale di una singola persona rispecchia l'esigenza di molti altri infermieri che quotidianamente si occupano degli altri, ma che spesso non si occupano di loro stessi, vuoi per la fretta, per abitudine, per cultura o altro.

Noi docenti abbiamo assistito a dibattiti, a testimonianze e a condivisioni di esperienze e conoscenze nate da anni di professionalità spesa sul campo e animata da passione e amore per questo lavoro.

Di seguito vengono espone alcune delle idee che sono emerse durante le diverse edizioni di questo corso con particolare riferimento a quella di Sondrio del 12 settembre 2014, per dare omaggio al lavoro fatto e perché questo contributo possa essere di interesse anche per altri.

Il corso è strutturato in modo tale da favorire la condivisione e il confronto dei punti di vista dei partecipanti, attraverso esercizi, interventi e workshop. Ogni edizione è a se stante, in quanto cambiando il pubblico di volta in volta, cambiano anche gli interventi, gli interessi e le tematiche toccate.

Il presidente, il dott. Tonino Trinca Colonel, ha introdotto il corso con varie informazioni e richieste per i soci, ma da quel discorso è emerso chiaramente quanto sia importante che l'infermiere per primo riconosca, viva e coltivi la propria professionalità in qualsiasi quotidianità lavorativa si trovi a operare.

Questo è anche il fulcro e il motore del corso stesso: riconoscere, difendere e operare con la professionalità peculiare dell'infermiere, che è un ponte tra utente e medico, tra salute e malattia, tra ignoranza e conoscenza. È la persona che interagisce direttamente con il malato e i famigliari, è colui che educa ad uno stile di vita sano e ad un comportamento che promuova la salute.

La metodologia usata nel corso riconosce gli infermieri come i veri esperti della loro situazione e i depositari di esperienze e conoscenze preziose e utili per i propri colleghi. Per questo sono stati divisi in gruppetti, per conoscersi, trovarsi e consultarsi, in modo da avere l'opinione di tutti in un'assemblea di circa sessanta persone. Alcuni si conoscevano altri no, questo ha permesso di creare dei nuovi contatti nel territorio, anche al di fuori del corso stesso. Sono importanti questi momenti, perché permettono di creare una rete di professionisti che si possono trovare, consigliare e sostenere durante l'attività lavorativa.

Per tali motivi possiamo dire che il corso l'hanno costruito loro e di volta in volta è cambiato in base ai partecipanti, i veri protagonisti del corso. Con quest'ottica si è cercato di dare degli strumenti utili affinché ogni infermiere possa sviluppare e coltivare

la propria professionalità come gli è più peculiare.

Si è partiti da una definizione di malattia data dalla loro esperienza, ne riportiamo solo due:

La malattia è una limitazione dell'autonomia (a 360°) al di sotto dei livelli attesi, che pregiudica le proprie personali attività di vita quotidiana. È la rottura di un equilibrio bio-fisico-relazionale che comporta malessere e disagio con ripercussioni sull'ambiente familiare e sociale.

In queste definizioni emergono i vari elementi del sistema personale, familiare e sociale che interagiscono tra di loro e che la malattia va a toccare. L'infermiere si trova coinvolto in questo insieme di sistemi, che variano da paziente a paziente, da modalità di intervento e dal tipo di patologia.

Visto che è difficile tenere sotto controllo l'ambiente esterno e che questi sistemi hanno le loro leggi che sono differenti tra loro, all'infermiere non resta altro che poter agire su di sé e seguire la prima regola del pompiere: salva te stesso.

Nel momento in cui l'infermiere riesce a mettersi in salvo, ossia ad essere nelle condizioni migliori per poter operare, sarà più facile per lui fare bene il proprio lavoro ed evitare situazioni di stress.

Alcuni aspetti sui quali l'infermiere può lavorare sono il linguaggio, la respirazione e le emozioni nella relazione tra infermiere, collega, paziente e parente.

Nella relazione con il paziente e il parente il linguaggio è uno strumento fondamentale per trasmettere non solo informazioni, ma anche emozioni, definire le distanze e creare un rapporto di fiducia. L'infermiere innanzitutto deve essere consapevole del linguaggio che usa, che effetto sortisce sull'interlocutore e delle parole migliori da usare. In questa sede si sono dati degli strumenti di counselling sistemico per migliorare il proprio approccio all'altro.

Con un bambino spesso è utile fare delle correlazioni con il suo quotidiano, se si vuole spiegare una cosa, per esempio per rassicurare un bambino terrorizzato dalle punture paragonare il fastidio che sentirà con una "zanzarina" è comprensibile per lui e facile per l'infermiere.

Per quanto riguarda le emozioni, l'infermiere trova difficoltà nel gestire l'aggressività del paziente e spesso del parente. L'interpretazione dell'emozione risulta determinante per poterla gestire e si è visto che dietro all'aggressività c'è la paura

di quello che potrà accadere, l'ansia per il parente ammalato, la delusione delle esperienze passate. Quello che è importante capire, è che la causa non è l'infermiere in sé, ma il significato, le esperienze passate e le preoccupazioni che la persona ha. Spesso ci si arrabbia con la persona sbagliata nel momento sbagliato. Se l'infermiere si prende in carico tutta l'aggressività e si considera la causa di questa reazione, non fa che peggiorare la situazione. Invece se comprende che la causa è altro da lui, può cercare di capire qual'è e trovare un modo per rassicurare l'altro riguardo a quello che gli compete e contenere così l'emozione.

La respirazione consapevole è un ulteriore strumento molto utile per mantenere la giusta distanza che permette di operare obiettivamente, per centrarsi e ristabilire il contatto con la parte più profonda di sé nei momenti di forte coinvolgimento emotivo, per recuperare l'energia nei momenti di intenso lavoro. La respirazione è uno strumento di comunicazione universale utilizzato e compreso da tutti,

senza limiti di età, razza e maturità. Infatti come si trasmettono l'ansia e la rabbia, si possono trasmettere anche la tranquillità e la sicurezza. E questo è possibile attraverso la respirazione, soprattutto quando le parole non servono o non c'è tempo per usarle, perché il vero dolore è silenzio e lì esiste solo il respiro. Da ciò si evidenzia come i ruoli che l'infermiere assume all'interno della relazione di aiuto sono svariati. In alcuni casi l'infermiere fa da mediatore tra paziente e parente, come quando un'ospite anziana ricoverata in una casa di riposo si lamenta che la nipote non viene mai a trovarla perché non ha tempo. L'infermiere in questo caso ha cercato di vedere con la nipote se ci sono amici che la signora conosce che possono venirla trovare insieme a lei qualche volta. Il tutto fatto di fronte all'ospite dimostra che due persone ascoltano il suo bisogno e che cercano di trovare una soluzione. Il semplice occuparsi di lei la tranquillizza.

Altre volte il ruolo dell'infermiere è quello di stemperare i giochi relazionali che intercorrono tra paziente e parente. Come nel caso in cui l'ansia della figlia di una paziente appena ricoverata si riversa sull'infermiere tempestandola di domande a livello tecnico. All'inizio l'infermiere cerca di intrattenere l'invasione della figlia, poi appena ne ha il tempo sposta l'attenzione sulla paziente e sulle sue domande. Ecco la paziente si sente finalmente ascoltata e considerata protagonista della situazione, contemporaneamente la figlia si calma perché sente che la responsabilità non è completamente tutta sulle sue spalle.

Altre volte l'infermiere ha un ruolo di osservatore privilegiato, in quanto può notare come il paziente di rela-

zione in modo diverso rispetto agli interlocutori che sono presenti. Per esempio il caso di quella donna che soffre di dolori cronici, che cambiano e aumentano alla presenza o meno del figlio.

Altre volte l'infermiere è un ottimo ascoltatore, raccoglie le lamentele, le delusioni e paure che il paziente ha vissuto prima di venire nella sua struttura. Come il caso di quel marito che molto aggressivo e diffidente, dopo un ascolto attivo dell'infermiere esprime la sua frustrazione riguardo al lungo iter che ha portato sua moglie a quella struttura. L'infermiere risulta essere un interlocutore attento al quale il marito riesce a confidare la sua rabbia e impotenza di fronte alla malattia della moglie.

Anche i malati sono gli esperti della loro situazione e sono i veri docenti degli infermieri e alla domanda rivolta agli infermieri "cos'hai imparato di bello dai tuoi pazienti?" riportiamo solo una testimonianza che può essere d'esempio.

Stavo facendo un prelievo ad un bambino malato terminale di sei anni, che aveva affrontato da poco un trapianto di midollo, purtroppo dopo la prima provetta la vena si è rotta ed io ho cominciato ad agitarmi. Lui molto tranquillamente, indicandomi l'altro braccino, mi ha detto:

"stai tranquilla, facciamo volare la farfallina da questa parte, forse qui c'è più succo!" e mi ha sorriso.

È lui che mi ha fatto sorridere e sono questi piccoli momenti che mi danno la carica e la forza di continuare ad esercitare questa professione. (un'infermiere)

* Psicologa e libero professionista e-mail: lorenapeotta@gmail.com

** Psicologo del lavoro, libero professionista www.emaneletinto.it



Addio Mossul

di Majed Aziza

Lettera d'addio dello scrittore iracheno cristiano Majed Aziza alla sua città, Mossul, dopo la decisione degli islamisti dell'ISIS di espellere tutti i cristiani

Espluiamo la nostra città Mossul, umiliati dai detentori del nuovo islam. La lasciamo per la prima volta nella storia. E, partendo, ringraziamo i nostri vicini, vicini che pensavamo ci avrebbero protetto come lo facevano un tempo e che si sarebbero ribellati contro la furia di questi criminali del XXI° secolo dicendo loro che noi siamo gli autentici figli di questa città e che ne siamo i fondatori. Ci facciamo coraggio dicendoci che possiamo contare su di loro, fratelli valorosi che mostreranno di che pasta sono fatti (lett. "di che legno si scaldano"). Ma ci hanno abbandonato, lasciandoci trascinare fuori dalla città, verso l'ignoto. Hanno chiuso gli occhi, mentre lasciavamo dietro di

noi la nostra storia, le tombe dei nostri antenati, le nostre case, il nostro patrimonio e tutto ciò che è caro al nostro cuore. Ci hanno abbandonato, mentre dicevamo addio ai nostri quartieri, alla moschea di Giona (che conteneva anche la tomba di questo profeta e che, per questo motivo, è stata distrutta dagli jihadisti dello stato islamico in Iraq e nel Levante (ISIS)). Addio anche all'arcivescovado, alla chiesa di Maskinta e a quella d'Ain Kibrit... Addio a tutti voi! Non ci saremo più per le vostre feste e cerimonie, matrimoni e funerali. La fine dei millenni passati insieme. Addio ai nostri parenti seppelliti a Mossul. Li lasciamo, cacciati dalla nostra città. Ci perdonino se non possiamo andare sulle loro tombe in occasione delle feste religiose. Addio ai resti mortali di mio nonno Elias, del mio zio paterno - padre Mikhail -, ai miei zii materni Ibrahim et Mikhail Haddad che mi hanno trasmesso la passione del giornalismo, addio al mio zio

paterno Estefan Aziza, il primo martire della famiglia, addio al convento di San Giorgio, addio ai ponti della mia città, alle sue mura e ai suoi terreni di gioco, alla sua università e al suo centro culturale. Perdonateci, vecchi amici, fratelli e nobili figli della nostra città. Perdonate le nostre mancanze. Se possiamo aver mancato ai nostri doveri nei vostri confronti ciò non toglie che abbiamo vissuto insieme centinaia, anzi migliaia di anni, costruendo Mossul con il sudore della nostra fronte.

E oggi, ci guardate da lontano, mentre siamo scacciati, umiliati agli occhi di tutti. Gli assassini del Daech (acronimo arabo di ISIS) ci hanno cacciato dalle nostre case e dalle nostre città. Addio a tutti voi. E grazie. Lasciamo, sotto costrizione, una terra che abbiamo nutrito con il nostro sangue.

fonte: *Cultura Cattolica.it* (su segnalazione dell'amico Zenoni)
traduzione di Don Pierre Laurent Cabantous

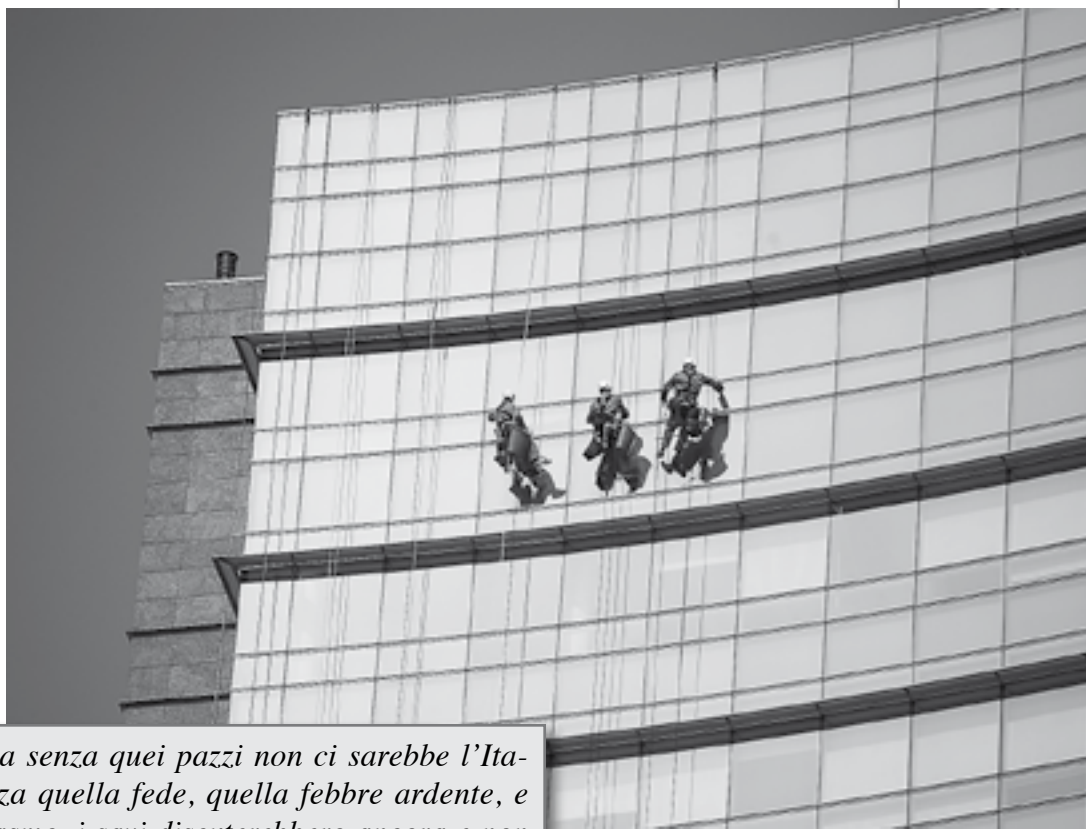
UNITÀ DI DEGENZA A GESTIONE INFERMIERISTICA, Rocco (Ipasvi Roma): "Il miglioramento dei servizi prima di tutto"

03/10/2014 - Reazione immediata all'attacco dei sindacati medici del Lazio contro l'attivazione della nuova Unità di Degenza a Gestione Infermieristica all'ospedale Pertini di Roma di Gennaro Rocco: "Il miglioramento dei servizi non può essere barattato con la volontà di qualcuno di conservare rendite di posizione che oggi sono fuori dal tempo e dalla logica".

Reazione immediata del Collegio Ipasvi di Roma alla nota Anaao Assomed del Lazio che critica fortemente l'attivazione delle nuove Unità di Degenza a Gestione Infermieristica, con particolare riferimento a quella inaugurata nei giorni scorsi all'ospedale Pertini di Roma dalla Asl RMB, che segue l'esordio di Unità simili al Policlinico Umberto I, all'ospedale Nuovo Regina Margherita, alla Asl di Latina e a quella di Palombara Sabina e della Asl di Rieti.

"Il miglioramento dei servizi non può essere barattato con la volontà di qualcuno di conservare rendite di posizione che oggi sono fuori dal tempo e dalla logica - reagisce il

presidente del Collegio Ipasvi di Roma e del Coordinamento Lazio, Gennaro Rocco - Non accettiamo che questi nuovi servizi siano demonizzati e che gli infermieri, protagonisti volenterosi di una nuova stagione dell'assistenza, vengano mortificati per alimentare posizioni corporative che hanno prodotto buona parte delle attuali criticità. Chiediamo a tutti gli attori della sanità, e in primis ai medici - afferma - di collaborare attivamente per ammodernare il nostro sistema e renderlo più efficiente senza cedere a



Pazzi! Sì, ma senza quei pazzi non ci sarebbe l'Italia ora; senza quella fede, quella febbre ardente, e quell'entusiasmo, i savi discuterebbero ancora e non avrebbero fatto nulla. Ci volevano i pazzi ed i savi, come in tutte le cose grandi ci vuole l'ardire ed il senno: ma al cominciare ci vogliono sempre i pazzi...

Luigi Settembrini, Rimembranze

tentazioni protezionistiche senza senso e senza futuro".

E Rocco aggiunge che si tratta di un passaggio fondamentale per organizzare il sistema delle cure in modo più efficiente e vantaggioso per la cittadinanza assistita, come dimostrano le esperienze positive maturate in altre Regioni italiane.

"Il nuovo modello - spiega - che va prendendo corpo anche nel Lazio assicura maggiore efficacia delle prestazioni, migliore qualità dell'as-

sistenza, risultati clinici più appropriati secondo i principi della continuità e dell'umanizzazione delle cure, dell'integrazione professionale e dell'ottimizzazione dell'impiego delle risorse. Una trasformazione di cui la Regione Lazio e le aziende Sanitarie e ospedaliere sembrano finalmente aver colto l'importanza per puntare con decisione sul miglioramento dell'assistenza ai cittadini e sulle abilità specifiche dei professionisti competenti. Perciò le resistenze al cambiamento opposte da alcune sigle sindacali mediche hanno un sapore amaro per tutti gli operatori sanitari volenterosi e per i cittadini che confidano in un'assistenza adeguata alle loro specifiche esigenze".

La mia esperienza in collegio

di Elena Valli*

Ricordo molto bene il giorno in cui mi è stato proposto di entrare in collegio... Una telefonata inaspettata... la proposta... la risposta: "mi piacerebbe, sono lusingata che voi abbiate pensato a me, ma davvero non riesco... non ho tempo e non lo dico per dare la solita risposta, ma sto vivendo un momento difficile e particolare, so che non avrei energie da spendere..."

Ma l'interlocutore dall'altra parte non molla... e alla fine mi convince...

Forse la voglia di provare questa esperienza dentro di me c'era già. In effetti da tempo ci pensavo, avevo iniziato a partecipare alle assemblee generali e guardando i membri del CD mi chiedevo quale ruolo avessero, cosa facevano e come si spendevano per il collegio e per la professione e pensavo: "Di sicuro non mi piacerebbe fare il tesoriere, che palle fare i conti, far quadrare i bilanci e poi dover anche fare la relazione davanti a tutti...", ma poi mi guardavo in giro e dicevo "TUTTI, non c'è molta gente presente... dove sono tutti?"

Tornavo a casa soddisfatta di aver dato il mio contributo, anche se in realtà non avevo fatto molto!

Ma tornavo anche rammaricata del fatto che non ci fosse molta partecipazione... nella nostra professione non c'è aggregazione, ed io comunque in tutti questi anni ero la prima a non aver fatto molto. Ora mi si presentava l'opportunità di fare e di provare un'esperienza nuova, ma ne sarei stata all'altezza? Mha.

"Vabbè" dico: "se proprio avete bisogno di un candidato per fare numero ok", convinta che tanto nessuno o meglio in pochi mi avrebbero votata.

E invece - la quarta in lista! Risultato inaspettato! Rimango un po' sbigottita. Ringrazio tutti quelli che mi hanno votata, ma sarò all'altezza del ruolo?

Ed ecco che mi presento un po' emozionata e un po' disorientata al primo CD, cerco di capire come funzionano le cose - vengono distribuite le cariche e me ne esco con la carica di tesoriere, sì, proprio quel ruolo tanto antipatico che a menon andava giù...

Il primo mandato sta già terminando - cosa dire?

Ho fatto un'esperienza nuova che mi ha portato a conoscere colleghi nuovi e con i quali c'è stata un'ottima collaborazione, mi ha portato a capire quale impegno ci sia da parte di queste persone e di sicuro anche come vengono utilizzati i soldi dell'iscrizione...

Abbiamo puntato molto sull'aggiornamento ben contenti di averlo fatto, anche se in questo modo penso di essere stato il primo tesoriere della storia del collegio di Sondrio al quale è toccato presentare i bilanci davanti ad una platea numerosa. Non so se sono davvero stata all'altezza del mio ruolo, di sicuro mi sono impegnata e ho cercato di dare quello che potevo facendo conciliare comunque l'impegno con il lavoro e la mia vita privata particolarmente impegnativa in questi ultimi tre anni.

Ringrazio tutti i membri del CD che in questo mandato mi hanno supportata e a volte anche sopportata, ma in particolar modo voglio ringraziare la mia validissima collaboratrice, l'impiegata Danila, persona attenta ai minimi dettagli e ad ogni scadenza, con la quale tra un preventivo e l'altro, entrate e uscite si è creato un rapporto di stima e fiducia e senza la quale non avrei potuto fare il tesoriere.

* Infermiera U.O. Pediatria Sondrio Tesoriera Collegio IPASVI

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

"S e per un istante Dio dimenticasse che sono una marionetta di stoffa e mi regalasse un pezzo di vita, probabilmente non direi tutto quello che penso, ma sicuramente penserei molto a quello che dico. Darei valore alle cose, non per quello che valgono, ma per quello che significano.

Dormirei poco, sognerei di più; capisco che per ogni minuto che chiudiamo gli occhi, perdiamo sessanta secondi di luce. Mi attiverai quando gli altri si fermano, e mi sveglierei quando gli altri si addormentano.

Ascolterei quando gli altri parlano e mi godrei un buon gelato di cioccolata.

Se Dio mi regalasse un pezzo di vita, vestirei in maniera semplice, mi sdraierei beato al sole, lasciando allo scoperto non solo il mio corpo ma anche la mia anima.

Dio mio, se io avessi un cuore, scriverei il mio odio sul ghiaccio e aspetterei l'uscita del sole. Dipingerei sulle stelle un sogno di Van Gogh, una poesia di Benedetti, e una canzone di Serrat; sarebbe la serenata che offrirei alla luna.

Annaffierei con le mie lacrime le rose, per sentire il dolore delle loro spine e l'incarnato bacio dei loro petali...

Dio mio, se avessi un pezzo di vita... non lascerei passare un solo giorno senza ricordare alla gente che le voglio bene, che l'amo. Convincerei ogni donna e ogni uomo che sono i miei preferiti e vivrei innamorato dell'amore. Agli uomini dimostrerei quanto sbagliano nel pensare che si smette di innamorarsi quando si invecchia, senza sapere che si invecchia quando si smette di innamorarsi. Ad un bambino darei delle ali, ma lascerei che impari a volare da solo. Ai vecchi insegnerei che la morte non arriva con la vecchiaia ma con la dimenticanza.

Tante cose ho imparato da voi, uomini...

Ho imparato che tutto il mondo vuole vivere in cima alla montagna, senza sapere che la vera felicità è nella maniera di salire la scarpata.

Ho imparato che quando un neonato prende col suo piccolo pugno, per la prima volta, il dito di suo padre, l'ha afferrato per sempre.

Ho imparato che un uomo ha il diritto di guardare un altro uomo dall'alto, soltanto quando deve aiutarlo ad alzarsi. Sono tante le cose che ho potuto imparare da voi, anche se più di tanto non mi serviranno, perché quando leggerete questa lettera purtroppo starò morendo.

Avviso per le vigilatrici d'infanzia/infermiere pediatriche

Care Colleghe,

a seguito della nota inviata dalla Federazione nazionale dei Collegi IPASVI, il Consiglio Direttivo di Sondrio è lieto di incontrarvi all'assemblea elettorale del 22 novembre 2014 per un confronto circa l'orientamento futuro dell'Infermiere pediatrico.

Nella stessa sede avrete modo di esprimere la vostra opinione che verrà inviata nella sede della Federazione nazionale dal Collegio di Sondrio.

L'IPASVI c'è... l'esperienza di una giornata

Parafrasando una nota pubblicità... "Altissima, partecipatissima, disponibilissimi"!!!

di Spicca Paola*



Anche questo anno, da ben 17 anni consecutivi, a luglio si svolge la gara ciclistica, "S'Antonio Valfurva-Passo Gavia", una classica delle nostre valli che impazienti aspettano gli appassionati della bicicletta. E' il terzo anno che si avvalorata della partecipazione dell'AIDO, dell'IPASVI e dell'ANED

È una gara sia agonistica che ciclo-amatoriale aperta a tutti, (purché si abbia una minima preparazione tecnica), una sfida che ogni partecipante con caparbietà, con sforzo, sofferenza, rabbia, delusione, porta a compimento perché doveraggiungere la cima, deve arrivare al traguardo dove scoppierà la felicità per la vetta conquistata. I ciclisti, validi sportivi, mettono a dura propria il proprio organismo, come tutti noi sono delle persone e chi meglio di loro ha lo stato d'animo per comprendere che chiunque può andare incontro ad una sfida grandissima che impone il mantenimento dello stato di benessere personale, di un congiunto o di un estraneo.

Per sensibilizzare, spiegare e condividere l'importanza della donazione d'organo; attraverso una manifestazione di volontà, una firma, l'AIDO chiede di appoggiare e aiutare nel disagio a superare l'angoscia e la paura. Chi non ha mai provato queste emozioni nella quotidianità...

In una giornata un po' coperta con la neve ancora sui pendii, con un paesaggio alpino senza auto e moto, solo con il proprio fiato e incitazioni fra partecipanti, altrimenti il silenzio, ha trovato spazio un gruppo di infermieri, in rappresentanza dell'IPASVI, che hanno dimostrato tutta la loro disponibilità, sia sulla salita al riforinimento, sia all'arrivo per controllare che tutto fosse andato per il verso giusto, supportati dalla Dr Dissette, anestesista e coordinatore locale del NITP, e ambulanza con i volontari e servizio medico. Inoltre è stata approntata una postazione, IPASVI e

AIDO, nella piazza centrale di Santa Caterina Valfurva, con monitor per rilevare la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la saturimetria nonché stick glicemici e relativi glucometri. Tutti coloro che, atleti e non, volevano controllare il loro stato di salute dopo una prestazione sotto sforzo o per curiosità, più dettagliatamente per essere informati circa la donazione d'organo, si sono avvicinati, gli infermieri hanno rilevato parametri, dato indicazioni, soddisfatto curiosità e dimostrato come si riesce ad essere socievoli e professionisti durante e dopo la manifestazione, pur non essendo il proprio ambito lavorativo. Complessivamente una bella manifestazione (alla quale invitiamo tutti a partecipare numerosi per l'anno venturo), terminata a Santa Caterina Valfurva, con premiazioni, fotografie, simpatia, e pasta party supportata da numerosi volontari.

ALLA PROSSIMA!

* Infermiera terapia Intensiva Sondalo

DOMENICA 6 LUGLIO 2014
Cicloraduno (aperto a tutti)
Gara ciclistica agonistica (riservata ai tesserati)
27° Trofeo Polisportiva Valfurva

aido
pedala... col cuore

S. Antonio V. - Passo Gavia
(m. 1338 slm) - (m. 2621 slm)
17° Memorial Emilio Salvadori

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

ISCRIZIONI:
Le iscrizioni sono aperte dal 1 maggio 2014 fino al 4 luglio 2014, le iscrizioni sul posto sono possibili sabato 5 e domenica 6 luglio (fino alle ore 8.30 del mattino).
• dal 1 maggio al 25 giugno quota partecipazione euro 18,00
• dal 26 giugno al 4 luglio quota partecipazione euro 25,00
• nei giorni 5 e 6 luglio in loco quota partecipazione euro 25,00
E' consigliata la preiscrizione.

tecipanti di tenere una velocità moderata e di rispettare il codice della strada

E' necessario compilare il modulo on-line oppure il modulo cartaceo (da inviare via fax 0342/901482) presenti sul sito: www.usbormiese.com. All'atto del ritiro del pettorale è obbligatorio dimostrare l'avvenuta iscrizione e pagamento della gara.

informazioni: U.S. Bormiese - tel. e fax 0342.901482 - www.usbormiese.com
Consorzio Tourisport S. Caterina Valfurva - tel. 0342.935544

GRAZIE SIGNOR VALLI

di Ercole Piani



Ho avuto il piacere di conoscere il Signor Valli, titolare della tipografia POLARS dove da anni realizziamo Parliamone, sempre puntuale e attento alle nostre esigenze e dispensatore di preziosi consigli; l'ho sempre visto attento e presente nella sua ditta. Ho intuito quanto fosse profondo in tutte le sue azioni; mancherà ma sono certo che il suo insegnamento lascerà nella sua tipografia la proverbiale efficienza che ha sempre caratterizzato il suo impegno. Mi spiace di non essere potuto essere presente alle sue esequie perché lontano dalla valle, ma porterò con me il ricordo di un prezioso incontro.

Parliamone

Copyright by Collegio IPAS.VI. - Sondrio

Publicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IPAS.VI. Viene inviato in abbonamento - si prega pertanto di comunicare tempestivamente il cambio di indirizzo al Collegio IPAS.VI. - via Aldo Moro, 32 23100 Sondrio E-mail: info@ipasviso.org

PRESIDENTE: Tonino Trinca Colonel
VICE PRESIDENTE: Marisa Ambrosini
SEGRETARIO: Gisella Tridella
TESORIERE: Elena Valli

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

REVISORI DEI CONTI:
Presidente Giancarlo Bottà - membro effettivo Milena Spandrio
membro effettivo Francesca Vitalini - membro supplente Carla Fallini

REDAZIONE:
Tonino Trinca Colonel - Marisa Bordini - Chiara Fognini
Caterina Panizza - Ercole Piani - Carmela Ongaro.

HANNO COLLABORATO:
Almasi Patrizia - Marisa Ambrosini - Marisa Bordini - Antonella Matichecchia - Nonna Anna - Cristina Novarini - Lorena Peotta - Spicca Paola - Segreteria IPASVI - Strappazon Eleonora - Tinto Emanuele - Gisella Tridella - Elena Valli.

Molte foto sono di Davide Contestabile

CAMMINIAMO INSIEME

di Gisella Tridella*

Diecimila passi di salute in rosa contro il tumore al seno e il nome della manifestazione che si è tenuta a Tirano il 18 Ottobre 2014.

Circa 500 persone hanno preso parte alla camminata in rosa a cui ha voluto essere presente l'assessore alla salute della Regione Lombardia Mario Mantovani.

Giornata straordinaria non solo dal punto di vista climatico ma per l'atmosfera di solidarietà e amicizia fra donne che come ha ricordato la volontaria Rosanna Fiorina che ha presentato l'evento sono delle **Guerriere** che affrontano con rabbia e dolore ma anche con grande coraggio ciò che la vita le riserva. **AMAZZONI** in effetti è il nome dell'associazione di volontariato nata a Tirano nel Marzo 2008 dall'idea della Dott.ssa Patrizia Franzini che ha creduto possibile che un gruppo di donne operate al seno potessero trovare aiuto per loro stesse in un confronto di gruppo e in seguito rappresentare un sostegno per altre che hanno avuto la sfortuna di incontrare nella loro vita questa malattia

Alla manifestazione erano presenti il sindaco di Tirano Franco Spada, l'Assessore ai servizi sociali Silvana Beccarla e la Dott.ssa Lorella Ceconami Direttore sanitario Asl di Sondrio.

“in questa giornata ha detto, Il Dr. Mantovani vince il coraggio delle donne, soprattutto di quelle che hanno sconfitto la malattia e che per questo si impegnano ora a sensibilizzare anche con questa bellissima iniziativa cittadini e istituzioni sull'importanza della prevenzione”.

Un ambito in cui la Regione Lombardia è attiva, i programmi di screening regionale coinvolgono oltre il 95% della popolazione femminile in età da 50 ai 70 anni. In Lombardia il numero di donne che hanno effettuato la mammografia raggiunge l'81% col record della provincia di Sondrio dell'89%.

Ma oggi ha sottolineato l'assessore si conferma come l'alleanza fra istituzioni e associazioni sia determinante per raggiungere un livello di sanità d'efficienza e efficacia.

L'Assessore alla Sanità ha inoltre concluso ricordando e ringraziando tutti gli infermieri che seguono la donna nel percorso della malattia con estrema professionalità. A concludere la manifestazione un tripudio di palloncini rosa che sono stati liberati in cielo nel ricordo di chi ci ha lasciato.

* Infermiera Segretario Collegio IPASVI



Lavorare come infermiere in inghilterra

Gli infermieri che vogliono esercitare la professione in Inghilterra devono iscriversi a Nursing Midwifery Council (NMC).

I documenti che l'NMC richiede per l'iscrizione sono:

- Certificato di laurea;
- Documento di riconoscimento (carta di identità o passaporto);
- Casellario giudiziario;
- Certificato di iscrizione al Collegio IPASVI di appartenenza;
- Dichiarazione di buono stato di salute firmato dal medico di base;
- Certificato di buona condotta professionale firmato dal Collegio IPASVI di appartenenza (good professional character)

Il richiedente deve scaricare la modulistica utilizzando il seguente link:
<https://forms.nmc-uk.org/Forms/eurequest>

Le spese amministrative per la pratica di registrazione sono pari a £ 110,00 sterline a cui dovrà seguire la quota di iscrizione pari a £ 100,00 sterline quando la domanda viene accettata.

Il datore di lavoro richiede una conoscenza della lingua inglese pari al Livello Europass C1 (www.europass.cedefop.europa.eu).

Segnaliamo inoltre il sito del Collegio IPASVI di Rimini che fornisce ulteriori ed interessanti informazioni al riguardo:

<http://www.ipasvirimini.it/progetti/help-neo-iscritti/item/194-lavorare-come-infermiere-in-inghilterra.html>

Elezioni rinnovo cariche triennio 2015/2017

Il Consiglio Direttivo nella seduta del 08/10/2014 ha deliberato di convocare l'Assemblea degli iscritti per l'elezione del nuovo Consiglio per il triennio 2015/2017 nelle giornate di sabato 22, domenica 23 e lunedì 24 novembre 2014 (II convocazione) presso la biblioteca (padiglione est) del presidio ospedaliero di Sondrio dell'AOVV.

In occasione di questo momento tanto importante per noi professionisti infermieri, si offre la possibilità di partecipare all'evento formativo

“Trattamento delle lesioni cutanee: lo stato dell'arte alla luce delle conoscenze attuali in campo vulnologico”.

Gentile collega,

il Consiglio Direttivo nella seduta del 08/10/2014 ha deliberato di convocare l'Assemblea elettiva riguardante il rinnovo delle cariche per il triennio 2015/2017 secondo le seguenti modalità:

Prima convocazione: sabato 15 novembre 2014: ore 12.³⁰ Assemblea. Votazioni dalle ore 11.⁰⁰ alle ore 13.⁰⁰; domenica 16 novembre 2014 votazioni dalle ore 11.⁰⁰ alle ore 13.⁰⁰; lunedì 17 novembre 2014 votazioni dalle ore 11.⁰⁰ alle ore 13.⁰⁰.

Luogo dell'Assemblea: Collegio IPASVI, Sondrio, Via Aldo Moro n. 38/e.

Luogo delle votazioni: Collegio IPASVI, Sondrio, Via Aldo Moro n. 38/e.

Qualora nella prima convocazione non si raggiungesse il numero legale (1/3 degli iscritti) è prevista una **seconda convocazione** nelle seguenti date, sedi ed orari, senza ulteriore avviso oltre il presente (numero legale 1/10 degli iscritti e comunque al doppio dei componenti del Consiglio):

• **Data, ora e luogo dell'assemblea:** **Sabato 22 novembre 2014, ore 10.30** presso l'Aula Magna dell'Azienda Ospedaliera di Valtellina e Valchiavenna, Presidio di Sondrio, Via Stelvio n. 25.

• **Date, ora e luogo delle votazioni:** Biblioteca Azienda Ospedaliera di Valtellina e Valchiavenna, Presidio di Sondrio, Via Stelvio n. 25:

Sabato 22 novembre 2014 dalle ore 11.00 alle ore 17.00;

Domenica 23 novembre 2014 dalle ore 9.00 alle ore 17.00;

Lunedì 24 novembre 2014 dalle ore 9.00 alle ore 16.00.

Si ricorda altresì agli iscritti che:

- al momento delle votazioni è necessario esprimere le proprie preferenze in numero di quindici, corrispondente ai componenti il Consiglio Direttivo e di tre, corrispondente ai componenti il Collegio dei Revisori dei Conti, di uno corrispondente al revisore dei conti supplente da eleggere;
- non è ammessa la delega per l'elezione del consiglio;
- sono esclusi dall'elettorato attivo i sospesi dall'esercizio professionale;
- al momento della votazione bisogna essere muniti di un valido documento di identità in corso di validità;
- Entro trenta giorni dalla proclamazione dei risultati delle elezioni ogni iscritto dell'Albo può proporre ricorso avverso la validità delle operazioni elettorali alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, che decide nel termine di sei mesi (art. 21 del DPR 221/50 – art. 3, comma 4 Legge 241/90).

Nelle giornate di sabato 22 (I ediz.) e lunedì 24 novembre 2014 (II ediz.) si terrà presso l'AOVV, struttura di Sondrio, Aula Magna, l'evento formativo **“Trattamento delle lesioni cutanee: lo stato dell'arte alla luce delle conoscenze attuali in campo vulnologico”**, relatrice Inf. Patrizia ALMASI.

All'evento sono stati pre-assegnati n. 4 crediti ECM.

Il programma e le modalità di iscrizioni sono scaricabili dal sito www.ipasviso.org oppure disponibili in segreteria.

Il Consiglio Direttivo uscente, PRESIDENTE Dott. Tonino TRINCA COLONEL, VICEPRESIDENTE Inf. Ped. Marisa AMBROSINI, SEGRETARIO Inf. Gisella TRIDELLA, TESORIERE Inf. Elena VALLI, CONSIGLIERE Inf. Marisa BORDONI, CONSIGLIERE Inf. Olga CEDRO, CONSIGLIERE Dott.ssa Arianna FIORELLI, CONSIGLIERE Inf. Tiziana GIACONI, CONSIGLIERE Inf. Romina LORETI, CONSIGLIERE Dott.ssa Maria Rita NONINI, CONSIGLIERE Inf. Caterina PANIZZA, CONSIGLIERE Inf. Gabriella PEROTTI, CONSIGLIERE Inf. Ercole Andrea PIANI, CONSIGLIERE Inf. Francesca PIGANZOLI, CONSIGLIERE Inf. Maria Emilia PORTA

ed il Collegio dei Revisori dei Conti uscente MEMBRO EFF. Inf. Giancarlo BOTTA', MEMBRO EFF. Inf. Ped. Carla FALLINI, MEMBRO EFF. Inf. Milena SPANDRIO, MEMBRO SUPPL. Inf. Francesca VITALINI

porgono a tutti gli iscritti cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
f.to Dott. Tonino TRINCA COLONEL

Corso Residenziale “TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE: LO STATO DELL'ARTE ALLA LUCE DELLE CONOSCENZE ATTUALI IN CAMPO VULNOLOGICO”



PROVIDER ECM COLLEGIO IPASVI VARESE N. 1067
PRE-ASSEGNATI N. 4 CREDITI ECM

SABATO 22 NOVEMBRE 2014 (edizione 1)

LUNEDÌ 24 NOVEMBRE 2014 (edizione 2)

SONDRIO, AULA MAGNA AZIENDA OSPEDALIERA DELLA VALTELLINA E DELLA VALCHIAVENNA (AOVV)

ID evento: 1067-111091

FINALITÀ: Sviluppare competenze avanzate e specifiche nella gestione della lesione cutanea acuta e cronica, per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica, alla luce delle nuove conoscenze che la letteratura scientifica propone.

OBIETTIVO FORMATIVO N.

Edizione 1

PROGRAMMA Sabato 22.11.14

08:00-08.30 Registrazione partecipanti

08:30-10.30 Valutazione globale della persona presa in carico: il ruolo dell'infermiere esperto in wound care

10:30-11:00 PAUSA-ASSEMBLEA IPASVI PER ELEZIONI

11:00-12:00 I prodotti di medicazioni: come orientarsi

12:00-13:00 Il trattamento da adottare nelle varie fasi del processo ripartivo utilizzo - Discussione e questionario ECM

Edizione 2

PROGRAMMA Lunedì 24.11.14

08:00-08.30 Registrazione partecipanti

08:30-10.30 Valutazione globale della persona presa in carico: il ruolo dell'infermiere esperto in wound care

10:30-11:30 I prodotti di medicazioni: come orientarsi

11:30-12:30 Il trattamento da adottare nelle varie fasi del processo ripartivo utilizzo -

Discussione e questionario ECM

DESTINATARI: infermieri – infermieri pediatrici – assistenti sanitari

RELATORE: Patrizia Almasi: Infermiera libero professionista, iscritta al Collegio IPASVI di Sondrio

Responsabile scientifico: Dr. Trinca Colonel Tonino, Presidente Collegio IPASVI Sondrio

INFORMAZIONI GENERALI:

- La partecipazione è **GRATUITA**: sono disponibili 99 posti **per gli iscritti al collegio IPASVI di Sondrio** in regola con la quota d'iscrizione annuale per ciascuna edizione
- L'iscrizione dovrà avvenire a partire da lunedì 3 novembre attraverso contatto telefonico con la segreteria organizzativa telefonando al numero 0342/218427, fino a completamento dei posti disponibili.
- L'attestato di partecipazione con i relativi crediti ECM sarà rilasciato a tutti coloro che parteciperanno al 100% delle ore previste dall'evento.
- La scheda d'iscrizione dovrà essere inviata a mezzo fax n.0342/517182 o e-mail info@ipasviso.org entro tre giorni dalla prenotazione, pena la cancellazione della stessa.

Segreteria organizzativa: Collegio IPASVI, Via Aldo Moro 38/e
23100 Sondrio –Tel. 0342/218427 – Fax 0342/517182
e-mail: info@ipasviso.org – PEC: ipasvi.sondrio@pec.it

ASSEMBLEA ELETTIVA

Rinnovo cariche triennio 2015/2017



A fianco le fotografie dei candidati pervenute alla data di pubblicazione della rivista. Invitiamo i colleghi che volessero candidarsi a fare pervenire in segreteria una foto corredata da un breve curriculum professionale. In sede elettorale sarà visibile l'elenco completo dei candidati. Ricordiamo che sono eleggibili TUTTI gli iscritti all'albo. In caso di omonimie indicare sulla scheda elettorale oltre al nome e cognome del candidato anche il suo numero di iscrizione all'albo.



Marisa AMBROSINI
Diploma di Infermiera Pediatrica nel 1976, iscritta all'albo dal 1984. Lavora presso AOVV - presidio di Sondrio (Patologia Neonatale)



Marisa BORDONI
Diploma di Infermiera nel 1981, iscritta all'albo dal 1982. Abilitata a Funzioni Direttive. Lavora presso INPS Sondrio (Centro medico legale)



Giancarlo BOTTA'
Diploma di Infermiere nel 1981, iscritto all'albo dal 1983. Abilitato a Funzioni Direttive. Lavora presso AOVV -presidio di Sondrio (Ortopedia)



Lara CIAPONI
Diploma di Infermiera nel 1989, iscritta all'albo dal 1989. Master in formazione. Lavora presso AOVV- presidio di Sondrio (Anestesia/ Rianimazione)



Cinzia DI CARA
Laurea in Infermieristica nel 2013, iscritta all'albo dal 2013. Lavora presso RSA Tirano.



Arianna FIORELLI
Laurea in Infermieristica nel 2005, iscritta all'albo dal 2005. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Lavora presso Corso di Laurea in Infermieristica Università' Milano-Bicocca - sez. di Faedo in V.



Cristiana FRANZINI
Diploma di Infermiere nel 1991, iscritta all'albo dal 1991. Master in Coordinamento delle professioni sanitarie. Lavora presso AOVV- presidio di Sondalo (Anestesia/Rianimazione)



Alessandro FUMASONI
Laurea in Infermieristica nel 2007, iscritto all'albo dal 2007. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Lavora presso AOVV - presidio di Sondrio (Anestesia/Rianimazione)



Tonino TRINCA COLONEL
Diploma di infermiere nel 1990 iscritto all'albo dal 1990 Master di 1° livello "gestione dei processi infermieristici in emergenza urgenza 118" Laurea Magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche 2009 Master di 1° livello "management e funzioni Lavora presso AOVV- presidio di Sondalo (Anestesia / Rianimazione)



Debora GIUGNI
Laurea in Infermieristica nel 2009, iscritta all'albo dal 2009. Lavora presso AOVV - presidio di Sondalo (Anestesia/ Rianimazione)



Romina LORETI
Diploma di Infermiera nel 1992, iscritta all'albo dal 1992. Master in Coordinamento delle professioni sanitarie. Master in Diritto del lavoro e sindacale. Lavora presso AOVV - presidio di Morbegno (Pronto Soccorso)



Cesare MEVIO
Diploma di Infermiere nel 1990, iscritto all'albo dal 1990. Lavora presso AOVV -presidio di Sondalo (Blocco Operatorio)



Laura MOSTACCHI
Diploma di Infermiere nel 1993, iscritta all'albo dal 2012. Master in Infermieristica legale-forense e gestione rischio clinico. Lavora presso AOVV - presidio di Sondrio (Urologia)



Elena VALLI
Diploma di Infermiera nel 1990 iscritta all'albo dal 1990 Lavora presso AOVV Presidio di Sondrio (Pediatria)



Lucia NEGRI
Laurea in Infermieristica nel 2012, iscritta all'albo dal 2012. Lavora presso RSD Cooperativa S. Michele (Tirano)



Monica Rita NONINI
Diploma di Infermiera nel 1984 iscritta all'albo dal 1984 Abilitata a Funzioni Direttive Laurea Magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche 2013. Lavora presso Corso di Laurea in Infermieristica Università' Milano-Bicocca -sez. di Faedo in V.



Caterina PANIZZA
Laurea in Infermieristica nel 2009, iscritta all'albo dal 2009. Lavora presso AOVV - presidio di Sondalo (Medicina)



Gabriella PEROTTI
Diploma di Infermiera nel 1992, iscritta all'albo dal 1992. Lavora presso l'Azienda Ospedaliera di Lecco - Presidio di Lecco (Nido)



Ercole Andrea PIANI
Diploma di Infermiere nel 1978 iscritto all'albo dal 1987 Abilitato a Funzioni Direttive. Presidente della Cooperativa San Michele di Tirano - professore a.c. università Milano-Bicocca



Daniela PRUNERI
Diploma di Infermiere nel 1989 iscritta all'albo dal 1989 N 1375 Lavora presso AOVV - presidio di Sondalo (Centrale di Sterilizzazione)



Antonietta QUETTI
Diploma di Infermiera nel 1990 iscritta all'albo dal 1990 Abilitata a Funzioni Direttive Lavora presso Corso di Laurea in Infermieristica Università' Milano-Bicocca - sez. di Faedo in V.



Eleonora STRAPPAZZON
Laurea in Infermieristica nel 2013, iscritta all'albo dal 2013. Lavora presso RSD Cooperativa S. Michele (Tirano)



Gisella TRIDELLA
Diploma di Infermiera nel 1984 iscritta all'albo dal 2005 Lavora presso AAT Sondrio