NOTIZIARIO DEL COLLEGIO PROVINCIALE
INFERMIERI PROFESSIONALI,
ASSISTENTI SANITARI, VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI SONDRIO

IPASVI

Parliamone

Anno 18 - N. 1 - Marzo 2008 - 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 IV Novembre, 11 - 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

Non c'è cura del malato e della malattia se non c'è cura della persona

di Ercole Andrea Piani

La recente esperienza di un ricovero presso il reparto ortopedia dell'Ospedale di Sondalo mi ha permesso di vivere da "dentro" la realtà del paziente. Senza voler arrivare a delle conclusioni affrettate è parso subito evidente che, nonostante la lunga esperienza come infermiere nelle diverse realtà assistenziali e la presunzione di insegnare agli studenti del nostro corso di laurea, ben diversa è la realtà di vivere l'Ospedale da ricoverato.
Il tutto ha avuto inizio dopo una banale caduta sul ghiaccio mentre guardavo Stefania una bimba, affidata alla mia famiglia, che slittava, subito mi è apparso evidente una brutta lesione al quadricipite che rendeva impossibile ogni movimento. Il primo contatto con i servizi dell'emergenza è stato con la Collega del 118 a cui ho telefonato; gentilissima e rassicurante, questo "incontro" è stato per me un gran sollievo; importante anche, poco dopo, la chiamata al mio cellulare che mi confermava l'arrivo dell'autoambulanza e gli auguri che ho sentito sinceri.
L'infermiera e l'autista, con gran destrezza mi hanno portato in fondo alla pista perfettamente sdraiato sullo slittino della bimba, quindi posto sulla barella e trasportato all'ospedale, queste prime cure sono sempre state accompagnate da un'efficace relazione umana che è ancora continuata in Pronto Soccorso.
La degenza e l'intervento mi hanno permesso uno stop all'intensa attività di quel periodo e aperta la possibilità della riflessione, ho chiesto di poter stare in una camera a 4 letti con altre persone. Che efficace solidarietà si crea tra i pazienti, qui le relazioni umane diventano autentiche e dalle banali considerazioni si passa facilmente a discorsi molto profondi che solo la malattia e la sofferenza "sanno aprire".
Allora è cominciato un lungo periodo d'osservazioni dei comportamenti umani, sempre grazie alla complicità della forzata immobilizzazione a letto, ho potuto cogliere il vero significato dell'assistenza, ho capito quanto è stato importante anteporre sempre, ad ogni agire negli atti di cura, la relazione; ho capito cosa vuol dire attendere di notte l'ingresso dell'infermiera nella stanza, ho visto

il saper soffermarsi e rispondere con gesti e atti a richieste non ancora espresse, come posizionare un cuscino, rimboccare le coperte oppure, cosa meravigliosa, saper sorridere.
La complicità con gli altri degenti mi ha permesso di confrontarmi con loro sul significato dell'assistenza, tutti sono stati unanimi nel confermare l'alta umanizzazione del servizio erogato e il gran rispetto della dignità dell'ammalato; cogliendo e apprezzando il ruolo dei diversi operatori, dall'Ausiliario alla Segretaria del reparto, alle fisioterapiste che sanno sostenere e incitare verso l'autonomia creando uno staff assistenziale di gran pregio e professionalità.
Nel lasciare il reparto ho consegnato alla Caposala il seguente messaggio, non prima di averlo letto ai miei "compagni di stanza" che lo hanno condiviso.

Cara Marina,
è difficile trovare le parole per esprimere ciò che sento oggi nel lasciare il Reparto e se la gioia di tornare a casa è grandissima lo è anche, e ancor più, la gratitudine per le innumerevoli attenzioni che mi avete riservato.
L'esperienza di un ricovero, della dipendenza, della preoccupazione per un intervento "sconosciuto" e di questo dolore erano situazioni mai sperimentate nonostante avessi la presunzione di conoscere.
Ho trovato ***accoglienza, tolleranza, ascolto, sostegno, cura e professionalità - tutti i gesti a me riservati sono sempre stati accompagnati da uno "sguardo pieno d'umanità".***
Quello che più mi ha colpito è stato costatare che ogni persona qui degente trova quello che io ho ricevuto, non c'è Persona dello Staff, ognuna con proprie modalità, oltre i ruoli e le competenze, che non sappia interagire positivamente con noi Pazienti e tutto questo in presenza di una notevole richiesta assistenziale.
Ti sarò ulteriormente grato se fossi tu a porgere in visione questo mio scritto al Primario, e a tutte le Persone che ho incontrato in queste giornate e che, in diverso modo, mi hanno "sostenuto".
Conserverò per sempre il ricordo di queste amorevoli cure.
A tutti un augurio per le prossime festività, ai Colleghi l'immensa gratitudine per come rappresentano la Professione infermieristica.
Ti abbraccio, con affetto, riconoscenza e stima.

Ho avuto modo in un periodo più recente di seguire i lavori del nuovo Codice deontologico dell'infermiere, l'esperienza vissuta in Ospedale mi permettono di poter portare anche qui un nuovo contributo grazie al privilegio di aver visto da dentro il nostro operare.
Grazie a Voi tutti

6 DICEMBRE 2007

Quinta festa dei laureati corso di Laurea in Infermieristica Facoltà di medicina e chirurgia università Milano Bicocca sezione di Sondrio

di Carmen Crapella* e Monica Nonini *

È settembre 2007, dopo la pausa estiva gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica riprendono il percorso di tirocinio presso le varie realtà assistenziali delle strutture ospedaliere dell'A.O.V.V. e altre sedi sanitarie territoriali.
Per gli studenti del 3° anno è questa l'esperienza di tirocinio che concluderà un impegnativo periodo di formazione, facendoli sentire di più nelle vesti di neolaureati.
Si avvicina quindi una scadenza importante, che soprattutto agli inizi dell'anno accademico aveva alimentato un po' di ansia. Le nuove preoccupazioni sono emerse quando lo studente doveva definire la scelta del lavoro per la prova finale d'esame abilitante alla professione.
E' in questo periodo che per i futuri infermieri si riduce l'impegno di frequenza in aula, ma continua la presenza per l'attività di tirocinio clinico, l'impegno individuale per sostenere gli esami, ricercare, riflettere e lavorare sull'approfondimento bibliografico o l'elaborazione della tesi.
Quando le scadenze delle attività richieste si concludono ed ognuno è riuscito a farvi fronte positivamente, si allenta la tensione, alcuni esprimono il desiderio di fare una festa.
Si coglie questa proposta, anche per far vivere agli studenti un momento diverso di aggregazione e si inizia a pensare all'organizzazione.
Viene identificato come luogo di svolgimento della festa, a differenza degli anni precedenti, l'aula magna dell'Ospedale di Sondrio con l'intento di favorire la partecipazione dei colleghi che, impegnati nell'attività assistenziale, hanno seguito la formazione degli studenti.
Alla festa siamo numerosi, tra noi ci sono: i festeggiati (15 neolaureati); 32 matricole, 26 studenti del secondo anno e 20 studenti dell'attuale terzo anno.
Le autorità presenti sono intervenute con parole di apprezzamento per la scelta professionale e per l'impegno profuso nel corso degli studi, riconoscendo la trasformazione del ruolo dell'Infermiere e l'importante funzione della formazione continua che deve diventare responsabilità individuale per garantire al cittadino le cure migliori.
Sempre, il professionista Infermiere si deve chiedere: "Ho garantito alla persona assistita le migliori cure?". Uno degli strumenti che lo potrà aiutare a rispondere ai numerosi quesiti assistenziali è la ricerca, metodologia della quale si ravvisa sempre più l'importanza e che è entrata a pieno titolo nella formazione infermieristica di base.
E' al termine dei pensieri anche augurali per il futuro professionale da

CONTINUA A PAGINA 2 ▸

Festeggiamo insieme la Giornata Internazionale dell'Infermiere

Il 9 maggio al ristorante Salyut di Berbenno alle ore 19.30 gran serata per festeggiare insieme la giornata internazionale dell'infermiere del 12 maggio, il ricco programma vede la cena con intrattenimento da parte della compagnia Ernesto Croce poi musica e balli da non dimenticare ricchi premi ad estrazione tra i partecipanti; per la prenotazione mettersi in contatto con i referenti del Collegio o la segreteria costo € 25 Segnaliamo inoltre che nella stessa giornata alle ore 17 inizia un convegno E.C.M. gratuito che prevede, durante la pausa, l'Assemblea annuale.

Bollino tesseramento 2008

Collegio IP-AS-VI 2008

Le rubriche all'interno

PROFESSIONE INFERMIERE pag. 4
INFERMIERE FORENSE pag. 6
AREA CRITICA pag. 7
PAGINA DELLA PSICHIATRIA pag. 12
NOTIZIE DAL COLLEGIO pag. 15

Continua da pagina 1

Quinta festa dei laureati corso di Laurea in Infermieristica

parte delle autorità e della breve esposizione di alcuni elaborati presentati in sede accademica per la prova finale da parte di quattro neolaureati, che ha inizio la consegna ad ognuno di essi di una pergamena con il giuramento di Florence Nightingale e della simbolica corona di alloro, omaggio degli ospiti del Centro Diurno Psichiatrico di Sondrio, conosciuti da alcuni studenti durante l'esperienza di tirocinio.
E' al termine di questo momento molto applaudito che, l'ormai collega Fumasoni Alessandro ripercorre brevemente il vissuto dei tre anni di formazione.
Nel suo messaggio si legge quanto la motivazione personale può essere di aiuto allo studente nel portare a termine il percorso di studio, nell'approfondire e riflettere sulle situazioni assistenziali che si vivono durante le esperienze di tirocinio. Continua augurando di vivere intensamente questa opportunità di formazione.
Questi interventi hanno fatto emergere nei neolaureati pensieri di soddisfazione e hanno coinvolto in queste riflessioni di bilancio numerose altre persone che in questi anni hanno seguito l'evoluzione personale e professionale di ognuno.
Da tutto ciò è emerso un forte mandato rivolto ai colleghi neoinfermieri: con il vostro agire sappiate essere fonte e stimolo di serene relazioni con la persona assistita, i famigliari e il gruppo di lavoro.
Fatevi apprezzare non solo per le vostre conoscenze, abilità tecniche ma anche per la vostra disponibilità, discrezione, dedizione a ciò che la professione scelta richiede costantemente.
All'apertura della giornata con l'intervento del Coordinatore della Sezione di Sondrio del CdL in Infermieristica, Professoressa Rosella Baraiolo è stato possibile ripercorrere alcune fasi evolutive del percorso formativo e conoscere alcuni dati recenti relativi alla formazione universitaria locale.
La festa è stata animata dalla musica che quattro studenti del secondo anno, presentandosi con l'appellativo A,O,V,V, come per sottolineare il loro senso di appartenenza, hanno suonato e cantato. A loro si sono aggiunti altri talenti vocali che non si erano ancora scoperti.
Dietro le quinte di questa giornata ci sono state tante altre persone che hanno garantito la loro collaborazione per una buona riuscita di questo momento conviviale.
E' stata gradita la presenza di alcuni colleghi che hanno riservato del tempo per far parte del gruppo degli studenti " in festa".
Per alcuni di loro è stato un modo per ricordare i tempi della loro formazione; per gli studenti rivivere momenti assistenziali che hanno accresciuto la loro competenza e riconoscere il valore che l'ambito operativo, permettendo di confrontarsi con situazioni critiche e modelli professionali, riserva ad ognuno.

Momento conclusivo della giornata è stato il gradito rinfresco, preparato dai cuochi del servizio di cucina della struttura ospedaliera di Sondrio, che ogni anno ci stupiscono con appetitose tartine e magnifiche torte, il tutto accompagnato da necessarie bevande…hic!
Ed è con questo spirito di festa che vogliamo augurare a tutti i colleghi: vecchi, nuovi e futuri che il loro percorso formativo e la loro vita lavorativa, pur con tutte le difficoltà risapute, sia sempre accompagnata da entusiasmo e attenzione verso l'Altro, caratteristiche che hanno guidato la nostra scelta e che si riassumono nell'essenza infermieristica.

** Docenti e Tutor Corso di Laurea in Infermieristica Sezione di Sondrio*

Anno accademico	N. Laureati
2002/2003	26
2003/2004	26
2004/2005	30
2005/2006	21
2006/2007	15
Totale laureati	118

Esercizio abusivo della professione ed obbligo di iscrizione all'albo

di Alessandro Cuggiani*

Ai sensi dell'art. 348 del codice penale (c.p.) "Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione".
Con una recentissima sentenza la Corte di Cassazione ha stabilito che commette questo reato chi esercita abusiva mente una professione anche se le prestazioni sono gratuite.
La Corte, infatti, con la sentenza 42790/2007 ha un principio estremamente chiaro: commette reato chi non avendone titolo esercita un'attività che non gli compete. E ciò anche se questo si verifica per un solo giorno e senza ricavo alcuno. Ai fini della configurabilita' del delitto di esercizio abusivo di una professione - spiega la Corte - "non e' necessario il compimento di una serie di atti, ma e' sufficiente il compimento di un'unica ed isolata prestazione riservata ad una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione, mentre non rileva la mancanza di scopo di lucro nell'autore o l'eventuale consenso del destinatario della prestazione, in quanto l'interesse leso, essendo di carattere pubblico, e' indisponibile".
Il principio è molto importante e occorre avere particolare sensibilità per capire che il reato si consuma, nella professione infermieristica, sia da parte di chi svolge tale attività senza essere in possesso del titolo abilitante (diploma di laurea o altro titolo equipollente ai sensi dell'art. 4, L. 26 febbraio 1999, n. 42), sia da parte di chi non sia iscritto all'albo professionale.
Sotto quest'ultimo profilo, e cioè l'iscrizione all'albo come elemento costitutivo del reato di "esercizio abusivo della professione", occorre muovere dalla ormai sin troppo nota legge n. 43 del 2006 che all'art. 2, comma 1, stabilisce "L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario [o altro titolo equipollente-n.d.r.] rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione ... ".
AI comma 3 dello stesso articolo stabilisce che "L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge".
Da queste norme possiamo ricavare che l'iscrizione all'albo è condizione di esercizio, ossia chi non è iscritto non può esercitare.
La norma sopra riportata deve essere letta con il profilo professionale dell'infermiere che al comma 1 dell'art. 1, così recita: "E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".
L' "infermiere è" colui che ha conseguito il titolo abilitante ed è iscritto all'albo. Se manca una di queste due condizioni l'infermiere "non è".
Ciò significa che l'iscrizione è condizione per lo svolgimento dell'attività in quanto
forma lo "status giuridico" di infermiere. A nostro avviso la mancanza di iscrizione all'albo da parte di un soggetto che, pur in possesso di titolo abilitante, compia atti infermieristici (o anche un solo atto) configura un'ipotesi di esercizio abusivo della professione.
Su questo punto si è espressa la giurisprudenza della Corte di Cassazione secondo cui "L'art. 348 c.p.c - ... - ha natura di norma penale in bianco in quanto postula, come si evince dalla stessa formulazione del testo normativo (cfr. l'avverbio "abusivamente"), l'esistenza di altre disposizioni di legge che stabiliscano le condizioni oggettive e soggettive in difetto delle quali non è consentito -ed è quindi abusivo- l'esercizio di determinate professioni (quelle per cui occorre l'abilitazione statale); trattasi propriamente di altre disposizioni che, essendo sottintese nell'art. 348 c.p., sono integrative della norma penale ed entrano a far parte del suo contenuto quasi per incorporazione; cosicché la violazione di esse si risolve in violazione della norma incriminatrice (Cass., peno IV, n. 198235 del 1993, in tema di esercizio abusivo della professione di ragioniere: la Corte ha stabilito che solo per lo svolgimento delle attività non comprese tra quelle previste dalle norme in materia non è prescritta l'iscrizione all'albo che, viceversa, è prescritta per lo svolgimento di tutte quelle attività menzionate dalla normativa di settore)
Il senso di tutto il sistema di norme in materia di esercizio (lecito) della professione è fin troppo chiaro ed è l'interesse dello
stato che determinate professioni che richiedono particolari requisiti di probità e competenza tecnica, vengano esercitate soltanto da chi sia effettivamente in possesso delle capacità tecniche e delle doti di dignità e probità necessarie a perse- . guire il fine ultimo che nel nostro caso è la tutela della salute come "diritto fondamentale dell'individuo" (art. 32 cost.).
In particolare se il titolo abilitante è dimostrativo delle qualità tecniche, l'iscrizione all'albo professionale tenuto dai Collegi IPASVI consente la verifica di quelle di dignità e probità altrettanto necessarie, secondo la giurisprudenza, per la realizzazione dell'interesse pubblico. E, non secondariamente, verifica la verità del titolo abilitante quale presupposto per l'iscrizione all'albo professionale.
In questo contesto è opportuno ricordare che il codice deontologico (formato in seno alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI) è stato recepito da una legge dello Stato (L. 42 cit.) come elemento di valutazione della responsabilità infermieristica.
Su queste basi ben si coglie l'importanza dell'attività del Collegio IPASVI che costantemente svolge un ruolo di verifica costante e, purtroppo anche di recente, si è trovato a dover contestare la falsità di alcuni diplomi fino a promuovere l'azione penale per il reato di esercizio abusivo della professione.

** Avv. Legale Collegio IPASVI Roma*

ANGELI SENZA ALI
il reportage di "ok"

Sono uscita dall'ospedale dopo una degenza di tre mesi. L'intervento chirurgico è riuscito. Bravo il professore che mi ha operato. E bravi i suoi assistenti. Ma ancora più brava una donna: l'infermiera che mi ha fatto scoprire l'amore per le piccole cose di ogni giorno. Madre di una bambina, vedova da poco. OK fa parlare i medici. .. Una volta tanto, vi prego, date un po' di spazio anche a questi angeli!" Parte da qui il reportage pubblicato da OK sulla professione infermieristica: una e-mail ricevuta in redazione, da Roma. L'effetto è quello di uno spot alla professione, così raro per gli infermieri. 19 pagine di storie al femminile, infermiere e persone insieme.
Il reportage "Angeli senza ali" racconta 17 colleghe, il lavoro, la famiglia, le passioni, le aspirazioni. Con una luce positiva dell'impegno e della professionalità. E con belle immagini. Ci sono dati interessanti sulla professione e un intervento del professor Umberto Veronesi che è un vero elogio dell'infermiere.
L'ex Ministro della Sanità racconta il suo rapporto di medico con la nostra professione. Scrive a proposito frasi incisive: "il suo lavoro e la sua formazione professionale hanno caratteristiche di originalità e autonomia"; "Le efficienze di un ospedale sono gran merito del corpo infermieristico di quell'ospedale"; "In Italia abbiamo un medico ogni 150 abitanti, è un rapporto che andrebbe capovolto a favore di questa nobile professione". E ancora: "Sono infermieri bravissimi, sempre più preparati"; "spesso ne sanno più dei giovani medici appena assunti e hanno la bonomia di fare gli angeli custodi seza 'tirarsela', come dicono a Milano"; "noi medici dovremmo qualche scusa a questa nobile figura".
Un grazie al professor Veronesi per lo spunto di verità e un plauso alla redazione di OK.

Anoressia, scomparire per apparire

Alla scoperta di una delle patologie adolescenziali (ma non solo!) più frequenti.

di Daniela Scherrer*

Scomparire per conquistare quella fetta di attenzione agli occhi degli altri di cui ci si sente privati. Scomparire per apparire, insomma. E' una delle ambivalenze tipiche che connotano l'anoressia, il disturbo del comportamento alimentare più frequente nelle giovani donne: una fascia di età che peraltro si sta estendendo in maniera preoccupante in entrambe le direzioni: sotto i dodici anni e sopra i venticinque. Si possono dare svariate definizioni dell'anoressia, più o meno esaurienti. Ma alla fine il sinonimo più comprensibile è forse uno solo: mal d'amore. Lo sottolinea più volte Luca Littarru, un esperto in materia. Infermiere, Luca è attualmente il coordinatore del centro diurno a Villa Maura, che ospita giovani psicotici. Alle spalle tre anni nel reparto di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva presso la *Clinica Neurologica Casimiro Mondino* a Pavia, dove sono stati numerosi i trattamenti nelle fasi acute dell'anoressia: dagli interventi salva-vita in ragazze ormai quasi "trasparenti" alla presa in carico complessiva verso il ritorno alla vita normale.

Che definizione si può dare dell'anoressia?
"Sotto il profilo psicologico l'anoressia può essere definita come una lotta d'amore con se stessi e con gli altri. E' un rifiuto di ogni nutrimento: non solo cibo, ma anche affetto, amore. E' il desiderio di scomparire come ultima forma di comunicazione ritenuta possibile".

• Perché chi soffre di anoressia punta alla magrezza eccessiva?
"Perché punta ad un modello di bellezza stereotipata, irraggiungibile, da amare e odiare contemporaneamente. Non è per niente vero che chi soffre di anoressia non ha fame, semplicemente per esercitare il controllo estremo su se stesso rifiuta qualcosa che desidera. Oppure mangia e poi va subito a vomitare, in una sorta di ambivalenza tipica della patologia. Ma è in fondo il riflesso dell'ambivalenza di tutta la società: da una parte ti propongono modelli esasperati di consumo di generi alimentari, dall'altra però ti trasmettono il messaggio che magrezza è sinonimo di successo, di perfezione. Avete mai visto un profumo pubblicizzato da una donna in sovrappeso?"

• Chi è più a rischio di anoressia?
"Innanzitutto va detto che tre milioni di italiani (su 56 milioni) soffrono di disturbi del comportamento alimentare, più o meno gravi. E questo è un primo dato significativo. Il 90% di malati di anoressia è costituito da donne e la fascia di età principalmente colpita è tra i 12 e i 25 anni, anche se adesso sono in aumento i casi in età infantile come quelli nella fascia tra i 45 e i 55 anni. Di solito è occidentale e, nel 70% dei casi, appartiene al ceto medio-alto. Un ultimo dato, infine, che ho potuto constatare dalla mia esperienza personale: la ragazza anoressica è sempre molto bella o molto intelligente oppure molto ricca. Oppure tutte e tre le cose insieme. Una persona che, in virtù del proprio status, ambisce alla perfezione".

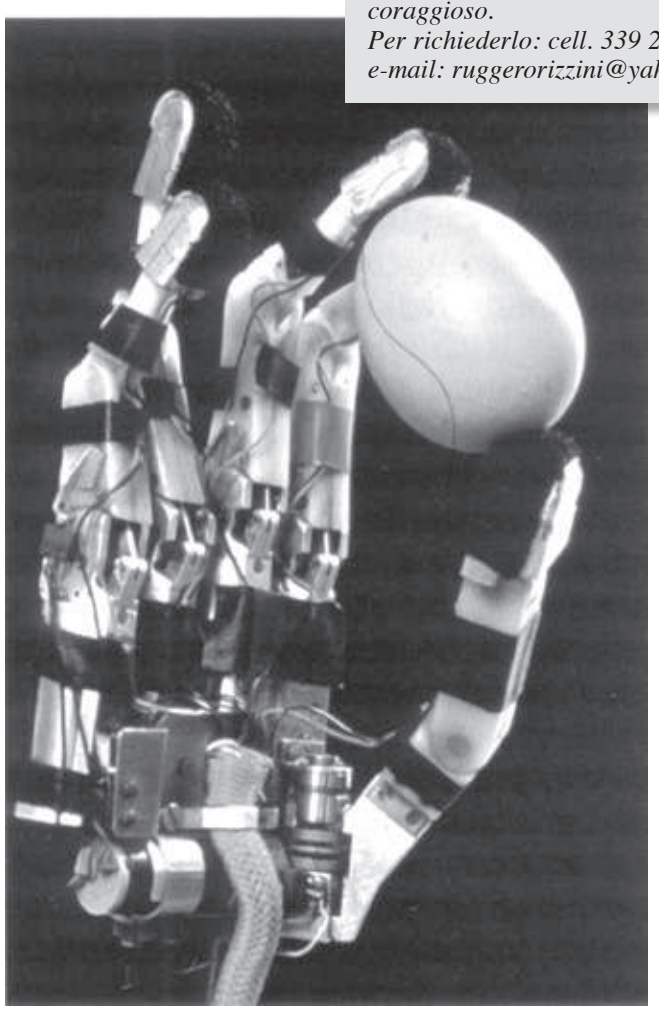
• Perché l'anoressia è tipicamente "donna"? Che spiegazione si può provare a dare?
"L'anoressia è una forma di distruzione, di aggressività. L'uomo tendenzialmente è più portare a dirigere la propria aggressività verso l'esterno, la donna verso l'interno, nei confronti di se stessa".

• E quindi quale può essere il corrispettivo maschile della donna anoressica?
"Il bullismo a scuola, il nonnismo in caserma, le violenze sulle donne oppure negli stadi…Dietro ognuno di questi casi c'è sempre un maschio profondamente infelice, come nel caso di una donna anoressica".

• Si è detto che l'anoressia è in crescita anche nella fascia di donne intorno ai cinquant'anni. Come mai?
"In alcuni casi si tratta di un disturbo sottovalutato in passato, quando ancora l'anoressia non era un fenomeno considerato e trattato su vasta scala. La donna magari è riuscita a controllare il disturbo come malattia vera e propria, ma non come forma emozionale. E quindi riesplode nel momento in cui gli anni passano, le rughe rischiano di offuscare un po' la bellezza, i figli se ne vanno di casa e il marito ti guarda un po' meno…Ed ecco che gli antichi meccanismi tornano a rimettersi in moto".

• Quali possono essere le cause di questa malattia?
"Alla base dell'anoressia c'è sempre una situazione di profonda infelicità, di depressione, di deprivazione affettiva. In famiglia spesso c'è una madre troppo assente oppure, al contrario, troppo presente ossessivamente. Oppure un padre defilato dalla vita familiare. Non parliamo di colpe dei genitori, ma di situazioni oggettive".

• Ma non è solo l'ambiente familiare da ritenersi responsabile…
"*Certamente no. Stiamo parlando di fasce soprattutto adolescenziali e quindi che hanno i riferimenti imitativi nel mondo della scuola. L'anoressia spesso inizia subdolamente: la compagna più bella da imitare, la voglia di attirare su di sé l'attenzione dimagrendo in tempi rapidissimi, l'ambizione di entrare a far parte del gruppo di amiche più "alla moda"… Tutti surrogati dell'amore, ma che soprattutto a quell'età appaiono sempre meglio del nulla, dell'indifferenza".*



• Dall'anoressia si può guarire clinicamente e quali sono le armi da "tirar fuori" per combattere la malattia?
"Assolutamente sì. Le armi? Soprattutto l'accettazione del fatto che la vita ha diverse valenze, non solo il modello assoluto di bellezza. E poi va percorsa una strada affettivo-relazionale al fianco della propria famiglia per guarire quello che è sostanzialmente un grande mal d'amore".

• Quindi è fondamentale includere anche i familiari nel cammino di cura?
"E' necessario lavorare fianco a fianco dei familiari. La famiglia deve sapere che non c'è nulla di che vergognarsi nell'avere una figlia che soffre di anoressia. E deve anche sapere che più tardi decide di uscire allo scoperto e più difficile diventa curare la malattia"

• Qualche consiglio allora ai genitori: quali sono i "campanelli d'allarme" che devono far sorgere il sospetto di anoressia nei figli?
"Una magrezza evidente, naturalmente non costituzionale, e soprattutto l'amenorrea (mancanza di mestruazioni) perdurante da almeno tre mesi. Poi anche degli atteggiamenti della ragazza, che magari si assenta dalla tavola appena terminato l'ultimo boccone: potrebbe essere il segno di un collegamento immediato piatto-tazza del water. E infine direi anche la tristezza, associata a cambiamenti umorali, depressione, tendenza alla solitudine. E' difficile che una ragazza anoressica abbia amici o sia fidanzata: non ha amore in quel momento per se stessa, figuriamoci per gli altri".

• Un'ultima domanda: da uomo che cosa ha imparato da questa sua esperienza al fianco di pazienti anoressiche?
"Ho innanzitutto avuto la conferma di quanto il genere femminile sia più sensibile ed emotivo rispetto a quello maschile. L'anoressia è un'estrema capacità di espressione, di comunicazione di certe emozioni che urlano più delle parole. Anche se spesso si tratta di un urlo sordo, che resta inascoltato fino a quando la malattia non esplode mettendo a rischio la vita stessa".

Cinque sintomi per accorgersi della malattia

L'anoressia nervosa viene diagnosticata nel 90 % dei casi a pazienti di sesso femminile.
I criteri standard raccomandati dai manuali psichiatrici per fare diagnosi di anoressia nervosa sono attualmente:

1. una magrezza estrema (non costituzionale) con rifiuto di mantenere il peso al di sopra di una soglia minima di peso ritenuta normale (il peso del soggetto deve essere sotto l'85% del peso previsto in base all'età ed alla altezza e/o l'indice di massa corporea - BMI -inferiore a 17,5)
2. una forte paura di ingrassare anche in presenza di un evidente sottopeso
3. una preoccupazione estrema per il peso e l'aspetto fisico, che includa sia una alterazione del vissuto corporeo, sia una importanza eccessiva data al peso nei riguardi della propria autostima, o ancora il rifiuto di ammettere la gravità delle proprie condizioni fisiologiche
4. nei pazienti di sesso femminile, un'amenorrea (sospensione del ciclo mestruale) che dati da almeno tre mesi.
5. spesso, ed è difficile accorgersene, i soggetti affetti da anoressia nervosa sono bugiardi con se stessi e con gli altri e fanno di tutto per nascondere questa loro malattia.

Non è necessario avere tutti i parametri, in alcuni casi ne basta anche uno solo per diagnosticare la malattia.

** addetto stampa Ains onlus e giornalista de IL TICINO, Pavia*

Quel che resta del corpo

"Quel che resta del corpo" è il titolo del cortometraggio prodotto da AINS la cui regia e sceneggiatura è stata curata proprio da Luca Littarru insieme a Lorenzo Marvelli. Dura ventisei minuti, ha richiesto tre anni di lavoro e parla appunto di anoressia. L'aspetto più significativo è che a raccontare la malattia sono due giovani donne, rispettivamente di 24 e 26 anni, uscite dal tunnel dell'anoressia e quindi capaci di parlarne in chiave strettamente personale. Un atto di grande coraggio quello di accettare di apparire dopo aver tentato per anni di scomparire. Una protagonista e il suo "doppio", davanti allo specchio, per evidenziare le tante ambivalenze dell'anoressia. Davvero un lavoro bello e coraggioso.
Per richiederlo: cell. 339 2546932 (Ruggero Rizzini)
e-mail: ruggerorizzini@yahoo.it

Potrebbe essere la soluzione

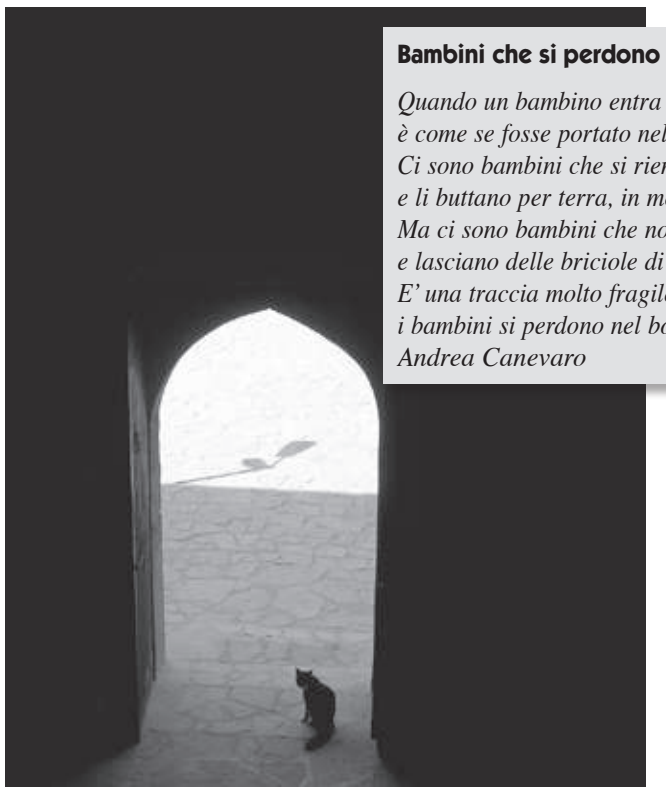
di Woody Allen

La vita dovrebbe essere vissuta al contrario.
Tanto per cominciare si dovrebbe iniziare morendo, e così tricchete tracchete il trauma è bello che superato.
Quindi ti svegli in un letto di ospedale e apprezzi il fatto che vai migliorando giorno dopo giorno.
Poi ti dimettono perché stai bene e la prima cosa che fai è andare in posta a ritirare la tua pensione e te la godi al meglio. Col passare del tempo le tue forze aumentano, il tuo fisico migliora, le rughe scompaiono.
Poi inizi a lavorare e il primo giorno ti regalano un orologio d'oro.
Lavori quarant'anni finchè non sei così giovane da sfruttare adeguatamente il ritiro dalla vita lavorativa.
Quindi vai di festino in festino, bevi, giochi, fai sesso e ti prepari per iniziare a studiare. Poi inizi la scuola, giochi con gli amici, senza alcun tipo di obblighi e responsabilità, finchè non sei bebè.
Quando sei sufficientemente piccolo, ti infili in un posto che ormai dovresti conoscere molto bene. Gli ultimi nove mesi te li passi flottando tranquillo e sereno, in un posto riscaldato con room service e tanto affetto, senza che nessuno ti rompa.
E alla fine abbandoni questo mondo in un orgasmo.

Professione Infermiere

La negazione dell'identità della persona assistita all'interno dell'"istituzione ospedaliera": «diversi agli occhi di qualcun altro»

di Ongaro Carmela*



Bambini che si perdono nel bosco

Quando un bambino entra in ospedale,
è come se fosse portato nel bosco, lontano da casa.
Ci sono bambini che si riempiono le tasche di sassolini bianchi,
e li buttano per terra, in modo da saper ritrovare la strada anche di notte, alla luce della luna.
Ma ci sono bambini che non riescono a far provvista di sassolini,
e lasciano delle briciole di pane secco come traccia per tornare indietro.
E' una traccia molto fragile e bastano le formiche a cancellarla:
i bambini si perdono nel bosco e non sanno più ritornare a casa.
Andrea Canevaro

Premessa

Il ricovero in ospedale ha come obiettivo la cura e possibilmente la guarigione della persona assistita, tale evento, inevitabilmente, porta con sé lo stress di un grande cambiamento. Il paziente, già compromesso dalla malattia, si trova a dover fronteggiare diversi aspetti della sua nuova condizione: l'ospedale come ambiente fisico e sociale, il rapporto con il personale ospedaliero, le paure e il conseguente bisogno di rassicurazioni ed infine, in alcuni casi, i problemi psicologici legati alle malattie progressive e terminali. Esistono, dunque, una serie di fattori oggettivi che ogni persona ospedalizzata deve fronteggiare ed esistono una serie di fattori personali, psicologici e sociali che vanno ad interagire con i primi dando luogo a reazioni differenti. Esiste una stretta relazione tra l'individuo e lo spazio in cui si trova. L'ambiente è in grado di comunicare dei messaggi che sono immediatamente recepibili ma allo stesso tempo non facilmente schematizzabili e razionalizzabili; lo spazio può generare sensazioni di benessere o disagio, essere stimolante, formativo o profondamente deprimente, può trasmettere messaggi di autostima, posizione sociale, sicurezza, identità, intervenendo in ogni caso come catalizzatore delle dinamiche personali e sociali. Partendo da questi presupposti si può affermare che lo spazio ospedaliero si è sempre più caratterizzato come spazio neutro, in cui l'uso dei colori (il bianco e le varie tonalità di grigio), dei materiali (il metallo e i materiali sintetici), hanno contribuito a definirlo un ambiente anonimo, indifferenziato, freddo e non coinvolgente dal punto di vista emozionale. Un ambiente così connotato, teso a soddisfare quasi esclusivamente le esigenze dimensionali, funzionali e igieniche, ha quindi trascurato una cultura dello spazio capace di cogliere le importanti relazioni e i processi interattivi che si stabiliscono tra individui, attività e attrezzature. Vengono in questo modo trascurati quei fattori fondamentali che possono e devono conferire allo spazio una valenza terapeutica: l'atmosfera e le sensazioni provocate, i comportamenti e le aspettative di coloro che vi operano e di coloro che per necessità, indipendenti dalla loro volontà, ne usufruiscono. In aggiunta a quanto sopra citato, al momento del ricovero in ospedale il paziente si trova in una condizione di particolare fragilità psicologica. L'ospedalizzazione, infatti, oltre a comportare paure e aspettative legate agli stati della malattia e della guarigione, è di per sé un evento stressante. La perdita dei ritmi normali di vita, del controllo su se stessi, della *privacy* e familiarità con l'ambiente, lo scontro con l'organizzazione e le procedure ospedaliere, i difficili rapporti, talvolta, con il personale sanitario, generano nel paziente dei "processi di desocializzazione e spersonalizzazione", aspetti che possono far assumere alla persona assistita atteggiamenti diversificati di *coping* nei confronti della malattia e dell'ambiente che la ospita. Ecco quindi che parafrasando la citazione iniziale di Andrea Canevaro, anche la persona adulta può "perdersi nel bosco" e perdere la consapevolezza del suo essere individuo distinto, separato dagli altri. In effetti, nel sentire comune della nostra società l'assistenza sembra una cosa scontata, dovuta, quotidiana, spontanea perfino indegna di essere considerata un evento "culturale". In realtà l'alterità dell'altro come il riconoscimento dell'identità è un prodotto di relazione che si gioca in un preciso contesto culturale oltre che in una specifica organizzazione sanitaria. Il prendersi cura dei bisogni assistenziali dell'altro in una situazione di difficoltà è la manifestazione più intima di una cultura in cui si ritrova la "chiave d'accesso" per incontrare la particolarità della persona, la sua soggettualità irriducibile per aiutarla nel difficile percorso di ricostruzione identitaria che è ogni esperienza di malattia (Manara, 2003).

L'identità e la cultura

L'identità delle persone si struttura in modo fortemente condizionato dal contesto culturale in cui esse nascono e si sviluppano. Volendo proporre un breve *excursus* storico, l'etimo del termine cultura fa la sua comparsa nel XVII secolo come aggettivo che indica una persona informata, preparata e quindi colta, dal latino *colere*, e cioè una persona educata; anche questo aggettivo deriva dal latino *educare* (*educĕre),* tirar fuori, far fiorire, sviluppare innate capacità, nel senso umanistico della tradizione classica. Varie e diversificate, in relazione agli ambiti di interesse specifico dei singoli studiosi, sono le definizioni date al termine cultura a partire dal 1600. La definizione più nota, che si è fatta in qualche modo canonica, è quella di Tylor (1832-1917): "La cultura, o civiltà, intesa nel suo ampio senso etnografico, è quell'insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo come membro di una società". La cultura non è concepibile separatamente da una certa società, essa non può operare nelle società se non tramite le persone dei suoi portatori, gli uomini. Questi ultimi ne diventano possessori tramite il processo di formazione culturale, chiamato anche con i termini di socializzazione o di inculturazione. Ogni società condivide al proprio interno una certa cultura, costituita di significati che tutti o gran parte dei suoi membri attribuiscono univocamente a fatti, oggetti e comportamenti, una cultura è caratteristica e distintiva di quella società rispetto a tutte le altre. Quindi l'insieme dei significati che in una società sono attribuiti con maggiore insistenza a fatti, oggetti, comportamenti e l'insieme delle abitudini, delle norme sociali, dei modi di pensare in essa più diffusi, costituiscono la "cultura dominante" di quella società (Tullio-Altan, 1996). Da Tylor in poi tutti gli etnologi hanno dato una loro definizione del concetto di cultura: Kroeber e Kluckhohn (1952) ne hanno raccolto oltre 300. In tutte queste variazioni sul tema rimane un contenuto essenziale comune che può essere riassunto con le seguenti parole: " …la cultura denota un insieme strutturato, trasmesso storicamente di significati contenuti in simboli, un sistema di concezioni ereditarie, espresse in forma simbolica per mezzo delle quali gli uomini comunicano, perpetuano e sviluppano le loro conoscenze e le loro prese di posizione di fronte alla vita" (Geertz, 1966).

Il modo con cui le persone costruiscono la loro identità è influenzato, quindi, dalla cultura nella quale si nasce e soprattutto si è educati. Persone formate in ambiti diversi possono strutturare la percezione di sé in modo differente, in effetti, secondo il vocabolario (Devoto-Oli, 2002), l'identità è "il senso del proprio essere come entità distinguibile da tutte le altre". Le descrizioni riguardanti il senso dell'"essere un'entità distinguibile" sono effettuate in base ai parametri che la cultura di riferimento mette a disposizione: tratti psicologici o corporei, quello che facciamo o i nostri legami con gli altri. È anche vero, però che la definizione sopra citata non è la prima che ricorre nel vocabolario, sotto la voce "identità"; essa è, infatti, preceduta da quest'altra: "rapporto di esatta uguaglianza o coincidenza". L'etimologia risale al termine latino *idem*, che significa medesimo. Il termine identità, in quest'accezione, porta con sé un significato che implica il concetto di rimanere identico: questa è la mia identità perché io sono identico a me stesso, nello spazio e nel tempo. "Ovunque mi trovi, e indipendentemente da quando mi ci trovi, io sono io" (Mazzetti, 2003). Lo psicanalista milanese Giampaolo Lai (1999), nel suo libro "*Disidentità"* demolisce questo concetto d'identità intesa nel senso di "essere sempre identici a se stessi". Secondo l'autore, si è al contrario, *disidentici,* diversi rispetto a noi stessi, in diverse condizioni di spazio e tempo. L'identità quindi è anche un prodotto di relazione, non è una qualità connaturata nelle persone, bensì una nozione relativa: non si è intrinsecamente e costituzionalmente diversi, ma si è *diversi agli occhi di qualcun altro*. L'*altro* è intrinseco a tutte le società, a prescindere dalla presenza di stranieri, data la coesistenza di molte subculture anche all'interno della medesima popolazione (subculture regionali, professionali, generazionali, di classe sociale, di habitat, di credo politico e religioso). Ogni cultura è abitata da varie sottoculture, al limite, *fino all'irriducibile originalità dell'individuo* (Manara, 2004). Lo sviluppo della persona si verifica nel corso della vita quotidiana, nei contesti reali. Per questo motivo il rapporto di influenza reciproca tra l'individuo e la sua cultura fa sì che lo sviluppo individuale e lo sviluppo sociale siano strettamente intersecati e connessi. La nuova frontiera della società e della cultura occidentale è in diretta relazione con la consapevolezza che l'autonomia e la reale indipendenza degli individui, in altri termini la loro autenticità, derivano dalla libera accettazione di più ampi valori comunitari e si esprimono con la scelta di mettere in atto questi ultimi nella pratica, vale a dire nelle relazioni familiari e sociali e nel lavoro: ciò può avvenire però solo attraverso la cura e la coltivazione del proprio mondo interiore, dei propri bisogni e desideri. Questa visione, che coniuga lo sviluppo individuale e lo sviluppo sociale, esprime l'idea che il dispiegarsi delle competenze e delle scelte della persona sia fondamentale per la crescita e il benessere non solo dell'individuo ma anche della cultura e possa rappresentare il fine ultimo della società. La relazione tra l'ambiente e l'individuo non è, in effetti, unidirezionale. Il soggetto non deve essere visto solo come un ente che riceve passivamente stimoli e informazioni dall'esterno e la cui identità si sviluppa di conseguenza, ma come un costruttore attivo del proprio mondo interno e della realtà esterna (Inghilleri, 1998).

La formazione dell'identità personale

La vita delle persone è inevitabilmente una vita sociale. I processi di socializzazione mettono l'individuo in grado di interagire con gli altri e di relazionarsi con la complessità del mondo sociale che lo circonda. Essi portano alla formazione di un'identità sociale, in altre parole all'assimilazione di norme e all'assunzione di ruoli man mano che si apprendono conoscenze sul mondo sia in modo formale sia attraverso l'apprendimento spontaneo nel corso della vita in comune con gli altri. Generalmente le persone cresciute nella cultura occidentale tendono secondo Mazzetti (2003) a rispondere alla domanda riguardante la definizione di se stesse privilegiando alcune caratteristiche e trascurandone altre in relazione a parametri prettamente culturali: la percezione di sé è generalmente correlata ai vissuti interiori e alle capacità operative. In altre parole, se si chiede ad una persona chi sia, risponderà probabilmente descrivendo sue caratteristiche psichiche (ad esempio "sono una persona sincera", o "timida") oppure dirà qual è la sua professione (sono "uno studente", "sono un infermiere"). La conquista di un'identità sociale è fortemente legata alla strutturazione di un'identità personale, che diviene uno degli scopi primari della socializzazione. Nessuno nasce con la consapevolezza di se stesso: questo è l'esito graduale dei processi che compongono la sua esperienza. Tra questi, un posto rilevante spetta alle sue attività e interazioni sociali. È solo vivendo in continua interazione con gli altri che ogni individuo si forma un'identità di se stesso, delle proprie qualità e caratteristiche, dei propri limiti: il modo di agire si modifica in base alle reazioni che gli altri hanno di fronte al proprio comportamento e alle proprie azioni. Quindi quello che s'impara nel corso della vita diventa parte integrante della persona che crea, anche su quel sapere, un investimento affettivo al punto da far coincidere almeno una parte di se stessa con le proprie conoscenze: un infermiere tenderà a presentarsi come infermiere, un professore come un professore. È possibile, quindi, definire *identità autopercepita* l'idea, composita e rivista nel corso del tempo, che le persone hanno di loro stesse (Cozzi, Nigris, 1996). Quindi l'identità personale va considerata come un prodotto

COMUNICAZIONE AGLI ISCRITTI

Gentile Collega,
al fine di informatizzare l'invio delle comunicazioni rivolte ai Colleghi stiamo raccogliendo gli indirizzi e-mail degli iscritti all'albo che ne sono in possesso.
Ti invitiamo quindi a collegarti al sito www.ipasviso.org, compilare la modulistica e rinviarla debitamente firmata al nostro numero di fax 0342/517182.

sociale, come il risultato di una pluralità di relazioni con gli altri e dell'interiorizzazione delle norme, dei valori, delle abilità, delle aspettative tipiche della cultura in cui si nasce e in cui si è inseriti. L'identità non è qualcosa di statico, vale a dire una conquista realizzata in modo definitivo, ma è sottoposta a continue sollecitazioni e modificazioni man mano che il soggetto amplia la propria conoscenza del mondo circostante, per esempio, quando s'inserisce in una nuova scuola o in un nuovo ambiente di lavoro, oppure al momento di assumere nuovi ruoli, per esempio sposandosi o avendo figli. Tutti i frequenti cambiamenti legati all'evoluzione del normale ciclo di vita di una persona, portano ad una modificazione o ristrutturazione dell'identità personale, che inevitabilmente si riflette a sua volta sull'identità sociale dell'individuo spingendolo ad assumere nuovi ruoli o a ridefinire quelli precedenti, nonché ad instaurare nuove relazioni sociali o a mettere in discussione quelle vecchie (Volontè et al., 1999). In particolare nel passaggio, quindi, che avviene nella malattia sia acuta sia cronica, da ciò che si era a qualcosa che non è dato sapere con precisione, l'individuo impiega tutte le sue funzioni non solo fisiche, ma anche cognitive e affettive in modo tale da poter conservare al meglio la sua integrità fisica e psichica, in altre parole la sua vita. Per mantenere quest'integrità anche nella malattia, per far fronte alla minaccia di morte ad essa costitutivamente interna, per «resistere» al pericolo della sua dissoluzione totale, il malato ricorre a tutte le sue risorse psicologiche e quindi alla sua capacità da un lato di «difendersi» dai rischi che la malattia comporta, e dall'altro, più raramente, alla sua capacità di elaborare le conseguenze e le perdite, rifinendo quindi una nuova identità di se. Secondo la psicologia medica, la capacità di far fronte alla perdita d'integrità che inevitabilmente comporta l'esperienza di malattia sarebbe in diretta relazione con i cosiddetti «meccanismi di difesa» in altre parole con i «processi psichici», spesso seguiti da una risposta comportamentale, che ogni individuo mette in atto, in parte automaticamente, per affrontare le situazioni stressanti e mediare i conflitti generati dallo scontro tra impulsi, desideri e affetti da una parte e proibizioni interne e/o della realtà esterna dall'altra (Zannini, 2001, pag. 196).

L'influenza dell'organizzazione sanitaria sulla persona assistita

L'evento malattia comporta sempre un disagio per l'individuo che avverte senso di pericolo e frustrazione dalla sua nuova situazione. Il malato percepisce, spesso indistintamente, la riduzione del suo spazio vitale, della sua progettualità e sente che la sua integrità fisica e psichica è intaccata. La malattia si carica di dolore, sentimenti, paure ed angosce. L'individuo prova questi sentimenti in base all'idea che si è fatto della malattia, il modellamento che la società e la cultura d'appartenenza hanno compiuto sulla stessa, i rapporti sociali e le conseguenze che su di essi hanno il malessere dell'individuo, la sua condizione lavorativa e la soddisfazione nutrita per essa (Zannini, 2001). Oltre a ciò, la struttura sanitaria con cui il paziente viene a contatto e in concreto l'incontro con le persone che vi operano svolge un ruolo importante con riferimento al riconoscimento delle caratteristiche e specificità della persona. Secondo Parsons (1951) l'instaurarsi della malattia e della "condizione di malato" è sia un processo socio-psicologico, sia un processo fisico. Egli suggerisce l'esistenza di ruoli, sia impliciti sia espliciti, nella società, riguardanti il malato; infatti, una volta che l'individuo ha contratto la malattia o diviene disabile, l'etichetta di malato può riguardare sia le aspettative che gli altri hanno nei confronti della persona malata, sia le aspettative del paziente stesso nei confronti del proprio comportamento. Il ruolo del malato, secondo il sociologo è caratterizzato da quattro aspetti basilari:

- La malattia è involontaria e quindi il malato non è responsabile delle proprie condizioni. Inoltre, l'individuo non è in grado di migliorare le proprie condizioni senza assistenza sanitaria ed intervento terapeutico. L'essere etichettato come malato pone l'individuo in condizioni di dipendenza e d'impotenza poiché deve essere curato da altri.
- Essere etichettato come malato da un medico legittima una serie di comportamenti che esonerano l'individuo dalle proprie responsabilità e dai propri obblighi sociali. Si permette così all'individuo malato di sottrarsi ai doveri abituali sul lavoro, in famiglia, a scuola e così via.
- Il ruolo di malato è legittimato soltanto nella misura in cui l'individuo s'impegna in comportamenti che indicano il suo desiderio di ritornare rapidamente ad uno stato di salute.
- Infine, il ruolo di malato implica l'obbligo da parte dell'individuo di cercare attivamente l'aiuto di operatori sanitari competenti e di altri agenti terapeutici, e di collaborare con loro per migliorare i comportamenti relativi alla salute.

In seguito al fatto di essere stato etichettato come malato, l'individuo si comporta diversamente, secondo come gli altri si comportano nei suoi confronti (Melamed, Siegel, 1983, pag. 120).

Anche l'ospedalizzazione rappresenta un fattore di stress nella vita di un individuo malato perché al senso di paura, ansia e frustrazione, generati dalla malattia, si unisce il fatto di essere staccato dalla quotidianità di ogni giorno (famiglia, amici, vicini, lavoro, svaghi), di essere costretto a regole di vita nuove (orari dei pasti, ad esempio) e a conoscenze nuove (compagni di stanza) che possono essere non gradite. Il malato ospedalizzato vive, oltre ai traumi psichici inferti dalla malattia e allo shock emotivo provocato dalla necessità del ricovero, tutta una serie di fattori di stress: "ambiente non familiare, perdita di indipendenza, separazione dal coniuge, eventuali problemi finanziari, isolamento dagli altri, mancanza di informazione sulla malattia e sulle relative cure, timore di malattia grave, separazione dalla famiglia e problemi con i farmaci" (Marchi, 1993, pag. 38). Inoltre, l'organizzazione sanitaria non attribuisce alla persona la titolarità ad un pieno riconoscimento sociale e la possibilità di mettere in luce le proprie particolarità. Nella quotidianità, l'idea che le persone si fanno degli altri, definibile con il termine di *identità attribuita,* è veicolata dall'apparenza fisica: l'età, il sesso, i tratti somatici tipici del gruppo etnico. Inoltre generalmente in base all'apparenza visibile le persone si fanno un'idea di chi e di che cosa gli altri individui potrebbero essere. In sostanza è possibile sostenere che identità ed immagine sono tra loro in reciproco rapporto e in reciproca influenza: l'immagine condiziona le attribuzioni d'identità da parte delle altre persone; l'identità specifica

o quella che gli altri attribuiscono, porta a mantenere una determinata immagine, e vale a dire una certa apparenza. Per fare questo l'individuo interviene direttamente sugli aspetti che ritiene vadano modificati: manipolazioni del corpo (pettinatura ecc.), abiti e accessori, gli oggetti, gli spazi utilizzati. I problemi per la presentazione della propria immagine nascono, quando gli individui non possono avere piena disponibilità di tutti questi elementi, in pratica nelle situazioni di costrizione, di istituzionalizzazione: categorie nelle quali si riconosce in parte anche l'ospedalizzazione (Cozzi, Nigris, 1996). L'ospedale, quindi, pur non connotandosi come *istituzione totale* nell'accezione estrema espressa da Bettelheim (1946) e Goffman (1961) è pur sempre un luogo la cui vita all'interno è regolata secondo *routines* piuttosto rigide a cui i membri non possono sottrarsi senza subire delle sanzioni. Le persone al loro ingresso ricevono una sorta di codice identificativo, tramite il quale saranno identificati all'interno della stessa organizzazione sanitaria e spesso anche una "divisa" nella fattispecie "il pigiama" o "il camice ospedaliero" che segna l'appartenenza all'istituzione. Tutti questi elementi segnalano anche simbolicamente la separazione tra il mondo esterno e quello delimitato dai confini dell'istituzione sanitaria (Volontè et al., 1999). Chapman (1980) sostiene che la socializzazione al ruolo di paziente non ha inizio con il ricovero, ma addirittura lo precede ed avviene nel momento in cui il nome è scritto nella lista d'attesa. Le pratiche d'ammissione hanno la funzione di "un rito di passaggio". Le tecniche d'inquadramento all'ingresso che si tende a percepire come un semplice espediente organizzativo per "trattare" con più facilità con un numero elevato di persone, hanno in realtà un risvolto estremamente più sinistro: è in realtà la precondizione per poter trattare tutti allo stesso modo, di là dalle differenze di carattere individuali. Negli ospedali in realtà ognuno mantiene intatti i suoi diritti, ma nei suoi confronti è messa in atto, in ogni caso, una serie di limitazioni, su abiti, oggetti e spazi tali da non permettere alle persone di presentare un'immagine che corrisponda a quella che esse percepiscono come la loro identità. L'ospedale, inoltre, si presenta come un luogo senza "fronzoli", senza lussi, in cui si bada solo all'essenziale, cioè alla malattia, senza concedere nulla all'estetica, tutto è assolutamente anonimo. Una serie di professionisti entra nella stanza: chi per raccogliere l'anamnesi, chi per un prelievo di sangue, chi per portare cibo. Tutti più o meno veloci ed efficienti, ma hanno poco tempo per fornire al malato informazioni, per dimostrare disponibilità, per suscitare confidenza. Sembra che la persona sia considerata una "malattia" più che "una persona malata" (Farnè, 2001). In quest'ambiente convivono due ranghi di persone: i malati e gli operatori sanitari; due ranghi molto diversi, i primi definiti come «malati», i secondi come «sani» il cui tipo di vita all'interno dell'istituzione è quella tipica del lavoratore. Esiste, inoltre un ritmo d'attività che è prestabilito, apparentemente immutabile e con una schiera di addetti pronti a farlo rispettare. Le regole sembrano più motivate dalle necessità dell'istituzione ospedaliera che dai reali bisogni dei malati. Il risultato è che, invischiati negli ingranaggi, gli operatori sanitari possono arrivare a considerare i malati più come "materia di lavoro" che come persone, per questo si rivolgono loro in modo anonimo dando ai pazienti l'idea di essere quasi inesistenti in quanto persone, se non fosse per le "scartoffie" compilate al momento del ricovero. L'entrata in ospedale comporta inevitabilmente un cambiamento nella vita delle persone, che sono «spogliate» della loro veste abituale per rivestire i panni del malato (Kanizsa, 1994). Le organizzazioni si basano quindi sul principio della rinuncia ad una parte della libertà individuale tra cui il diritto di essere trattate come persone, nella loro interezza e non solo con riferimento al ruolo svolto in quella specifica organizzazione. Nel caso dell'ospedale ciò generalmente può significare che da un punto di vista organizzativo il medico e l'infermiere saranno visti, non come persone nella loro interezza, ma nell'ottica del ruolo organizzativo che nell'istituzione sanitaria essi occupano. Contemporaneamente la persona che nell'organizzazione ha il potere minore, vale a dire l'assistito, vedrà ignorate la maggior parte delle sue caratteristiche individuali e in altre parole la sua identità autopercepita (Cozzi, Nigris, 1996).

La persona in ospedale: identità ignorata

Il ricovero ospedaliero può rappresentare un momento quasi obbligato nella vita di ciascuna persona, in virtù del quale come più volte sottolineato, deriva l'assoggettamento ad una serie di passaggi imposti, attraverso i quali si cessa temporaneamente di essere ciò che si è nella vita quotidiana per diventare dei "pazienti", assumere il "ruolo di malato" descritto da Parsons (1951). Questo processo è definito, appunto con il termine di istituzionalizzazione che indica la presa in carico della persona assistita da parte dell'organizzazione e il suo passaggio da individuo con una sua storia personale, a persona fatta oggetto di cure. Tale assunzione di "ruolo di malato" avviene attraverso una serie di tappe successive: separazione (dalla vita abituale), passaggio (in terra di nessuno), incorporazione (in un nuovo status). Goffman (1961) descrive il processo di adattamento all'ospedalizzazione con i termini di alienazione, modificazione e rinascita, cioè l'acquisizione di un nuovo modo di concepire se stessi. I momenti rilevanti del processo d'istituzionalizzazione secondo Cozzi, Nigris (1996) sono tre:

1. Il **livellamento** che consiste nella spogliazione: alla persona è richiesto di indossare la divisa di malato (il pigiama), oltre al fatto di mettersi a letto, qualunque sia il suo stato che può condurre alla percezione dello stesso come un'appendice del corpo. Viene anche meno il rapporto con l'arredo casalingo che riflette il modo di essere di ciascuno: in cambio vengono dati oggetti non altrettanto belli o non altrettanto funzionali, dalle lenzuola agli armadietti che spesso mancano o sono senza chiave.
2. La **limitazione** che consiste nel controllo degli spazi di movimento ritenuto necessario per il buon funzionamento del reparto. A ciò si aggiungono le limitazioni in termini di orari, visite che rendono possibile l'organizzazione delle attività di cura.
3. La **riduzione** che si riferisce alla considerazione parziale degli individui che deriva da tutte le variabili sopra citate che si concretizza anche in atteggiamenti comunicativi di mancato riconoscimento personale: l'utilizzo del "tu", l'oggettivazione nel trattamento verbale, l'impersonalità nel trattamento non verbale dei pazienti.

In conclusione è spesso difficile per gli operatori sanitari "visualizzare" il mondo "interno" del paziente ma anche il suo mondo "esterno", quel mondo nel quale svolge una di quelle miriadi di attività di cui si può occupare un individuo. Eppure è la sua vita come individuo nel mondo "reale" che lo ha portato ad essere quello che è ora, mondo al quale prima o poi tornerà seppur trasformato. Il personale sanitario con il suo comportamento può fare molto per il paziente ad un livello in cui l'identità del paziente è salvaguardata e protetta e soprattutto non viene ignorata o diminuita.

Bibliografia

Chapman C.M. (1980) *Sociologia per la professione infermieristica*. Roma: Armando Editore,

Cozzi D., Nigris D. (1996) *Gesti di Cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*. Milano: Colibrì.

Devoto G., Oli G.C. (2002) *Il dizionario della lingua italiana*. Firenze: Le Monnier.

Farnè M. (2001) *Psicologia salute e malattia*. Bologna Zanichelli.

Goffman E. (1968) *Asylimus*. Torino: Einaudi.

Inghilleri P. (1998) *Psicologia dello sviluppo*. Milano: Guerini Studio.

Kanizsa S. (1994) *L'ascolto del malato*. Milano: Guerini Studio.1994

Manara F. D. (2004), a cura di, *Infermieristica interculturale*. Roma: Carocci.

Mazzetti M. (2003) *Il dialogo transculturale*. Roma: Carocci.

Marchi R. (1993) *La comunicazione terapeutica*. Milano: Sorbona.

Melamed B. G., Siegel L. J. (1983) *Medicina comportamentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Parsons T. (1965) *Il sistema sociale*. Milano: Edizioni di Comunità.

Tullio-Altan (1996) *Antropologia*. Milano: Feltrinelli Editore.

Volontà P., Lunghi C., Magatti M., Mora E. (1999) *Concetti, metodi, temi di Sociologia*. Milano: Einaudi Scuola.

Zannini L. (2001) *Salute, Malattia e Cura*. Milano: Franco Angeli.

* *Tutor corso di Laurea in Infermieristica università di Milano Bicocca Sez. Sondrio e Consigliere Collegio Ipasvi.*

Infermiere Forense

L'infermieristica legale e forense

di Motacchi Laura*

Le significative trasformazioni che, in quest'ultimo decennio, hanno interessato l'evoluzione della professione infermieristica italiana hanno comportato continue ed approfondite riflessioni non solo sulle nuove e più complesse competenze che l'infermiere è chiamato a garantire nell'esercizio della professione, allo scopo di migliorare l'assistenza nei confronti dell'utenza, ma anche sul patrimonio di contenuti che arricchiscono costantemente la disciplina infermieristica e il suo insegnamento nei corsi universitari di base (laurea in infermieristica) e post-base (master universitari di primo livello e laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche). Tra le più recenti novità in tema di nuove specializzazioni accademiche, si annovera la figura dell'Infermiere legale e forense, per il quale alcuni Atenei italiani (le Università degli Studi di Milano, Firenze, Lecce e Bari, in collaborazione con IPASVI) hanno attivato uno specifico percorso di formazione post-base, utilizzando la via del Master universitario di primo livello.

L'Infermiere legale e forense è un professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguardi l'esercizio dell'assistenza infermieristica.

Si tratta, dunque, della nascita e dello sviluppo di una nuova branca della disciplina che si propone di studiare gli aspetti concettuali, metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica, allo scopo di promuovere la sua concreta applicazione in una serie di potenziali settori di sviluppo occupazionale.

Questa nuova specializzazione rappresenta una risposta all'aumento delle responsabilità legate alla professione infermieristica e alla domanda di nuove figure di consulenza volte a garantire la qualità e la sicurezza del servizio assistenziale e a ridurre l'incidenza degli errori in sanità. Tale professionista ha competenze che gli consentono di rispondere appieno alle nuove esigenze delle diverse realtà organizzative dell'universo salute, come nel caso dell'emergenza-urgenza e del Soccorso Violenza Sessuale, dei Dipartimenti di Psichiatria, Ostetricia e Ginecologia, nonché della Direzione Sanitaria Unità di Risk Management. L'Infermiere legale e forense ha ampie prospettive occupazionali anche nell'area sanitaria extra-ospedaliera. Le Asl, i S.E.R.T., i Tribunali, le Agenzie Assicurative e gli Istituti Penitenziari, solo per citare qualche esempio, necessitano infatti di professionisti in grado di fornire un contributo tangibile in termini sia di rilevazione delle prove che di assistenza alle vittime.

L'Infermieristica legale e forense è una specialità di recentissima introduzione in Italia, mentre in altri Paesi, come Stati Uniti e Canada, vanta origini più consolidate. Venne ufficialmente riconosciuta nel 1995 dall'American Nurses Association (ANA), come ringraziamento dell'attività esercitata dalle colleghe statunitensi dall'inizio di quel decennio; in particolare esse svolgevano interventi di sostegno e di consulenza a vittime di crimini violenti.

Nel corso degli anni sono state numerose le definizioni d'Infermieristica legale offerte da studiosi e ricercatori. Nel 1998 la IAFN, International Association of Forensic Nurses, propose tale definizione: "*La professione di infermiere legale consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale, in combinazione con una preparazione bio – psico – sociale dell'infermiere diplomato, nel campo dell'indagine scientifica, del trattamento di casi di lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenza, attività delinquenziale ed incidenti traumatici*". Questa definizione fu confermata negli anni seguenti ed è tutt'oggi in vigore. Essa dà chiaro risalto alla natura mista di questa specializzazione, nel suo combinare la disciplina infermieristica ai procedimenti giudiziari e della comunità.

L'attivazione dei master in Infermieristica legale dimostra che in Italia è in continua crescita l'esigenza di avere a disposizione professionisti preparati in materia legale, che possano essere riconosciuti dall'organizzazione giudiziaria non come giuristi, ma come periti, cioè esperti in virtù di conoscenze specifiche sugli aspetti tecnico-professionali dell'assistenza infermieristica e della relativa dimensione legale.

Le possibili aree di intervento dell'Infermieristica legale si diversificano per campo di applicazione:

- *Nursing clinico forense*: L'applicazione degli aspetti forensi all'assistenza sanitaria ai fini dell'investigazione scientifica e del trattamento dei traumi e/o dei decessi o correlati a questioni medico-legali, per i pazienti in vita o la cui morte si è verificata durante il trattamento del trauma.
- *Nursing Emergency Room forense*: nell'area dell'emergenza, del pronto soccorso e della terapia intensiva assume rilevanza la fornitura di un'assistenza forense basata sul riconoscimento dei casi di violenza e/o abusi.
- *Nursing forense geriatrico:* L'applicazione delle conoscenze infermieristiche per l'assistenza agli anziani, con attenzione alle problematiche dei diritti legali ed umani di abuso e/o negligenze o sfruttamento.
- *Nursing psichiatrico forense*: L'applicazione delle conoscenze psichiatriche volte ad un'assistenza sanitaria mentale della persona mentalmente disturbata.
- *Nursing forense investigativo*: L'applicazione delle conoscenze infermieristiche nelle indagini relative alla colpa per decessi inaspettati o violenti o altre fattispecie di ipotesi di reato, in un'ottica di collaborazione con i medici specialisti di medicina legale per la raccolta delle evidenze.
- *Infermiere esaminatore forense*: Fornisce un'analisi ed una valutazione del trauma dovuta a violenza sessuale ed ad altri tipi di impersonale. Funge da punto di contatto tra le istituzioni sanitarie, le agenzie legali e la corte di giustizia.
- *Nursing pediatrico forense*: L'applicazione delle conoscenze del nursing all'assistenza ai minorenni, con particolare riguardo agli abusi e/o alla negligenza ed agli aspetti concernenti i diritti legali o umani.
- *Consulente infermieristico legale (LNC)*: L'infermiere che impiega le conoscenze cliniche per assistere i magistrati nelle cause in cui il diritto e la medicina si intersecano.

In tutte queste situazioni il personale infermieristico può rappresentare un interlocutore privilegiato in quanto molte volte prende in carico ed assiste per primo il paziente, così come sempre per primo prende contatto con i familiari, si occupa non solo della persona, ma anche dei suoi beni, e di conseguenza può entrare più facilmente in contatto con elementi significativi anche da un punto di vista giuridico ed investigativo – ad esempio campioni biologici, rilevanti nel caso ci si stia occupando di episodi di violenza -.

Nell'attività di Infermieristica legale possono trovare concrete applicazioni molti principi di carattere comunicativo propri della dimensione relazionale dell'assistenza infermieristica. Ad esempio durante un colloquio in pronto soccorso con persone che possono aver subito una violenza è fondamentale lo sviluppo di un sentimento di fiducia, di empatia e la costruzione di un ambiente che faciliti l'espressione da parte del soggetto e che lo aiuti ad affrontare l'argomento della violenza subita, nella consapevolezza di trovarsi di fronte ad un professionista capace non solo di ascoltare, ma anche di assistere e curare per le sue specifiche competenze. Il personale infermieristico specializzato in infermieristica legale e forense può quindi fornire ai pazienti un sostegno psicologico, svolgere una funzione da tramite con gli interlocutori (medici, psicologi e assistenti sociali), promuovere e assicurare la qualità e la continuità delle cure, rappresentare un'importante fonte di informazioni.

L'Infermieristica legale e forense può e deve apparire, dunque, come un'occasione per valorizzare la professione infermieristica e i suoi caratteri di autonomia, responsabilità e competenza; la disponibilità di figure sempre più specializzate procede nell'interesse sia del professionista, ma soprattutto dello stesso utente.

Un gruppo di infermieri ed ostetriche, di varie specialità e provenienti da realtà ospedaliere diverse, specializzate in Infermieristica e Ostetricia legale e forense hanno contribuito alla realizzazione di un sito internet interamente dedicato a promuovere la diffusione della conoscenza dell'esistenza di questa nuova branca dell'infermieristica. Il sito è visitabile all'indirizzo www.infolef.it.

Bibliografia:

Enrico Frisone, "Infermieristica forense", *Nursing Oggi*, n. 3, 2005.

Elisa Crotti, "Prima edizione Master in Infermieristica e Ostetricia Legale e Forense:30 i diplomi assegnati", *Io infermiere*, n. 3, 2006.

Giovanni Muttillo, "Presentato il master in Infermieristica e Ostetricia Legale e Forense alla European Federation of Nurses Associations di Bruxelles", *Io infermiere*, n. 2, 2007.

Giovanni Muttillo, Ivana Maria Rosi, "Il ruolo del consulente infermieristico legale", Atti IV° Forum Internazionale sull'EBN, *L'assistenza infermieristica basata sull'evidenza – Promuovere l'eccellenza nelle scienze infermieristiche* – , Milano, novembre 2003.

Sitografia:

www.unimi.it/studenti/master
www.infolef.it

* *master di primo livello in Infermieristica e ostetricia legale e forense.*

L'INFERMIERE LEGALE E FORENSE

Profilo di competenza:

L'infermiere legale e forense

- ha competenze nell'infermieristica ed ostetricia legale e forense, nell'area etico-deontologica, giuridicoforense e medico-legale, allo scopo di operare efficacemente nell'ambito dei risvolti tecnici professionali delle diverse aree specifiche professionali (prevenzione, diagnosi precoce, educazione alla salute, assistenza, educazione terapeutica, gestione, formazione, consulenza, ricerca);
- Ha sviluppato competenze con riferimento alla normativa vigente;
- E' in grado di fornire prestazioni competenti nei vari settori di applicazione forense dell'attività infermieristica ed ostetrica (violenza sessuale, patologia forense, medicina penitenziaria, maltrattamenti,collaborazione con l'Autorità Giudiziaria);
- Sarà in grado di orientarsi nella casistica dei contenziosi, così da fornire consulenza su temi specifici.

Prospettive occupazionali:

- Area sanitaria intraospedaliera: Area dell'Emergenza-Urgenza, Dipartimenti di Psichiatria, Ostetricia e Ginecologia, Sala Anatomica, Direzione Sanitaria Unità di Risk Management, URP, Centri SVS.
- Area sanitaria extraospedaliera: Area dell'Emergenza-Urgenza, Sala Anatomica, ASL, S.E.R.T., NOA, Consultori, Tribunali, Agenzie assicurative, Istituti penitenziari, Istituti ed enti previdenziali, Ministero della Salute ed Assessorati Regionali alla Sanità, Forze Armate dello Stato e Polizia Giudiziaria.

Parliamone

Copyright by Collegio IP.AS.VI. - Sondrio

Pubblicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IP.AS.VI.
Viene inviato in abbonamento, si prega pertanto di comunicare tempestivamente il cambio di indirizzo al Collegio IP.AS.VI., via IV Novembre, 11 - 23100 Sondrio
E-mail: ipasviso@tiscali.it - ipasviso@libero.it

PRESIDENTE: Ercole Andrea Piani
VICE PRESIDENTE: Rosella Baraiolo
SEGRETARIO: Marisa Ambrosini
TESORIERE: Edo Bagiolo

CONSIGLIERI:
Alberta Acquistapace - Ida Bertelli - Nevilla Borsi - Chiara Fognini - Michela Gianola - Carmela Ongaro - Bruno Orsini - Adelaide Tudori - Giuseppina Vanotti - Andrea Viviani

REVISORE DEI CONTI:
Presidente Giancarlo Bottà - membro eff. Carla Fallini - membro eff. Silvia Pes - membro supplente Gisella Tridella

HANNO COLLABORATO
Alberta Aquistapace - Giorgio M. Baratelli - Anna Maria Bergonzi - Tiziana Briotti - Carmen Crapella - Chiara Fognini - Laura Motacchi - Monica Nonini - Carmela Ongaro - Daniela Pianta - Daniela Scherrer - Andrea Viviani.

Area Critica

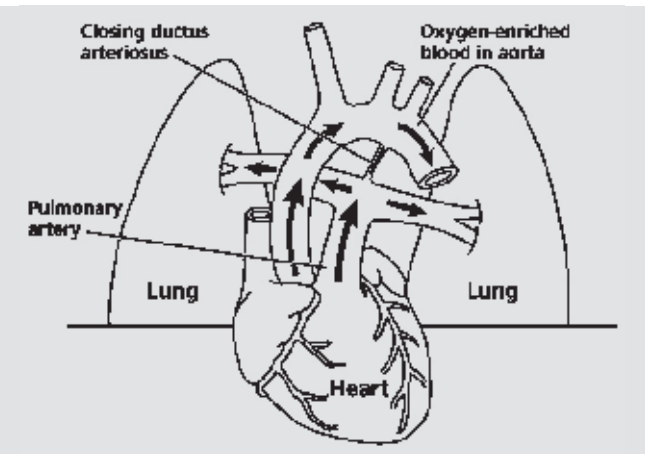
Urgenza rianimatoria neonatale

di Chiara Fognini*

FISIOPATOLOGIA CARDIORESPIRATORIA PERINATALE

Meccanismi di adattamento alla vita extrauterina

Quello della nascita è un momento molto delicato di transizione, in cui importanti modificazioni anatomiche e funzionali devono avvenire, per permettere l'adattamento del neonato alla vita extrauterina. Durante la vita fetale, infatti, la placenta assolve a tutte le funzioni, assorbendo dalla madre l'ossigeno e le sostanze nutritizie e cedendo anidride carbonica e scorie.
Dalla placenta la vena ombelicale porta sangue arterioso al feto, giungendo direttamente in vena cava inferiore. La maggior parte del sangue passa direttamente dall'atrio destro a quello sinistro attraverso il Forame Ovale, per essere spinto in Aorta dal ventricolo sinistro.
Solo una minima parte di sangue passa dall'atrio destro, attraverso il ventricolo destro, in arteria polmonare, per raggiungere i polmoni del feto, collabiti ed ancora privi di funzione. La vasocostrizione delle arteriole polmonari offre un'elevata resistenza al flusso ematico, che viene pertanto reindirizzato attraverso il Dotto arterioso di Botallo in Aorta.
I polmoni, il cui sviluppo inizia a sei settimane di età gestazionale e prosegue sino ai due anni di vita, non partecipano agli scambi gassosi. Durante lo sviluppo intrauterino il polmone si riempie di un fluido (ultrafiltrato plasmatico) prodotto in tale sede: alla fine di una gestazione a termine raggiunge i 30 ml/kg . Nonostante gli scambi respiratori avvengano a livello placentare, dal terzo trimestre in poi nel feto inizia l'attività respiratoria, che serve a sviluppare adeguatamente l'apparato respiratorio per la vita postnatale.
Alla nascita, con i primi atti inspiratori, i polmoni iniziano ad espandersi riempiendosi di aria. Il liquido polmonare viene riassorbitodai capillari e dai vasi linfatici, lasciando gradatamente gli alveoli. La tendenza naturale degli alveoli a collabire è poi contrastata dall'azione del surfactante, sostanza tensioattiva che riducendo la tensione superficiale favorisce la distensione alveolare. Tali molecole iniziano ad essere prodotte dalla 20° settimana gestazionale, in quantità via via crescente, sino a raggiungere una quantità sufficiente alla 34° settimana. Contemporaneamente all'espansione alveolare, le arteriole polmonari si dilatano, aumentando notevolmente il flusso ematico polmonare: tutto il sangue contenuto nel ventricolo destro fluisce nell'arteria polmonare e nei suoi rami, il dotto arterioso, ora non più utilizzato, in poco tempo si oblitera.

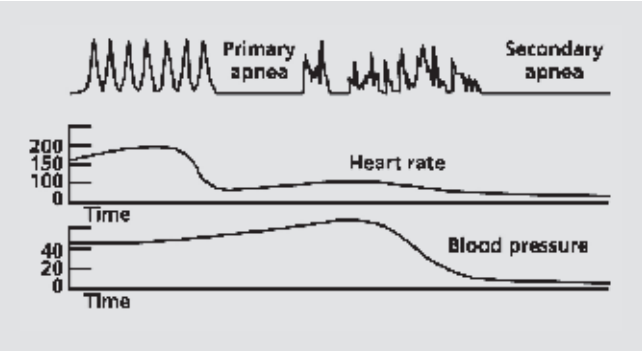


La pressione in atrio sinistro supera quella dell'atrio destro: si ha la chiusura funzionale del Forame Ovale.
Con il taglio del cordone ombelicale cessa la circolazione fetoplacentare; la vena e le due arterie ombelicali si chiudono definitivamente. Si stabilisce in questo modo la normale circolazione extrauterina.

Depressione neonatale, asfissia, apnea primaria e secondaria

Il neonato depresso alla nascita mostra un tono muscolare ridotto e conseguente difficoltà ad iniziare una respirazione adeguata.
Possono essere causa di depressione alla nascita:
- *Asfissia intrauterina*
- *Prematurità*
- *Farmaci somministrati o assunti dalla madre*
- *Malattie neuromuscolari congenite*
- *Malformazioni congenite*
- *Ipossia intrapartum* (2)

Nel neonato depresso, incapace di iniziare una ventilazione spontanea adeguata, i meccanismi di adattamento alla vita extrauterina (innescati come si è detto dai primi atti respiratori) sono rallentati oppure assenti. L'ipossia si trasforma progressivamente in asfissia.
La prima risposta all'ipossia (sia dopo la nascita che in utero) è un aumento della frequenza respiratoria. Se lo stato di asfissia continua, gli atti respiratori cessano, la frequenza cardiaca diminuisce: il neonato va incontro ad una fase di **apnea primaria.**
Se tale condizione persiste, si cominceranno ad avere sforzi respiratori irregolari (gasping), che lentamente diminuiscono in frequenza ed intensità fino a cessare definitivamente: **apnea secondaria**.



La frequenza cardiaca e la pressione arteriosa continueranno a diminuire sino all'arresto. L'asfissia, definita come diminuita PaO_2, aumentata $PaCO_2$ e ridotto pH, si determina per un inadeguato scambio gassoso attraverso la placenta (asfissia fetale) o attraverso il polmone (asfissia neonatale). In seguito ad asfissia fetale il neonato può pertanto passare dall'apnea primaria (facilmente correggibile e reversibile) a quella secondaria (che non risponde alla sola stimolazione e richiede ventilazione a pressione positiva) mentre si trova ancora in utero.
Ipossia ed acidosi impediscono inoltre la vasodilatazione delle arteriole polmonari, aumentando le resistenze vascolari. Persiste in tal modo la circolazione fetale: il sangue che dovrebbe perfondere i polmoni continua invece a passare attraverso il Dotto Arterioso. L'ossigenazione ematica risulta ulteriormente compromessa. Il feto ed il neonato possono tollerare bene una condizione di asfissia, ma se questa persiste a lungo, possono instaurarsi danni cerebrali permanenti oppure la morte.

PREPARAZIONE ALLA RIANIMAZIONE

Identificazione del neonato a rischio

Asfissia perinatale e prematurità estrema sono le due complicanze che molto spesso richiedono interventi complessi di rianimazione da parte di personale adeguatamente formato.
Nonostante solamente il 60% dei neonati asfittici può essere individuato prima del parto (5), in molti casi è possibile identificare precocemente situazioni a rischio.
Grazie ai notevoli sviluppi della medicina diagnostica prenatale, sempre più donne con gravidanze a rischio vengono indirizzate verso centri altamente specialistici, con terapie intensive neonatali annesse alla struttura.
Tuttavia, fra le *alterazioni frequentemente associate con asfissia alla nascita* (7) indicate nel riquadro in basso, ve ne sono alcune di frequente riscontro anche in centri meno attrezzati, come la nostra Azienda.

ALTERAZIONI FREQUENTEMENTE ASSOCIATE CON ASFISSIA ALLA NASCITA

- **Situazioni materne**
- Primigravida di età superiore a 35 anni
- Diabete
- Ipertensione
- Tossiemia
- Terapie (glicocorticoidi, antimetabolitiresurpina, carbonato di litio, magnesio, farmaci bloccanti i recettori adrenergici,diuretici, alcool etilico)
- Livelli anormali di estriolo
- Anemia (emoglobina inferiore a 10g/100ml)
- Isoimmunizzazione
- Figlio precedente affetto da malattia ereditaria
- Infezione materna pregressa o in atto con rosolia, herpes simplex o sifilide
- Distacco placentare
- Placenta previa
- Emorragia preparto
- Figlio precedente con ittero, trombocitopenia, di stress cardiorespiratorio o malformazione congenita
- Narcotici, barbiturici, tranquillanti o psicofarmaci
- Intossicazione da alcool etilico
- Pregressa morte neonatale
- Rottura prolungata delle membrane

Situazioni legate al travaglio ed al parto
- Applicazione di forcipe, escluso il forcipe basso
- Applicazione di vacuum extractum
- Presentazione anomala
- Taglio cesareo
- Travaglio prolungato
- Prolasso del funicolo
- Sproporzione feto-pelvica
- Ipotensione materna
- Sedativi o analgesici somministrati ev 1 ora prima del parto o im 2 ore prima del parto
- Situazioni fetali
- Gravidanza multipla
- Polidramnios
- Liquido amniotico tinto di meconio
- Anomalie del ritmo o della frequenza cardiaca
- Acidosi (sangue capillare testa del feto)
- Diminuita velocità di accrescimento (ampiezza uterina)
- Parto prematuro
- Test di maturazione polmonare, sul liquido amniotico o nelle prime 24 ore di vita, negativi

Situazioni neonatali
- Asfissia intrapartum
- Peso corporeo inappropriato per l'età gestazionale
- Cute, narici o cordone tinti di meconio
- Sintomi di distress cardiorespiratorio

Taglio cesareo
Circa due terzi del liquido polmonare fetale vengono espulsi dal neonato durante il travaglio, grazie all'aumento delle pressioni in utero. Durante la nascita il ritorno elastico della gabbia toracica compressa facilita il riempimento aereo del polmone. I neonati partoriti con taglio cesareo presentano pressioni arteriose e resistenze polmonari più elevate rispetto ai neonati da parto spontaneo(7).
Lo stress da parto sembrerebbe inoltre aumentare la produzione di catecolamine, che hanno nel passaggio dalla vita intra a quella extrauterina importanti funzioni, fra le quali la stimolazione della clearance del liquido polmonare prima della nascita e del rilascio di surfactante.

Travaglio prolungato
Il travaglio può aumentare il rischio di ipossia: le contrazioni uterine che producono diminuzioni transitorie del flusso ematico alla placenta, e l'occlusione di uno o più vasi ombelicali possono portare ad interruzioni nello scambio di gas fra madre e feto (6). Se queste interruzioni si ripetono o sono prolungate nel tempo, si possono manifestare ipossia, ipercapnia ed acidosi respiratoria. In ultima battuta si ha il passaggio del metabolismo da aerobio ad anaerobio, con sofferenza tissutale.

Liquido tinto
Il meconio è una sostanza verdastra, fluida, che rappresenta il prodotto di scarto del feto. La sua presenza all'interno del liquido amniotico può essere una risposta a particolari condizioni di stress (ipossia, asfissia, acidosi…) così come può rappresentare semplicemente la maturazione della funzione intestinale del feto (8).
La sindrome da aspirazione di meconio viene definita come la presenza di meconio al di sotto delle corde vocali, e si manifesta nel 20-30% dei neonati con liquido tinto. Sebbene il problema principale correlato alla presenza di meconio sia l'ostruzione delle vie aeree, tale sostanza è causa di danni ulteriori: in attivazione del surfactante endogeno con conseguente atelectasia polmonare, infiammazione e/o necrosi della membrana placentare, polmonite nel 50% dei casi (8).

Distacco placentare
Diversi sono i gradi di distacco prematuro della placenta dall'utero, da pochi millimetri al distacco completo. La sofferenza fetale varia in base al grado di distacco.

Gravidanza multipla
Le gravidanze multiple vedono un incremento nella frequenza di depressione perinatale ed asfissia alla nascita dovuti a varie cause. Avvolgimento del cordone ombelicale, gemelli incastrati, prolasso del cordone, placenta previa, rottura dell'utero (9)…oltre chiaramente a prematurità (circa il 50% dei parti gemellari ha luogo prima della 37esima settimana gestazionale) e basso peso alla nascita.

Personale ed attrezzature

Parto "normale"
Indipendentemente dall'identificazione di fattori di rischio, ad ogni parto potrebbe verificarsi la nascita di un neonato depresso. L'equipaggiamento minimo dovrebbe pertanto sempre comprendere:
- Lettino aperto con pannello radiante preriscaldato
- Fonte e dispositivi per aspirazione
- Fonte di ossigeno e dispositivi per ventilazione
- Dispositivi per accesso venoso
- Farmaci

Ad ogni parto deve essere presente almeno una persona esperta in rianimazione neonatale, che si dedichi unicamente all'assistenza del bambino. Non è sufficiente avere qualcuno "reperibile su chiamata" per la rianimazione dei neonati in sala parto. Quando questa è necessaria, occorre operare senza ritardo (2).

Asfissia prevista
Quando si prevede la nascita di un neonato depresso, devono essere presenti almeno due persone in grado di collaborare nell'esecuzione di tecniche di rianimazione avanzata: intubazione, somministrazione di farmaci…Tutto il materiale necessario deve essere pronto all'uso. In caso di parto multiplo occorre approntare materiale e personale adeguato a gestire ogni neonato.

INTERVENTI RIANIMATORI

Misure iniziali

Prevenire la dispersione di calore
La termoregolazione intrauterina è passiva, senza impiego di ossigeno e calorie da parte del feto. I neonati hanno una capacità di produrre calore limitata, una vasta superficie rispetto alla massa corporea, cute sottile e maggiore permeabilità della pelle all'acqua.
Una corretta prevenzione delle perdite di calore consente di evitare l'aumento del metabolismo basale e del consumo di ossigeno che comprometterebbe neonati già in condizioni ipossiche.
Dopo la nascita:
- Porre il neonato sotto un pannello radiante preriscaldato
- Asciugare rapidamente la pelle del neonato
- Sostituire i panni bagnati.

L'asciugatura oltre a rappresentare un primo fondamentale momento di valutazione, fornisce inoltre un iniziale stimolo al neonato, che può essere d'aiuto ad iniziare o proseguire gli atti respiratori. L'attenzione alla perdita di calore è importante per tutti i neonati; per i prematuri è un fattore fondamentale: in questo caso provvedere ad aumentare la temperatura della sala parto.

Liberare le vie aeree
Una volta asciugato, il neonato dev'essere posizionato correttamente, supino, con il collo leggermente esteso, eventualmente servendosi di uno spessore di 2-3 cm sotto le spalle.
Se non è presente meconio, provvedere all'aspirazione, nell'ordine, di bocca e naso.
Un'aspirazione prolungata o troppo profonda può essere causa di bradicardia, apnea, ipotensione e laringospasmo: controllare che la pressione nella fonte di aspirazione non superi i 100 mmHg.
Presenza di meconio
Piccole quantità di meconio emesse dal feto possono tingere il liquido amniotico di meconio, senza che al suo interno vi siano particelle dense, visibili. Il rischio di aspirazione insorge quando il meconio è particolarmente denso e può andare ad ostruire le vie aeree del neonato.In tutti i neonati che hanno emesso meconio, non appena la testa è disimpegnata (prima del disimpegno delle spalle) mediante un catetere da suzione 10F o più largo aspirare scrupolosamente la bocca, la faringe ed il naso. Dopo il parto, nel neonato depresso o in presenza di meconio denso, si procederà ad un'ulteriore aspirazione delle vie aeree attraverso visione diretta della trachea. Il migliore metodo di aspirazione consiste nell'intubazione e nel successivo collegamento del tubo orotracheale direttamente alla sorgente d'aspirazione, piuttosto che l'utilizzo di un catetere da suzione attraverso il tubo, in quanto di dimensione troppo ridotta per rimuovere adeguatamente il meconio. La rimozione in aspirazione del tubo dev'essere seguita dalla reintubazione fino a quando l'aspirato risulta privo di meconio. La ventilazione a pressione positiva può rendersi necessaria in neonati gravemente depressi anche se una parte di meconio rimane nelle vie aeree. Se il neonato al contrario è molto attivo e piange vigorosamente, può non essere necessaria l'aspirazione tracheale.

Stimolazione tattile
Asciugatura ed aspirazione sono spesso stimoli sufficienti a indurre il neonato a respirare. Se tuttavia la respirazione appare inadeguata, è possibile tentare con un'ulteriore stimolazione, attraverso vigorose frizioni sul dorso del bambino o con piccoli colpi sulla pianta del piede.Uno o due schiaffi o colpetti sulla pianta del piede o una o due frizioni del dorso sono solitamente sufficienti a stimolare il respiro di un neonato con apnea primaria (2).
Se non si ottiene alcuna risposta allo stimolo, si presume che il neonato sia in apnea secondaria, va pertanto sospesa la stimolazione ed iniziata immediatamente la ventilazione a pressione positiva.

Valutare le condizioni del neonato
La valutazione è principalmente basata sui tre segni:
• Attività respiratoria
• Frequenza cardiaca
• Colorito,
ed ha inizio contemporaneamente (se presente più di un operatore) o immediatamente dopo asciugatura ed aspirazione. Ad ogni valutazione corrisponde un intervento.

Attività respiratoria
La respirazione inizia solitamente entro 30 secondi di vita. Nei primi minuti dopo la nascita, la frequenza respiratoria dei neonati normali è compresa fra 30 e 60 atti/min.
Se sono presenti atti respiratori spontanei e adeguati si passerà alla valutazione successiva, la frequenza cardiaca. Se al contrario sono presenti gasping o apnea, si procederà alla stimolazione tattile oppure alla PPV in base alla valutazione dello sforzo respiratorio.

Frequenza cardiaca
La frequenza cardiaca di neonati normali è 120-160 battiti/minuto. Mentre la maggior parte dei neonati tollera frequenze cardiache superiori a 220 bpm con scarsi effetti dannosi, una frequenza inferiore a 100 bpm è spesso tollerata male in quanto riduce la gittata cardiaca e la perfusione tissutale.
La frequenza cardiaca viene rilevata attraverso lo stetoscopio o mediante la palpazione del polso a livello del cordone ombelicale. Se la FC è superiore a 100 bpm ed il neonato respira spontaneamente, si potrà proseguire nella valutazione, osservando il colorito. Se la FC è inferiore a 100 bpm, anche se presente respirazione spontanea, è indicata la PPV.

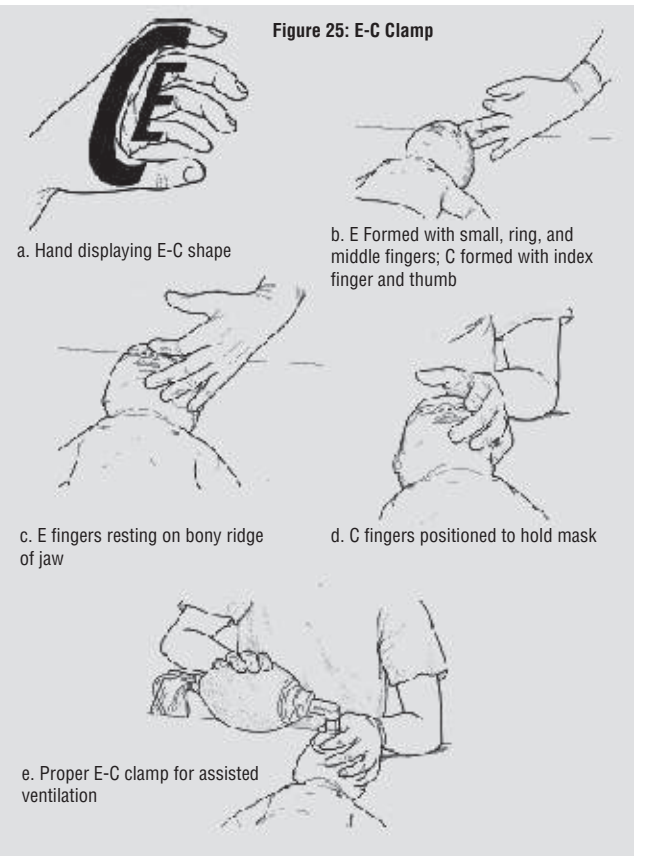
Colorito
Quasi tutti i neonati alla nascita hanno un colorito bluastro della cute. La cianosi centrale regredisce spontaneamente entro un minuto, permane solo alle estremità, a causa di una circolazione inizialmente rallentata.
Se persiste cianosi centrale, si rende necessaria la **somministrazione di ossigeno a flusso libero**.
Essa consiste nell'erogazione di O_2 ad una concentrazione del 100%, tramite mascherina e flusso regolato a 5 lt/min. Una volta che il neonato diventa roseo, la concentrazione di ossigeno viene gradualmente ridotta. Se si ripresentasse cianosi in seguito alla sospensione dell'ossigeno, riprendere la somministrazione, valutando se opportuno un tentativo di ventilazione a pressione positiva.

Il punteggio di Apgar
Il punteggio di Apgar, per convenzione eseguito ad uno e a cinque minuti dalla nascita, non viene utilizzato per determinare l'inizio della rianimazione: se il neonato richiede interventi in base alla valutazione di frequenza respiratoria, cardiaca e colorito, questi devono essere eseguiti immediatamente. L'inizio delle manovre rianimatorie non può essere posticipato sino al rilevamento dell'Apgar ad un minuto.
Per contro, se correttamente assegnato, può rappresentare uno strumento utile per valutare l'efficacia delle manovre rianimatoria. Il punteggio ad un minuto correla bene con l'acidosi e la sopravvivenza. Il punteggio a 5 minuti può essere elemento rilevatore di conseguenza neurologica (7).

Ventilazione

La ventilazione a pressione positiva (PPV) dev'essere immediatamente iniziata in caso di:
• Apnea/gasping
• Respirazione spontanea, ma FC<100 bpm
• Cianosi persistente, nonostante somministrazione di ossigeno al 100%.
La PPV può essere eseguita nella maggior parte dei casi sia con pallone e tubo che con pallone e maschera altrettanto efficacemente. Se si interviene prontamente, i neonati solitamente rispondono bene, e non necessitano di ulteriori manovre rianimatorie. Se invece la rianimazione viene ritardata nei tentativi di intubazione o di stimolazione tattile, il neonato ipossico diventa progressivamente asfittico, la pressione parziale di ossigeno nel sangue (PaO_2), la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa diminuiscono, rendendo così necessari ulteriori interventi rianimatori per la stabilizzazione. Per le insufflazioni può essere utilizzato indifferentemente il pallone di anestesia oppure quello autoinsufflante, che non deve superare comunque la capacità di 750 ml.
In entrambi i casi è indispensabile collegarsi ad una sorgente di flusso, in modo da erogare concentrazioni elevate ossigeno. Per raggiungere concentrazioni del 90-100%, con il pallone autoespandibile va sempre utilizzato un reservoir (sacca oppure terminale aperto).
Le pressioni da utilizzare sono 30-40 cmH_2O per le prime insufflazioni, in modo da permettere lo sviluppo di capacità funzionali residue con il riassorbimento del liquido polmonare e la risoluzione delle atelectasie, e 15-20 cmH_2O per le successive. Pressioni maggiori possono creare danno polmonare; sarà pertanto indispensabile utilizzare sistemi di monitoraggio (manometri di pressione) o, qualora non sia possibile, sfruttare dispositivi dotati di valvole di sicurezza limitanti le pressioni erogate a 40 cmH_2O (valvola pop-off).
Insufflazioni corrette sono quelle che producono leggeri innalzamenti e abbassamenti della gabbia toracica senza attivare la valvola limitante la pressione (2). La frequenza indicativa è di 40-60 atti/minuto. Per ottenerla, mantenere un tempo compressione-rilascio di 1 a 2.

Ventilazione in maschera
Sono disponibili per la ventilazione maschere di diverse misure (00, 0, 1) e formato (tonda, anatomica, con cuscinetto o senza). La scelta dipende unicamente dall'adattabilità al volto del neonato, e da quanto facilmente si può ottenere una perfetta aderenza al volto.
Una maschera di dimensione adeguata copre la bocca, il naso, la punta del mento ma non gli occhi. La maschera viene tenuta sul volto con il pollice e l'indice a C poco al di sopra del bordo, mentre le restanti dita tengono il mento all'interno della maschera (EC-clamp).
Il neonato va posizionato a collo leggermente esteso, in modo tale da mantenere sempre pervie le vie aeree. Un innalzamento e un abbassamento evidenti del torace rappresentano la migliore indicazione che l'aderenza della maschera è buona e che i polmoni si espandono. Il neonato deve mostrare di respirare lievemente o "facilmente".
Se il torace si solleva molto, significa che i polmoni si stanno iperespandendo: il volume polmonare è solo una piccola parte del volume del pallone, e non serve comprimerlo sino a svuotarlo per riempire i polmoni del neonato!



Il neonato respira esclusivamente attraverso il naso, pertanto l'utilizzo delle canule orofaringee dovrebbe essere limitato a casi particolari (atresia delle coane nasali…) o in caso di ventilazione in maschera inefficace. Se necessario, introdurre la canula poggiandola delicatamente sulla lingua senza ruotarla. Se la PPV in maschera deve proseguire per più di 2 minuti, può essere utile inserire un sondino orogastrico per evitare la distensione dello stomaco ed il rischio di aspirazione del suo contenuto.

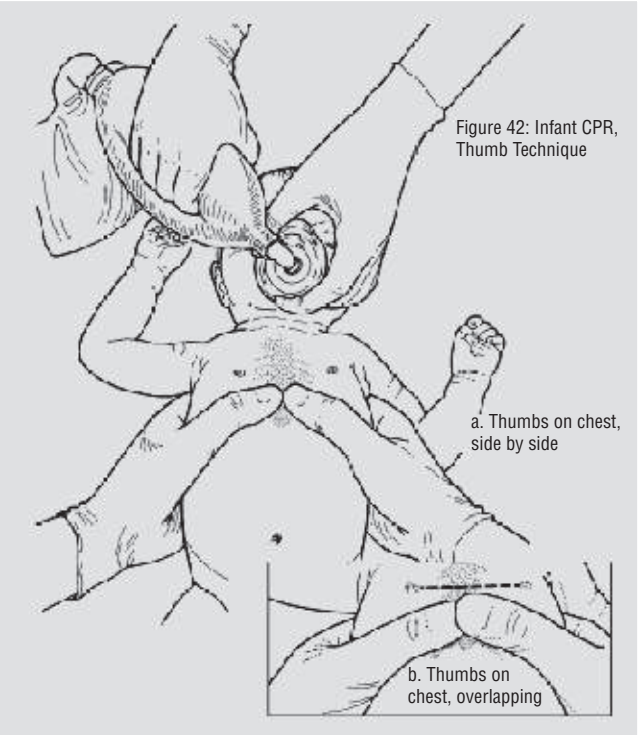
Intubazione
L'intubazione si rende necessaria in caso di:
• Liquido tinto di meconio e neonato non reattivo
• Ventilazione a pressione positiva prolungata
• Ventilazione con pallone e maschera inefficace
• Necessità di compressioni toraciche
• Necessità di somministrazione di adrenalina
• Indicazioni particolari: prematurità, sospetto di ernia diaframmatica…
La posizione corretta per l'intubazione del neonato è la stessa di quella prevista per la ventilazione in maschera: con il collo in leggera estensione, in modo da allineare la trachea, per avere una migliore visione della glottide. Con la mano destra viene tenuta ferma la testa del neonato. Con la sinistra (pollice e prime tre dita) si impugna il manico del laringoscopio.
La lama del laringoscopio (#1 neonato a termine, #0 pretermine) viene introdotta da destra verso sinistra, facendone scivolare la punta sulla lingua fino a raggiungere la vallecula (area compresa fra la base della lingua e l'epiglottide).
Sollevare la lama delicatamente, sino alla visualizzazione dell'epiglottide e al di sotto l'apertura della glottide. Per migliorare la visualizzazione della glottide è possibile comprimere l'osso ioide con il mignolo della mano che impugna il laringoscopio. Se non risulta possibile visualizzare i punti di riferimento faringei, controllare la posizione della lama, ritirarla o farla avanzare molto lentamente. Rimuovere eventuali secrezioni presenti con un catetere d'aspirazione.
Se il neonato diventa cianotico e/o bradicardico sospendere la manovra e ventilare con maschera.
I tentativi di intubazione non devono assolutamente durare più di 20 secondi, allo scopo di minimizzare l'ipossia. Una volta visualizzate le corde vocali, procedere all'introduzione del tubo tracheale fino alla scomparsa dell'indicatore posto sull'estremità distale del tubo, e comunque non più di 1.5-2 cm oltre le corde vocali. Tenendo saldo il tubo alla rima labiale, rimuovere il laringoscopio.

Peso in grammi	Età gestazionale	Diametro tubo	Profondità di inserimento dalla r.labiale
<1000	<28 settimane	2.5	7 cm
1000-2000	28-34	3.0	8 cm
2000-3000	34-38	3.5	9 cm
>3000	>38	4.0	10 cm

L'appannamento del tubo rappresenta la conferma dell'inserimento in trachea. Controllare il corretto posizionamento del tubo osservando durante la ventilazione il sollevamento della parete toracica in assenza di distensione gastrica, ed auscultando con il fonendoscopio i rumori respiratori bilaterali e l'assenza di murmure gastrico. Dopo tali conferme, segnare sul tubo i centimetri a livello del labbro superiore e fissare lo stesso con un cerotto al volto del neonato. Se le dimensioni del neonato sono molto piccole, può essere utile tagliare il tubo a 4cm dalla rima labiale, per limitare lo spazio morto ed evitare che il tubo si inginocchi.
Sia in maschera che con il tubo, dopo aver ventilato il neonato per circa 30 secondi, è necessario controllarne la frequenza cardiaca: se superiore a 100 bpm e presente attività respiratoria, sospendere la PPV ed erogare ossigeno a flusso libero. In caso contrario, continuare la PPV.
Se la FC è < a 60 bpm, si rende necessario iniziare le compressioni toraciche.

Compressioni toraciche

La necessità d'attivazione del massaggio cardiaco è indice di sofferenza ipossica che si è prolungata nel tempo e di notevole gravità (10). In corso di ipossiemia, frequenza e contrattilità cardiaca si riducono, dando luogo a bradicardia e contrazioni sempre più deboli. Si hanno diminuzione della PaO2 e conseguente riduzione della quantità di ossigeno che giunge agli organi vitali. Le compressioni toraciche ristabiliscono la circolazione ad un livello, anche se ridotto, potenzialmente in grado di mantenere le funzioni vitali.
In un neonato, la bradicardia è solitamente dovuta ad ipossia. Dopo una breve ventilazione a pressione positiva con alti flussi di ossigeno, la frequenza cardiaca tende ad aumentare. Le compressioni toraciche dovranno pertanto essere iniziate solamente se dopo circa 30 secondi di PPV la frequenza non supera i 60 bpm.
Il punto per le compressioni è il terzo inferiore dello sterno, poco al di sotto della linea mammaria.
Due sono le tecniche, altrettanto efficaci, che possono essere utilizzate:
1. Compressione della parte centro terminale dello sterno con indice e medio di una mano o soltanto con due dita poste in verticale
2. Compressione dello sterno tra pollice e altre dita di entrambe le mani poste sul dorso del neonato
La compressione della gabbia toracica deve essere di un terzo del suo diametro antero-posteriore, per ottenerlo, comprimere lo sterno di 1,0 – 1,5 cm circa. Il rapporto ventilazione-compressioni de-



v'essere di 1:3, in modo da garantire in un minuto 30 insufflazioni e 90 compressioni circa, ed è importante che siano effettuate in modo sincrono, perché anche le ventilazioni siano efficaci.
Un atto respiratorio viene eseguito nella pausa dopo la terza compressione. Durante un periodo di 6 secondi si dovrebbero effettuare tre cicli.
La validità del massaggio cardiaco è in rapporto alla sua capacità di realizzare un'efficace gittata cardiaca. La frequenza cardiaca viene ricontrollata ogni 30 secondi, per interrompere le compressioni qualora sia superiore ai 60 bpm. Per il conteggio non si dovrebbero perdere più di 6 secondi.

Farmaci

Soltanto quando non rispondono a ventilazione e compressioni, i neonati richiedono la somministrazione di farmaci: la FC è assente o inferiore a 60bpm.
Gli scopi principali sono:
• stimolare il cuore
• migliorare la perfusione tissutale
• ripristinare l'equilibrio acido-base
L'**epinefrina/adrenalina** è il primo farmaco somministrato; aumenta forza e ritmo delle contrazioni cardiache e determina vasocostrizione periferica che migliora il flusso ematico cerebrale e coronario. La diluizione raccomandata del farmaco è di una fiala (1mg) portata a 10 ml (1ml=0,1mg). Il dosaggio da somministrare è di 0,01mg/Kg (0,1 ml) EV oppure 0,1mg/Kg (1ml) in somministrazioni endotracheali. Al dose può èssere ripetuta ogni 3-5minuti.
Il **bicarbonato di sodio** trova indicazione in caso di acidosi metabolica causata da prolungata asfissia. Il dosaggio, in caso di presunta acidosi da arresto prolungato, è di 2 mEq/kg. Se il livello di acidosi è noto (emogasanalisi), la dose verrà adeguata. Diluire 5ml in 5ml di soluzione fisiologica (1 ml=0.5 mEq) ed infondere 4 ml.
Limitare la somministrazione del bicarbonato di sodio ai soli casi di arresto prolungato che non risponde ad altri farmaci, e adottare specifiche accortezze durante la procedura:
• per ridurre il rischio di emorragia cerebrale legato all'ipertonicità del farmaco, infondere la soluzione molto lentamente
• per prevenire l'aumento della PaCO2 i polmoni devono essere ventilati efficacemente.
Gli **espansori di volume** vengono utilizzati per far fronte a condizioni di ipovolemia: aumentando il volume circolante migliora la perfusione tissutale. Circa il 60% dei neonati pretermine asfittici, con peso inferiore a 1.500 g è ipovolemico alla nascita perché il cordone ombelicale è stato reciso subito per poter iniziare la rianimazione**.** […]l'ipovolemia si genera anche con l'asfissia intrauterina, con il distacco o con la rottura della placenta durante il taglio cesareo (7).
Sono segni di ipovolemia:
• pallore dopo ossigenazione
• polso debole
• scarsa risposta alla rianimazione
• ipotensione misurata
gli espansori di volume sono indicati quando vi è emorragia acuta visibile o sospettata, accompagnata da segni di ipovolemia. Somministrare sangue intero oppure albumina al 5% come prima scelta. Se non disponibili, plasma expanders (Emagel®…), soluzione fisiologica o ringer lattato. Tutti ad un dosaggio di 10 ml/Kg, da somministrare in 5-10 minuti, eventualmente ripetibile se persistono segni di ipovolemia.
Il **Naloxone** è un narcotico-antagonista indicato per depressione respiratoria grave in caso di anamnesi positiva per somministrazione alla madre di narcotici entro 4 ore dal parto. Il preparato si presenta in fiale 1 ml = 0.4 mg, ed il dosaggio da somministrare è di 0.1 mg/kg.

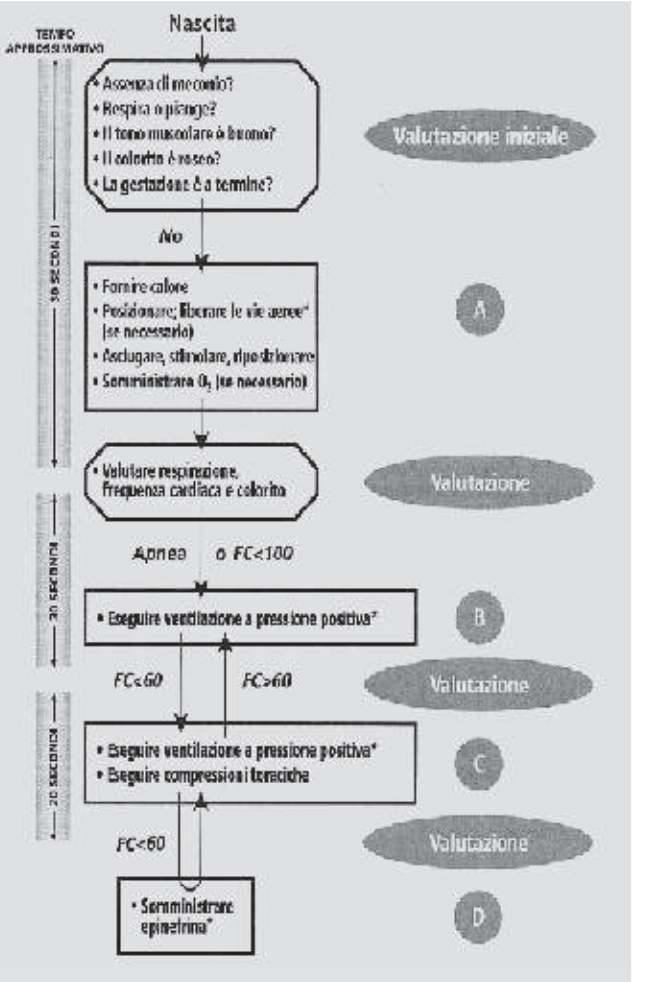
Altri farmaci
Il ***calcio gluconato*** non è un farmaco comunemente utilizzato, nella rianimazione neonatale, trova indicazione in caso di accertata ipocalcemia o iperpotassiemia. Si presenta in fiale 10 ml = 1 g. Somministrare lentamente una dose di 1ml/kg, eventualmente ripetibile dopo 10 minuti.
L'***atropina***, da utilizzarsi in caso di bradicardia, viene utilizzata al dosaggio di 0.1-0.03 mg/kg. Per ottenerlo, portare a 5ml una fiala da 0,5 mg e somministrare 1ml.
Il midazolam viene preso in considerazione qualora sussista la necessità di sedare il neonato: **il dosaggio è di 0,05 mg/kg** eventualmente ripetuti.Una *fiala da 1 ml= 5 mg viene diluita a 10 e di nuovo a 10, di questa preparazione viene somministrata la dose di 1 ml/kg*.
Il ***glucosio*** viene utilizzato in caso di ipoglicemia accertata. La soglia di glicemia "sicura" per eventi acuti come il coma e le convulsioni è di 20 mg/dl per i nati pretermine e di 30 mg/dl nei nati a termine. Sono state rilevate alterazioni cerebrali documentate in RMN nella grave ipoglicemia protratta (11). Vengono utilizzate le fiale in soluzione 10% 1 ml = 100 mg, ed il dosaggio è di 200 mg/kg/min (2ml/kg/min) EV.
Se la PA o la perfusione sistemica rimangono ridotte, si somministra al neonato ***dopamina*** alla dose di 5-20 mg/kg/min EV e/o dobutamina alla dose di 5-20 mg/kg/min EV in infusione continua.
Per la preparazione si usa la formula:
Mg da aggiungere a 100 ml di SG = 6 x peso (kg) x dose (mcg/kg/min) / velocità di infusione.

Vie di somministrazione
Le vie di somministrazione includono:
• vena ombelicale
• vene periferiche
• instillazione endotracheale.
Le vene del capo e degli arti sono poco utilizzate perché di difficile accesso durante le manovre rianimatorie.
La via maggiormente utilizzata è la vena ombelicale per la cui cateterizzazione vengono utilizzati cateteri ombelicali di calibro 3,5 F nel pretermine e 5 F nel neonato a termine.
La procedura, eseguita sterilmente, prevede il taglio del cordone ombelicale a 2cm, previa legatura, onde evitare emorragie. L'isolamento della vena ombelicale viene seguito dall'inserimento del catetere precedentemente riempito con soluzione fisiologica, sino a quando si osserva reflusso ematico. Se il catetere viene inserito troppo in profondità, vi è il rischio di infondere farmaci nel fegato e causare lesioni.
Una via alternativa per la somministrazione di alcuni farmaci (adrenalina, naloxone) è quella endotracheale. La somministrazione deve sempre essere seguita da PPV, per distribuire uniformemente il farmaco in profondità nell'albero bronchiale. L'assorbimento dei farmaci per via endotracheale non è ben noto (2), pertanto, in corso di rianimazione l'ottenimento di un accesso venoso è indispensabile.

STABILIZZAZIONE E TRASPORTO

Trasporto

Esistono vari tipi di trasporto:
• trasporto in utero: si trasporta la gestante nel centro nascita più appropriato
• intraospedaliero: dall'isola neonatale al reparto di cura, ad esempio
• interospedaliero: con ambulanza, con elicottero, con aereo.
Il "trasporto in utero", ossia il trasferimento della gestante "a rischio" in una struttura di III livello, è oggi universalmente riconosciuto come la modalità più efficace per garantire alla gestante ed al neonato un'assistenza ottimale: malgrado le conoscenze e gli strumenti sempre più all'avanguardia, la madre è sempre la migliore incubatrice (12)…
Purtroppo però, il trasporto in utero non sempre è attuabile: esistono infatti condizioni materne e/o legate al parto e patologie feto neonatali che non sono sempre prevedibili. In tutti questi casi il trasferimento verso i centri di III livello del neonato avviene solo dopo la nascita.
La scelta del mezzo di trasporto, per ciascuna regione (per via terra o per via aerea) dipende dalla distanza e dal tempo richiesto per raggiungere il centro ricevente.
Il trasporto di un neonato patologico richiede personale medico e infermieristico altamente qualificato, in grado di assicurare nel più breve tempo possibile l'assistenza ottimale a tutti i neonati, ovunque essi nascano, ed allo stesso tempo di garantire un trasporto "sicuro" ed efficiente nella struttura più idonea alle necessità del singolo paziente. Una scarsa esperienza o l'improvvisazione possono costituire un fattore di rischio aggiuntivo.
Sempre più regioni italiane si stanno dotando di un servizio di trasporto dedicato all'emergenza neonatale, per evitare i lunghi "viaggi della speranza" che rimangono ora solo nella memoria del personale con più anni di servizio...
Lo STEN (servizio di trasporto emergenza neonatale) è un servizio dedicato al trasferimento del neonato che necessita di cure ed assistenza che in quel momento non possono essere garantite nel luogo in cui si trova, un anello di congiunzione tra i diversi punti nascita della nazione ed i centri di Terapia Intensiva Neonatale esistenti.
Anche la Lombardia ne è dotata. Il centro di III livello di riferimento per la nostra Azienda è Lecco.
L'équipe assistenziale coinvolta nello STEN, costituita da un neonatologo e da un infermiere esperto in rianimazione neonatale e dal personale del 118 è reperibile 24 ore su 24.
Il servizio viene attivato su richiesta telefonica, nella quale è molto importante fornire dati (età gestazionale, peso, tipo di parto, condizione clinica ecc.) indispensabili all'équipe dell'ospedale ricevente.



Sono indicazioni all'attivazione dell'équipe di trasporto:
• prematurità (età gestazionale < 32 settimane e/o peso alla nascita < 1500 g)
• neonato che necessita di assistenza ventilatoria
• neonato ossigeno-dipendente con insufficienza respiratoria ingravescente
• sospetto di malformazioni congenite letali o gravi (es. ipoplasia polmonare, cardiopatie dotto dipendenti gravi, atresia esofagea, meningocele, gastroschisi, etc.)
• Neonato con sindrome ipossico-ischemica di 2°-3° grado (classificazione di Sarnat)
• Neonato con grave compromissione dei parametri vitali (stato di shock, stato di male)

Stabilizzazione

Mentre si attende l'arrivo dell'équipe di trasporto, sarà di fondamentale importanza provvedere a stabilizzare il neonato e a prepararlo per il trasporto (13):
• Prevenire la dispersione di calore (TC rettale >36°C)
• Mantenere la pressione entro valori limiti (nei prematuri >25-30 mmHg, nei neonati a termine>40 mmHg
• Sorvegliare e correggere l'ipoglicemia
• Controllo dell'ipossiemia (PaO_2 >50 mmHg, SaO_2 >90-95%), dell'ipercapnia ($PaCO_2$ <55-60 mmHg) e dell'acidosi (mantenere il pH > 7.30).
A tale scopo monitorare il neonato appena possibile, e prelevare campioni di sangue arterioso. Fissare i presidi posizionati (accesso venoso, TOT…).
Predisporre la documentazione clinica con tutti i dati necessari alla prosecuzione delle cure (manovre effettuate, terapie somministrate…).
Da ultimo completare le cure di routine (somministrazione vitamina K, pomata oftalmica…), che potrebbero essere trascurate nella fretta di trasferire il neonato.

BIBLIOGRAFIA

1. *Fiocca-Netter* Fondamenti di Anatomia e Fisiologia umana*, 1990, Edizioni Sorbona, Milano*

2. American Heart Association *Neonatal Resuscitation*, 1994 Rev 3/95

3. *La respirazione fetale* www.neonatologia-online.it

4. Resuscitation Council UK *Newborn Life Support*, Resuscitation Guidelines 2005

5. R.L.Bissinger, B.L.Ohning *Neonatal Resuscitation*, www.emedicine.com Updated 2006

6. J.Fahey, T.L.King *Intrauterine Asphyxia: Clinical Implications for Providers of Intrapartum Care,* Journal of Midwifery and Womens Health. 2005;50(6):498-506.

7. R.D.Miller *Trattato di Anestesia(4°edizione)*, 2001 Delfino Editore, Milano

8. M.C.Klingner, J.Kruse *Meconium Aspiration Syndrome: Pathophysiology and prevention*, Journal of the American Board of FamilY Practice 12869: 450-466, 1999

9. T.Zach, A.K.Premanik *Multiple births*, www.emedicine.com Updated 2007

10. G.A. Marraro, *Il neonato asfittico e il neonato prematuro ad alto rischio* www.picu.it 2006

11. M.Vivalda, P.Gancia *La Stabilizzazione del Neonato Critico,* www.anestesiarianimazione.com 2005

12. B.L.Ohning, K.P.Diggers *Transport of the critically ill newborn,* www.emedicine.com Updated 2006

13. Theodore R. Thompson, *Stabilization and transport of the critically ill newborn infant* www.med.umn.edu Updated 2004

* *Infermiera di terapia intensiva. U.O. Anestesia e Rianimazione Sondalo – Consigliere Collegio IPASVI.*

Banca Etica: un'opportunità per diventare risparmi-attori

di Lorenzo Scaramellini*

L'**interesse più alto è quello di tutti**: non si tratta solo di uno slogan, ma del principio su cui si fonda una banca molto particolare, Banca Etica, e più in generale la **finanza etica**.
Una prospettiva completamente diversa, dunque, da quella delle banche tradizionali che si contendono clienti e fette di mercato, sventolando ipotesi di profitti sempre crescenti.

QUANDO LE PAROLE NON SONO SOLO PAROLE

Per parlare di finanza etica non si può non partire dalle parole. Parole a cui dare nuovi significati o di cui riscoprire significati ormai smarriti.
Finanza/etica... banca/etica...: termini che si fa fatica a tenere insieme, affiancati. Termini che siamo abituati a considerare addirittura in antitesi o quantomeno estranei.
La finanza etica, e Banca Etica in quanto traduzione operativa dei suoi principi, intendono invece tenerli insieme, strettamente collegati.
La finanza etica **non è un'invenzione recente** e neppure una "creatura di laboratorio", pensata a tavolino. Al contrario (limitandoci all'Italia) ha quasi 30 anni di vita che partono dalla prima MAG (Mutua Auto Gestione) di Verona quando, nel '78, tra i soci di alcune cooperative autogestite si organizzò la prima raccolta di prestiti per finanziare l'acquisto dell'azienda agricola Cà Verde, affittata poi in locazione alla Cooperativa Agricola 8 marzo: una raccolta mirata che fruttò 200 milioni permettendo l'acquisto dell'immobile e la sua ristrutturazione, ma anche la corresponsione di interessi ai risparmiatori coinvolti. Un'azione bancaria a tutti gli effetti, dunque, che evidenziava la disponibilità a investire su progetti socialmente qualificati.
E questo, ancora oggi, è un principio base della finanza etica: **la trasparenza degli impieghi**. Chi investe nella finanza etica non firma una cambiale in bianco delegando alla banca la scelta dei soggetti da finanziare e dei settori in cui investire, non esaurisce il suo rapporto con la banca nella richiesta del massimo profitto possibile. Al contrario sostituisce alla domanda tradizionale "quanto mi rende?" una domanda molto più impegnativa **"come utilizzerete i miei soldi?"**.
Per questo, dentro la finanza etica si parla di **"risparmi-attore"**, in analogia con quanto avviene nel commercio equo e solidale dove si parla di "consum-attore": entrambe le esperienze riconoscono e intendono affermare, infatti, la responsabilità di ognuno di noi come soggetti attivi di cambiamento o di conservazione. Di nuovo, per dirla con un altro slogan/sintesi molto usato dentro Banca Etica: **la finanza etica è sensibile alle conseguenze non economiche delle azioni economiche.** Un apparente gioco di parole che la realtà quotidiana, da qualsiasi latitudine la si guardi, conferma nella sua estrema concretezza. Un'affermazione tanto più vera in tempi di globalizzazione, se è vero (com'è vero) che il battito delle ali di una farfalla a un capo del pianeta può tradursi in uno tsunami al capo opposto: tutto e tutti siamo interconnessi e le azioni, le scelte di ciascuno di noi, non possono che riflettersi in una dimensione più complessiva, solo apparentemente lontana.
La finanza etica non intende piegarsi, dunque, al primato (ma meglio sarebbe dire, alla dittatura) dell'economia e riconosce che ogni azione economica ha conseguenze su piani diversi: sociale, culturale, politico, ambientale...

UNA COSTRUZIONE PAZIENTE, PASSO DOPO PASSO

Da quel lontano '78, la storia ha dimostrato che l'esigenza di un approccio etico al risparmio non era un "pallino" di pochi nè frutto di una moda passeggera. E l'ha dimostrato dapprima con la diffusione di altre MAG (Milano, Padova, Torino, Venezia, Reggio Emilia, Udine...) e poi con l'incredibile sfida/avventura di Banca Etica. Un'avventura partita a fine '94, che affonda le sue radici nella storia e nelle sensibilità di chi aveva promosso la nascita e la crescita delle MAG, stimolata da una situazione che imponeva:
1) **la necessità di adeguarsi alla legge anti-riciclaggio** del '91 (che limita la possibilità di impiegare denaro alle organizzazioni con un capitale sociale minimo di un miliardo di lire, impensabile per quasi tutte le MAG) e al nuovo Testo Unico in materia bancaria del '93 (che riserva alle banche la possibilità di raccogliere risparmio e di erogare crediti, costringendo anche le MAG a ridimensionare la loro attività);
2) **l'esigenza di mantenere e sviluppare la prospettiva** aperta con le MAG continuando a garantire, al crescente numero di risparmiatori interessati, un'opportunità di investimento etico.

Con **uno sforzo straordinario**, per la sua intensità e per la quantità, qualità e autorevolezza dei soggetti coinvolti **in pochi anni il sogno è diventato realtà**, percorrendo le tappe riassunte nel prospetto riportato.
Il percorso nazionale, dall'Associazione verso la Banca Etica all'attuale, piena operatività, ha sempre trovato corrispondenza anche sul piano locale.
Per iniziativa dell'Agenzia per la Pace, infatti, si è passati dal dibattito iniziale che ha coinvolto vari interlocutori (le botteghe del commercio equo, le ACLI, i soci di MAG2 Milano...) procedendo alla costituzione di un primo GIT (Gruppo d'Iniziativa Territoriale) informale e poi alla sua formalizzazione, fino ad aprire – anche in Valtellina, da quest'anno – l'ufficio del promotore finanziario che, in Banca Etica, assume la significativa denominazione di **"banchiere ambulante"**.

BANCA POPOLARE ETICA, OGGI...

Oggi Banca Popolare Etica rappresenta una possibilità concreta, pienamente utilizzabile e assolutamente affidabile, per chi intende investire i propri risparmi in progetti socialmente qualificati e per chi ha bisogno di prestiti per sostenerne i costi.
Attraverso Banca Etica si sviluppa **un circuito virtuoso che intende "contaminare" positivamente la finanza e l'economia tradizionale**.
Dal punto di vista del risparmiatore (o meglio del risparmi-attore!) Banca Etica è in grado di garantire che il denaro investito in prodotti di risparmio (non speculativi) verrà impiegato esclusivamente per finanziare **progetti riconducibili a 4 settori**:
- **Cooperazione Sociale** *(servizi socio sanitari educativi, lotta all'esclusione sociale, inserimento lavorativo di soggetti deboli)*
- **Ambiente** *(tutela del patrimonio naturale, sviluppo attività eco compatibili)*
- **Cooperazione Internazionale** *(cooperazione allo sviluppo, microcredito, commercio equo e solidale, volontariato internazionale)*
- **Cultura e Società Civile** *(qualità della vita, promozione dello sport per tutti, iniziative culturali)*

Dal '99 ad oggi, Banca Popolare Etica è in grado di supportare quelle che – inizialmente – potevano essere considerate "apprezzabili intenzioni", con **numeri molto significativi**:

FINANZIAMENTI DELIBERATI	
Importo	**numero**
365.617.000 euro	2.388

Dati al 31/10/2007

Numeri che hanno voluto dire, in questi anni, possibilità (per migliaia di realtà e in primo luogo per cooperative e associazioni) di concretizzare i loro progetti, di promuovere esperienze qualificate e significative per i loro territori, di soddisfare bisogni a volte molto urgenti di persone riconducibili alle "fasce deboli" della popolazione.
Progetti che, alla luce del principio della "trasparenza" vengono **puntualmente documentati sul sito www.bancaetica.com e, per i soci, tramite la rivista Bancanote. Una differenza evidente e sostanziale, rispetto alle banche tradizionali.**

MA COM'E' POSSIBILE INVESTIRE I PROPRI RISPARMI IN BANCA ETICA?

Banca Popolare Etica propone modalità diverse, non alternative tra loro ma in grado di soddisfare esigenze e possibilità diverse.
A tutti, in primo luogo, propone **l'acquisto di azioni**. Questa opportunità si rivolge, innanzitutto, a chi è disponibile e interessato a compiere una scelta ideale: acquistare azioni di Banca Etica e dunque diventarne soci, significa infatti contribuire alla crescita del capitale sociale e dunque delle possibilità di aprire nuove filiali, di dotarsi di nuovi "banchieri ambulanti" e, più in generale, di essere più presente sul territorio nazionale.
In secondo luogo si può diventare clienti di Banca Etica acquistando i suoi **prodotti di risparmio**: **conti correnti, certificati di deposito** e/o **obbligazioni**.
Chi ha esigenze/possibilità diverse può inoltre acquistare i **prodotti finanziari di Etica Sgr**, l'unica società di gestione risparmio italiana completamente dedicata alla **promozione di fondi comuni di investimento etici**, di cui Banca Popolare Etica è socia di maggioranza e con cui condivide il Comitato Etico chiamato ad approvare gli emittenti (imprese e Stati) dei titoli precedentemente selezionati da una società internazionale di valutazione etica**.**
E' chiaro che, in quest'ultimo caso, il quadro è notevolmente diverso: pur restando in una dimensione "eticamente orientata", il risparmiatore sa di entrare nel mercato tradizionale (la Borsa, i rischi di deprezzamento dei titoli acquistati...) e dunque dev'essere pienamente consapevole di rischi e benefici.
Evidentemente, non è possibile entrare nel merito di ogni singola opportunità di investimento in Banca Etica; per ogni dettaglio rimandiamo dunque al "banchiere ambulante" (*vedi spazio a fondo pagina*).
Può tuttavia essere interessante, anche qui, riportare **alcuni dati riassuntivi** (vedi tabella sopra).

	Dati nazionali	Dati provinciali Sondrio
CAPITALE SOCIALE	20.026.000 €	221.300 €
Soci persone fisiche	24.080	191
Soci persone giuridiche	4.032	12
SOCI TOTALI	28.112	203
RACCOLTA RISPARMIO	454.853.000 €	1.400.000 €

Dati al 31/10/2007

LE GARANZIE DI ETICITA' E L'IMPEGNO LOCALE A FAVORE DI BANCA ETICA

Spesso ci viene obiettato: "d'accordo, **Banca Etica è nata su principi eticamente corretti ma chi ci garantisce che li mantenga nel tempo?"**.
Un'obiezione assolutamente lecita, tanto più se pensiamo che l'idea stessa della "banca" era nata su principi etici (in primo luogo, garantire a tutti l'accesso al credito) e che tutti gli statuti bancari traboccano di enunciazioni etiche.
Dando per scontato che, anche per Banca Popolare Etica, non esistono certezze assolute è però inevitabile rilevare alcuni elementi specifici e qualificanti:
- **la sua storia**: Banca Etica affonda le sue radici nella storia della finanza etica italiana ed è stata promossa/viene gestita da quegli stessi soggetti (persone e organizzazioni non profit) la cui autorevolezza e affidabilità etica è assolutamente comprovata;
- **alcuni strumenti operativi**: un Comitato Etico (analogo ma diverso da quello delle banche tradizionali formato – anche qui – da persone che condividono/promuovono le specificità della finanza etica) e l'istruttoria etica (che accompagna l'inevitabile istruttoria finanziaria, prima di concedere qualsiasi finanziamento)
- **la sua collocazione nazionale e internazionale**: Banca Popolare Etica non è solo un istituto di credito; è un sistema di cui fa parte la citata Etica SGR ma anche Etimos (Consorzio per il microcredito nel Sud del mondo), la Fondazione Culturale Responsabilità Etica, la Cooperativa editoriale etica (che pubblica, tra l'altro, la rivista "Valori"). Un sistema collegato a livello europeo tramite FEBEA (Federazione Europea delle Banche Etiche e Alternative europee) e SEFEA (società europea della finanza etica e alternativa). Un sistema fortemente intrecciato con gran parte del non profit italiano (basti pensare che è ormai frequentissimo il caso di organizzazioni che hanno il loro conto corrente presso Banca Etica).

Ma **la garanzia più grossa è rappresentata dai soci, il vero "capitale umano" di Banca Etica** di cui anche noi (soci della provincia di Sondrio) ci sentiamo parte: i soci sono infatti posti nelle condizioni, tramite le numerose occasioni d'incontro, gli strumenti informativi, la conoscenza diretta delle persone più coinvolte nel progetto, di valutarne la "tenuta" etica e di partecipare/contribuire alle discussioni, quasi inevitabili e addirittura auspicabili (perchè dimostrano che il progetto sta diventando grande e coinvolge persone/realtà sempre più diverse nelle sensibilità e nelle provenienze). E' questo, uno dei ruoli principali anche della **Circoscrizione dei soci della provincia di Sondrio**, formata ormai da più di 200 persone, e del suo **Coordinamento**, 7 soci democraticamente eletti nel corso dell'assemblea provinciale, a cui spetta il compito di promuovere culturalmente Banca Etica sul nostro territorio tramite incontri pubblici, articoli sulla stampa locale, presenza in occasione di eventi di vario genere...
Diverso ma decisivo è il ruolo del "banchiere ambulante", più tecnico, ufficialmente incaricato da Banca Etica di promuovere i prodotti di risparmio.
L'invito, dunque, è di contattare i due referenti a seconda delle esigenze:
- **per informazioni di carattere culturale: Paolo Cucchi (coordinatore della Circoscrizione provinciale)**, tel.328 1767390, cucchipaolo@inwind.it
- **per indicazioni sui prodotti finanziari e per sottoscriverne l'acquisto: Michele Rapella (banchiere ambulante)** c/o Ufficio del Promotore, aperto nei giorni di lunedì e giovedì, Via Beato Andrea 16 – Morbegno, presso la sede delle Cooperative Sociali, tel. 0342 611753 · fax 0342 600847 · cellulare 334 6453742 - mrapella@bancaetica.it (si consiglia di telefonare per prendere appuntamento o richiedere una visita)

1994	In dicembre, 22 organizzazioni del non profit stabiliscono di dar vita all'*Associazione Verso la Banca Popolare Etica.*
1995	Il 1° giugno viene costituita la **Cooperativa "Verso la Banca Popolare Etica"** con l'intento di costruire una banca vera e propria sotto forma di banca di credito cooperativo e di promuovere il messaggio culturale legato alla finanza etica. Obiettivo: raccogliere 5 miliardi di lire (pari a circa 2,5 milioni di euro) di capitale sociale.
1996	Per superare le difficoltà di costituirsi come banca di credito cooperativo (tale tipologia di banca può svolgere attività solo in ambito locale), il C.d.A. della cooperativa decide di puntare sul modello di banca popolare, una banca a interesse nazionale che richiede un capitale sociale minimo molto più elevato (12,5 miliardi di lire, pari a circa 6,5 milioni di euro). Per vincere la sfida si dà il via ad una efficace campagna informativa e promozionale, che vede impegnati, in particolare, i soci più coinvolti nell'iniziativa. Nasce così la rete dei G.I.T. (Gruppi di Iniziativa Territoriale).
1998	In aprile si raggiungono e si superano i 12,5 miliardi di lire di capitale sociale, richiesti dal Decreto Legislativo n. 385 del 1° settembre 1993, per poter costituire una banca popolare.
1998	Il 30 maggio l'Assemblea straordinaria dei soci, riunitasi a Padova, delibera la trasformazione della Cooperativa "Verso la Banca Popolare Etica", in **Banca Popolare Etica** e nomina il primo Consiglio di Amministrazione.
1998	Il 21 novembre, i soci, riuniti in assemblea, votano il documento sull'Organizzazione Territoriale dei Soci e nominano il primo **Comitato Etico** della banca.
1998	Il 2 dicembre si riceve l'autorizzazione, firmata dal Governatore Antonio Fazio in data 20 novembre, per l'esercizio dell'attività creditizia della Banca Popolare Etica. E' la prima volta che in Italia si concede l'opportunità di operare ad un vero e proprio istituto di credito specializzato nella finanza etica ed alternativa. L'ambizioso progetto diventa una realtà.
1999	**L'8 marzo inizia l'operatività di Banca Popolare Etica.** Apre la sede di Padova e in rapida successione le filiali di Brescia e Milano.
2000	Il 5 dicembre viene costituita la società di gestione del risparmio Etica Sgr, del gruppo Banca Popolare Etica, il cui obiettivo è quello di proporre una proposta coerente e originale nel settore degli investimenti finanziari (fondi comuni). Viene inaugurata la filiale di Roma.
tra il 2001 e il 2007	Vengono inaugurate le filiali di Vicenza, Treviso, Firenze, Bologna, Napoli, Palermo, Torino....
2003	Entra a pieno regime Etica Sgr e viene costituita la **Fondazione Culturale Responsabilità Etica**

* *Coordinamento della Circoscrizione provinciale dei soci di Banca Etica*

Proposte per lo sviluppo e la valorizzazione professionale dell'infermiere

a cura dei Collegi IPASVI di Como, Cremona, Mantova e Pavia - dicembre 2007

La Redazione propone la ricerca promossa dai sopraccitati Collegi che trova integrazione alla precedente (pubblicata su Parliamone nel 2007) in merito alla realtà della nostra Provincia. (n.d.R)

Premessa

Il Servizio Sanitario Regionale per garantire e mantenere l'eccellenza dei servizi e delle prestazioni non può rinunciare a professionisti infermieri motivati, competenti e valorizzati nel loro ruolo anche in funzione dei dati epidemiologici e demografici caratterizzati da una crescita esponenziale delle C.d. malattie cronico-degenerative e degli anziani con conseguente aumento dei bisogni assistenziali.

Tutte le proposte elencate nel documento hanno la finalità di sviluppare e valorizzare la professionalità dell'infermiere quale elemento chiave per fornire a tutti i cittadini un servizio assistenziale sempre migliore dal punto di vista dell'efficacia e della efficienza.

Alcuni dati di contesto

Secondo una recente indagine l'identikit degli infermieri è rappresentato da: -- una prevalenza del sesso femminile: circa 1'80%;

- la metà circa ha un'età compresa tra i 30 e 39 anni, poco più di 1/4 ha tra i 40 e i 49 anni;
- la scolarità vede per il 65% il possesso del diploma di maturità;
- l'avvio dell'attività professionale avviene per la quasi totalità degli infermieri entro l'anno, con una media età di inizio lavoro pari a 22.7 anni;
- circa il 90% è lavoratore dipendente, con una limitata diffusione della libera professione. anche se in crescita negli ultimi anni.

Le stime circa il fabbisogno di Infermieri in Italia sono diversificate e si basano su dati forniti dalla Federazione Nazionale IPASVI e su stime effettuate considerando gli indici OCSE di riferimento relativi al numero di infermieri ogni 1000 abitanti che, per i paesi industrializzati, dovrebbe attestarsi intorno al 6,9 inf/1000 abitanti. L'Italia è tra i fanalini di coda attestandosi a 5,4 infermieri ogni 1000 abitanti, contro i 7,5 della Francia, i 7,9 degli USA e i 9.2 del UK e i 9,6 della Germania. Tali indici ipotizzano una carenza di quasi 99.000 infermieri. Più realistica appare la carenza stimata dalla Federazione Nazionale IPASVI di oltre 60.000 unità.

ab. 1 - ITALIA. Stima fabbisogno nuovi infermieri

	Iscritti IPASVI	Stima Fabbisogno	Dipendenti OCSE	Stima Fabbisogno
Nord Ovest	87.972	-22.237	60.170	-27.802
Nord Est	73.342	-9.910	63.957	-9.385
Nord	161.314	-32.147	124.127	-37.187
Centro	67.006	-10.592	52.068	-14.938
Sud	76.860	-20.320	45.025	-31.835
Isole	37.093	-8.882	22.181	-14.912
Italia	342.273	-61.117	243.403	-98.870

(Fonte: Dossier Statistico immigrazione Caritas/Migrantes.
Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Collegi Ipasvi, OCSE) dati 2004

Secondo queste stime, nelle Regioni del Nord Ovest la carenza di personale infermieristico è compresa tra le 22 e le 27 mila unità.

Considerando gli iscritti IPASVI e il n. di Abitanti della Regione Lombardia e confrontandoli con gli indici OCSE **(tabella 2)** la "carenza" di infermieri nella nostra Regione si attesterebbe intorno alle 16.000 unità.

Questi dati non tengono conto delle "migrazioni" tra le varie province e dell'apporto che danno gli infermieri iscritti in altri Collegi d'Italia ma che lavorano nelle strutture Sanitarie Lombarde stimati tra il 20 e il 30%.

Certamente il problema "carenza" è più evidente nella metropoli Milanese rispetto alle altre Province.

Tab. 2 - Rapporto Infermieri / abitanti Regione Lombardia

	Infermieri iscritti IPASVI (nov. 2007)	Abitanti (dati 2006)	Infermieri 1000 abitanti
BERGAMO	5.964	1.044.820	5,7
BRESCIA	7.173	1.169.259	6,1
COMO	3.158	560.941	5,6
CREMONA	2.449	349.374	7,0
LECCO	1.956	327.000	6,0
MANTOVA	2.558	390.957	6,5
MILANO LODI	19.720	4.472.264	4,2
Lodi		215.386	
PAVIA	3.540	518.768	6,8
SONDRIO	1.924	179.089	10,7
VARESE	4.441	854.302	5,2
TOT. Regione	**52.883**	**10.082.160**	**5,2**
Indice OCSE	- 16.683		6,9

(Fonti www.ipasvi.it e wikipedia)

Alcune province di "confine", invece, subiscono l'attrazione di alcuni paesi esteri, in particolare la Svizzera, che non solo per le sue favorevoli condizioni economiche possiede una forte attrattiva per i professionisti infermieri.

Alcuni dati relativi agli Infermieri operanti in Svizzera, gentilmente forniti dall'Ufficio Statistiche Sanitarie di Bellinzona indicano che al31.12.2006, gli infermieri che risultavano impiegati negli istituti sanitari del Cantone Ticino (ospedali, cliniche, e case per anziani) erano 3039, di cui 1120 frontalieri. Tra i frontalieri 1099 sono di nazionalità italiana (322 uomini, 777 donne).

Se si escludono gli infermieri in formazione, questi numeri risultano rispettivamente: 2895 impiegati, 1081 frontalieri, di cui 1060 frontalieri di nazionalità italiana.

Di conseguenza risulta che oltre 1.000 infermieri Italiani esercitano la professione nel Canton Ticino costituendo oltre il 36% di tutti gli infermieri ivi operanti.

L'affluenza annuale di "nuovi infermeri italiani in Svizzera è tra le 50 e le 60 unità in questi ultimi anni. Va considerato che negli anni '90 l'affluenza era sempre compresa tra 150 e i 180 nuovi infermieri/anno provenienti dall'Italia che andavano a svolgere la propria attività in Svizzera. Questa differenza di flussi è legata a diversi fattori, il più rilevante dei quali è costituito dall'aumentato numero di infermieri formati nel Canton Ticino.

Nonostante il deprezzamento del Franco svizzero rispetto all'Euro lo stipendio medio di un infermiere Svizzero che varia tra i 4.800 e i 6.000 franchi al mese, risulta difficilmente confrontabile con quello di un infermiere assunto in Italia.

La carenza di infermieri rappresenta un "dato storico" della professione, che l'ha caratterizzata fin dai primi del 900 e che periodicamente costituisce una criticità. Di conseguenza

non sono accettabili analisi che identificano nell'allungamento formativo una delle ragioni sostanziali della "emergenza infermieri".

Secondo il rapporto OASI 2006, la carenza di personale infermieristico in Italia non sarebbe così drammatica come indicato da diverse stime effettuate partendo dalle carenze valutate negli organici delle aziende oppure da un confronto con gli indici statistici dei principali paesi Europei che vedono l'Italia tra i fanalini di coda nel rapporto infermieri alcuni punti critici di queste stime circa l'attendibilità delle dotazioni organiche legate più a dati storici che a criteri metodologici rigidi, la reale confrontabilità tra gli indici dei diversi paesi per 1000 abitanti.

L'analisi del Cergas Bocconi cerca di mettere in evidenza considerando la variabilità delle figure professionali e le loro reali attribuzioni che attesterebbe la differente suddivisione del lavoro e renderebbe poco credibili i fabbisogni individuati, la difficoltà di alcune agenzie per il lavoro di trovare occupazione per i propri infermieri e, per finire il numero elevato di medici (rispetto alle altre nazioni - **tab 3**) che fa pensare che da noi si dedichino ad attività altrove svolte da infermieri.

Tab.3: Infermieri e Medici in attività per 1.000 abitanti

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Stati Uniti
Infermieri	7,5	9,6	5,4	9,2	7,9
Medici	3,4	3,4	4,2	2,3	2,4

Fonte: OECO, citato nel rapporto OASI 2006

Nonostante tutte queste critiche anche l'analisi della Bocconi evidenzia una carenza effettiva di infermieri, spingendosi anche a possibili spiegazioni:

- livelli retributivi insufficienti;
- status professionale che risente di alcuni caratteri propri dell'origine della professione:
  femminile, "vocazionale" e subordinata al medico;
- condizioni di lavoro caratterizzate da turni, alto coinvolgimento (rischio burn-out), ritmi crescenti;
- scarsa sostituibilità tra le diverse professioni, che limita l'efficienza;
- i cambiamenti nei bisogni e nelle richieste dell'utenza;
- la crisi della famiglia tradizionale con aumento delle donne lavoratrici e riduzione della offerta di assistenza familiare.

A queste motivazioni della carenza possiamo aggiungere anche:

- gli attuali modelli organizzativi, impostati su di un criterio Tayloristico piuttosto che di valorizzazione professionale;
- lo scarso riscontro di responsabilità effettivamente riconosciute agli infermieri e, parallelamente, la difficoltà a farsene carico;
- la difficoltà da parte degli infermieri a delegare attività ad altre figure;
- la difficoltà a dimostrare e contabilizzare gli effettivi risultati dell'assistenza infermieristica;
- la scarsa diffusione della ricerca infermieristica.

LINEE DI INTERVENTO

Dopo questa breve analisi si propongono alcune linee di intervento possibili per garantire lo sviluppo e la valorizzazione della professione infermieristica.

1) Eccellenza nella formazione e corretta programmazione del fabbisogno formativo infermieristico

- Occorre puntare sulla ECCELLENZA delle sedi formative incrementando le risorse dedicate e i posti disponibili nelle singole sedi senza far crescere a dismisura le sedi formative evitando di riproporre il vecchio modello Regionale (una scuola per ogni Ospedale). Le sedi formative dovrebbero sviluppare non solo la didattica ma anche la ricerca infermieristica. Per questo occorre mantenere i numeri chiusi nei corsi di laurea, come presupposto alla qualità formativa.
- Applicazione del protocollo d'intesa Regione Università (DGR n. VII/20950 del 16/02/2005) che rappresenta un punto importante per garantire la qualità formativa e il suo monitoraggio.
- La valorizzazione di coloro che lavorano nelle sedi formative (Coordinatore e Tutor) che pur avendo un funzione significativa per tutto il sistema in realtà spesso non hanno riscontri economici reali, secondo quanto affermato nel protocollo d'Intesa citato e nella oramai famosa Circolare 15 San del marzo 2005.
- Incentivare le iscrizioni ai corsi di laurea con campagne pubblicitarie rivolte a studenti delle scuole superiori che hanno dimostrato alloro validità e importanza.
- Ridurre il Costo della formazione per gli studenti continuando con l'erogazione dell'assegno agli studenti per il passaggio dal primo al secondo anno ed incrementando le borse di studio ai meritevoli e legate al reddito.
- Laurea Magistrale: particolare criticità riveste il fabbisogno di questi laureati che deve inserirsi in un complessivo integrazione di questi professionisti nelle organizzazioni sanitarie ai diversi livelli di responsabilità.

2) Rafforzare le competenze infermieristiche e trasferire attività improprie ai soggetti deputati

- Rivisitare la suddivisione del lavoro nelle U. O. promuovendo modelli che personalizzano l'assistenza infermieristica.
- Sostenere sperimentazioni di U.O. a Direzione Infermieristica dove premiare la qualità dell'assistenza e non solo il risparmio di risorse.
- Sostenere /'introduzione dell'infermiere di famiglia, figura prevista dal documento Salute XXI dell'OMS e dalla dichiarazione di Monaco condivisa da tutti i Ministri della Sanità dei Paesi europei, quale elemento di valorizzazione dell'infermiere e punto di svolta per incentivare l'assistenza territoriale.
- Incentivare /'inserimento lavorativo degli OSS come elemento di valorizzazione della funzione di pianificazione e gestione della attività assistenziale svolta dagli infermieri
- Realizzare strumenti per la programmazione dei fabbisogni e la valutazione della qualità della formazione di questi operatori (OSS). Spesso i percorsi formativi non hanno garantito qualità ma sono stati vissuti come una progressione contrattuale più che una effettiva crescita lavorativa e dell'organizzazione in genere.

Attualmente ***non*** si rawede la necessità di procedere all'attivazione della formazione complementare dell'OSS che, oltre a creare ulteriore confusione organizzativa non risolve la vera necessità (all'infermiere serve un aiuto per l'assistenza e non per le terapie).

Va considerato inoltre che una recente ricerca[2] ha reso evidente che l'inserimento effettivo degli OSS, sia in ambito Ospedaliero che Territoriale non è ancora realizzato pienamente. Ciò che è prioritario è dunque la condivisione di metodi e strumenti per una effettivo inserimento lavorativo degli OSS.

3) Miglioramento delle condizioni Contrattuali

La revisione delle RAR per il 2008 come definito nell'accordo recente è un passo che accogliamo con favore e certamente apprezzabile sotto il profilo delle risorse complessive messe a disposizione. Va chiarito che non risolve la questione dei salari degli infermieri, specie se confrontati con quelli di altri stati confinanti. Va considerato, inoltre, che si tratta di risorse non "strutturali" della retribuzione e che vengono contrattate annualmente.

Non ci spaventa l'idea del **contratto Integrativo Regionale,** proposta recentemente dal Presidente Formigoni che può avere certamente dei risvolti importanti a patto che:

- venga mantenuto il riferimento ad un contratto quadro nazionale;
- si preveda la permanenza in Regione per almeno 5 anni;
- premi tutti gli infermieri e non solo alcuni di essi: il disagio va giustamente premiato economicamente ma non può costituire l'unico criterio di accesso al beneficio economico;
- introduca elementi di valorizzazione del merito e della professionalità dimostrate;
- tenga in debito conto le criticità delle diverse professioni ipoteticamente coinvolte.

Il contratto integrativo Regionale è certamente da preferire ad altre soluzioni tipo l'indennità di Confine ipotizzata per le province confinanti con la Svizzera, che deve essere concepita come una espressione del contratto integrativo stesso.

CONTINUA A PAGINA 12 ▸

CONTINUA DA PAGINA 11

Sviluppare l'applicazione della Legge 251/2000 con conferimento di incarico per una direzione infermieristica articolata su strutture semplici e complesse nelle Aziende Sanitarie come indicato anche nella circolare 15 San del marzo 2005.
Ulteriori spinte per affrontare in modo sistematico tale questione sono costituite dalla recente approvazione, nell'ambito della conferenza Stato Regioni, della normativa concorsuale relativa all'articolo 6, comma 2 della legge in questione e l'accordo regionale sul precariato.
Tutto ciò deve **influenzare il fabbisogno dei Laureati Magistrali.**

4) Incentivare e valorizzare lo sviluppo di carriera

In particolare **vanno valorizzati i Coordinatori,** sui quali il sistema organizzativo tende a scaricare tutta una serie di problematiche (rilevazione di flussi informativi, disfunzioni del sistema, ...) e che assieme ai Dirigenti di Il livello rappresentano il punto cruciale dell'organizzazione.
Va proposto un **fabbisogno di master clinici correlato alle reali esigenze organizzative e ai bisogni di salute emergenti (cronici, anziani,** ....). I Master specialistici devono rimanere preferenziali, come indicato nel articolo 1, comma 7 del DM 739/1994, ma vanno valorizzati economicamente.
Sempre di più si proporrà il problema di rendere compatibile l'attività lavorativa con la frequenza a questi corsi. Va trovata una soluzione che mantenga alta la qualità formativa e riduca le assenze dal servizio. (incentivo della FAD, riconoscimento reciproco dei tirocini come attività lavorativa?)
Va considerato che, secondo alcune statistiche rese note dalla FN IPASVI, sono più di 5.000 gli infermieri che si sono iscritti a un master di primo livello dal 2002 al 2006 e che l'offerta formativa è rappresentata da un totale di 170 corsi attivati.

5) Introdurre nei LEA l'assistenza infermieristica

Ciò consentirebbe di aprire Ambulatori Infermieristici con una contabilizzazione autonoma e potrebbe incentivare una reale Libera professione Infermieristica. Quella che viene praticata oggi è in realtà solo attività di supporto al Medico, anche se viene chiamata libera professione. La Regione potrebbe sostenere la trasformazione delle prestazioni aggiuntive in attività libero professionale.
Rilanciamo con forza il **superamento della incompatibilità dell'esercizio della libera professione per i pubblici dipendenti** quale elemento di vera valorizzazione della professione infermieristica.

6) Proporre bandi per sviluppare la ricerca infermieristica

Ci sono già bandi e finanziamenti di progetti di ricerca a cui possono partecipare anche gli infermieri ma l'emanazione di un bando specifico renderebbe la questione più appetibile e praticabile dando impulso ad un settore che è cresciuto molto negli ultimi anni ma che richiede forti investimenti anche in termini culturali.

CONCLUSIONI

L'intento di questo documento è quello di coinvolgere tutti i soggetti interessati, in primo luogo le istituzioni Regionali preposte ma anche l'intero gruppo professionale, i sindacati e le parti sociali in un dibattito costruttivo, raccogliendo ulteriori pareri, riflessioni, critiche o suggerimenti per tradurre in atti concreti e tangibili queste proposte.
Come anticipato in premessa i cittadini lombardi non possono rinunciare a professionisti infermieri motivati, competenti e valorizzati nel loro ruolo considerando le ricadute che ciò può avere per l'intero sistema Salute della Regione.

Pagina della Psichiatria

Una mostra collettiva: esperienza di benessere... per tutti

di Daniela Pianta*

La primavera scorsa alcuni operatori dei servizi territoriali di salute mentale di Tirano, Sondrio e Bormio avevano buttato lì il desiderio, l'idea di poter fornire la possibilità di allestire una mostra di pittura ad alcune persone in cura presso i loro servizi, di cui conoscevano potenzialità e capacità artistiche; una mostra da realizzarsi fuori dai luoghi dei servizi, in contesti normali di cittadinanza.
Sembrava un'idea ardita, difficile da realizzare.
Mi sono prestata ad una prima verifica di fattibilità: ricordando che molti anni prima eravamo riusciti ad organizzare un corso d'arte presso la Casa dell'Arte del Comune di Tirano ho provato a chiedere ancora la disponibilità di quel luogo.
La mia aspettativa è stata ampiamente superata dalla pronta risposta dell'assessore ai servizi sociali del Comune di Tirano che ci ha offerto di costruire la mostra addirittura presso il palazzo Foppoli, palazzo presso cui da anni si svolgono le iniziative artistiche cittadine.
Ne è nata la possibilità di usufruire di questo prezioso spazio in un periodo particolarmente significativo – dieci giorni dal 13 al 23 dicembre 07; ed in felice coabitazione con la mostra già in programmazione dell'artista tiranese, Michele Falciani che avrebbe presentato, in quelle date, lo stato dell'arte del suo costruendo monumento in ricordo dell'apparizione della Madonna a Tirano.
Se non avesse insistito l'assessore non avrei osato chiedere all'artista affermato di coabitare con noi …ancora una volta ho trovato una risposta che andava oltre le mie aspettative: Michele Falciani si è detto subito disponibile e contento di condividere con noi l'esperienza della mostra!
Volevamo costruire un'esperienza di visibilità alla popolazione in un contesto normale, consentendo a persone con problemi psichici di mostrarsi non più come soggetti portatori di difficoltà, ma portatori di specifiche capacità artistiche.
E gli artisti che hanno accettato questa scommessa sono stati ben venti!
Avevamo pensato di realizzare un'attività di valore sociale particolarmente per persone che, pur in cura presso i nostri servizi, soffrono di problemi psichici di minor gravità e che, in altre attività più caratterizzate per patologie gravi, si sarebbero sentiti avvicinati a una disabilità personale e sociale più grave, e per questo avrebbero avvertito un comprensibile disagio.
Così abbiamo perciò presentato alla stampa e alla popolazione la nostra iniziativa:

"MOSTRA D'ARTE: FUORI DAI LUOGHI COMUNI
Stato dell'arte del Monumento dell'Apparizione di Michele Falciani Incontrarsi nei colori della mente - Collettiva d'arte

Si tratta di un'iniziativa che vede unite due realtà diverse: un artista conosciuto che presenta il suo impegno per la realizzazione – in corso – del Monumento dell'Apparizione e un nutrito gruppo di artisti meno conosciuti che si presentano alla cittadinanza con mezzi espressivi, contenuti "fuori dai luoghi comuni ".
Se l'artista conosciuto vuole rendere partecipe la cittadinanza delle sue fatiche in corso per il monumento, il gruppo degli altri artisti vorrebbe mostrare le proprie opere dense di significato e fare così l'esperienza che l'incontrarsi per costruire insieme una mostra collettiva, presentandosi alla cittadinanza, può essere fonte di soddisfazione, procurare benessere, accrescere l'autostima a chi magari ha attraversato o attraversa momenti di crisi, di fatica esistenziale, di scoraggiamento …
Credendo al valore sociale e psicologico di un'iniziativa siffatta si sono uniti – all'artista esperto e al gruppo dei nuovi artisti - operatori della salute mentale dell'Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna, l'assessore ai servizi sociali del Comune di Tirano, volontari (Navicella, Proloco, Lavops…) contando sulla partecipazione calorosa della cittadinanza.
Ci si augura che tutti si sperimenti quanto la poesia di Carlo, che appare sui manifesti, recita:
E' ancora una volta notte e ti senti solo
anche se il mondo è grande e nessuno sa
che la solitudine è grande quasi quanto il mondo
e allora ecco che tra tutta la gente
c'è la possibilità di trovare almeno un'altra solitudine
e incontrarsi con essa
e formare quella simbiosi e quella complicità
che da tempo aspettavi."
A conclusione dell'esperienza possiamo chiederci se tante aspettative abbiano trovato realizzazione.
Siamo partiti da un'idea semplice, quella di permettere esperienze nuove e costruttive a persone che hanno vissuto o vivono problematiche psichiche.
Molto spesso l'esperienza della malattia psichica sviluppa nella persona l'idea di essere mancante, di scarso o nullo valore, favorisce sentimenti di inferiorità, di vergogna di sé e della propria storia.
Purtroppo questi sentimenti sono sostenuti e amplificati dall'idea, che oggi sembra prevalere, che abbia valore solo l'efficienza delle persone, che sia accettato e stimato solo chi è sano, ben funzionante, perfetto.
Non è stato perciò di poco conto evidenziare alla comunità che la persona ha sempre valore in quanto tale, può presentarsi talora per i suoi limiti o problemi, ma pure conserva e può esprimere capacità e estri, magari nascosti - nel nostro caso artistici – se trova rispondenza nella comunità, se le sono fornite altre possibilità di espressione.
Per favorire rispondenza e accoglienza della comunità abbiamo cercato di contattare, ascoltare, informare, coinvolgere, unire, tante diverse realtà: gli artisti, gli operatori, i volontari, i parenti, gli amici, il Comune ospitante, le Associazioni locali, i giornalisti, la comunità tutta - perché solo così si poteva realizzare il desiderato incontro felice tra chi parte un po' in svantaggio, ma ha il coraggio di mostrarsi, e la comunità tutta che accoglie, rispetta, valorizza, apprezza.
E' la comunità nelle sue diverse componenti e nella sua globalità che può fare questo atto di vera giustizia: ridare valore, dare stima e affetto a chi, per sue problematiche, si sente o vive un po' ai margini di essa.
La rispondenza della comunità, a mio parere, è stata forte e positiva: Michele Falciani ha vissuto con noi la mostra dandoci un aiuto prezioso, attento e discreto; gli artisti hanno superato paure e ritrosie partecipando non solo con le loro opere, ma anche con la loro presenza; abbiamo avuto una presenza attenta e accogliente delle Istituzioni (il Comune in primis); volontari e amici sono stati determinanti con il loro aiuto alla riuscita dell'evento; tante persone sono venute a visitare la mostra, lasciando spesso espressioni scritte o orali di apprezzamento.
Non solo: da questa esperienza nasceranno, con il coordinamento di Michele Falciani ed altri artisti esperti, laboratori artistici che prepareranno altre prossime mostre …
Anche gli artisti esponenti ci hanno lasciato impressioni positive:
"Come osservatrice della mostra ho colto attraverso i quadri degli altri artisti una grande capacità espressiva. Dietro ogni quadro si nascondono le emozioni più intense provate da persone le quali solitamente vengono discriminate, per via dei loro problemi. Penso che questa mostra abbia dimostrato l'impegno, il valore artistico e umano, contrariamente a quanto si possa immaginare."
"…Questa mostra di pittura alla quale anch'io ho partecipato, racchiude sensibilità, sogni, racchiude amore. Spesso un certo tipo di sofferenza non è nient'altro che il lasciar uscire una sensibilità che il mondo d'oggi rifiuta, perché troppo misteriosa da comprendere e troppo delicata da proteggere."
"Il disagio psichico è una lotta continua. La liberazione è altrettanto forte. La pittura nasce come movimento introspettivo e cresce soffrendo insieme a noi. Noi tutti abbiamo combattuto e continuiamo a farlo con accanimento così come le dita scivolano sul colore.
"Nessuno ha mai scritto o dipinto, modellato, costruito, inventato, se non per uscire, di fatto, dall'inferno". E tale inferno è la vita quotidiana, scandita da pastiglie, respiri atoni, mani che chiedono e offrono. Dipingere è comunicare quando le parole non bastano. Noi tutti qui siamo espressione di questo.
"Una occasione inaspettata per comunicare con artisti che hanno offerto il loro talento; non si sono ritirati quando qualcuno ha messo a disposizione capacità organizzative, tempo e mezzi per esporre alcune opere. Perciò si possono vedere delle cose belle, per forma e colore e alcune ci hanno colpito in maniera particolare. Possiamo vedere trattata la figura umana in più di una maniera, rivedere simboli e capire stati d'animo, toccare con mano che si possono usare oggetti differenti, magari recuperati, per esprimersi.
Non è facile iniziare un percorso artistico: capita di fare qualcosa che sa di acerbo e che sembra infantile (soprattutto vero se si comincia proprio da bambini).Dico questo invece perché la sensazione è quella di trovarsi di fronte ad autori che lavorano da tanto e hanno superato già diverse prove."
"…la sofferenza, la rabbia, il dolore, la solitudine, ma poi la speranza… traspare tutto questo da questi artisti. Utilizziamo il mezzo a noi più congeniale per farci capire. Ognuno di noi mette la propria esperienza, senza barriere, senza confini, apre il proprio sentire agli altri perché possano vedere ciò che siamo…"
Chi ha visitato la mostra ha lasciato traccia in numerose firme – ne ho contate 150!-, in espressioni interessanti.:
"Ho avuto un attacco di invidia per gli artisti, per chi riesce a trasmettere, senza parole, emozioni!"
"E' bellissimo scoprire il mondo interno degli artisti"
"Complimenti! desta ammirazione e invita… a meditare!"
"Un grazie a nome di tutta la città a tutti gli straordinari ragazzi (Il Sindaco)

"Belli! un'insegnante di educazione artistica"
Fin qui sembrerebbe che chi ha operato per la realizzazione dell'evento abbia dato agli artisti la possibilità di esserci, esporre, esporsi, fornendo loro un'esperienza positiva, gratificante, arricchente, promuovendo in loro benessere, salute psichica.
Qualcuno dà, altri ricevono …
Ma come giustificare che a conclusione dell'evento – nel momento di "smontare" la mostra - avvertivo un po' di nostalgia che tutto si concludesse …?
Mi viene da pensare che quando operatori, volontari, comunità tutta, si occupano di altri – in situazioni di svantaggio per le più varie ragioni – oltre a dare il loro impegno, ricevono molto in cambio.
Questa esperienza infatti è stata arricchente per noi operatori, che pur di diversi sevizi abbiamo lavorato insieme, scambiandoci aiuti reciproci, costruendo stima reciproca; abbiamo sperimentato, vivendoli e applicandoli prima agli altri, sentimenti di accoglienza dei nostri e altrui limiti; abbiamo gioito per un senso di coesione e di vicinanza tra tutti nel formare una comunità sempre più viva, e perciò fonte di vero benessere per tutti.
Chi dunque ha dato, chi ricevuto?

** psicologa - Amb. psichiatrico /Centro Diurno Tirano*

Commissione regionale infermieristica per la salute mentale

di Anna Maria Bergonzi*

Il coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia, ha costituito un gruppo di lavoro infermieristico, nominato dai Collegi Provinciali, per ottemperare quanto previsto nel Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale (PRSM) e successivamente il DRG 17513 del 17 maggio 2004, in accordo con le successive determinazione regionali Circolare 28/SAN del 20049.
Il gruppo di lavoro ha avuto il mandato di pensare le strategie, gli obiettivi e le azioni per la tutela della salute e dei diritti di cittadinanza delle persone affette da disturbi psichici.
Questo organismo di coordinamento si è insediato dal mese di novembre 2006 ed ha mantenuto un incontro mensile presso il Collegio IPASVI di Milano (Via Adige n.20) e relazioni continue attraverso il sistema informatico.

Gli obiettivi:

- Favorire la crescita professionale e culturale (*morale*) degli infermieri
- Promuovere iniziative di informazione/aggiornamento con specifica attenzione alla modalità di erogazione e qualità dell'assistenza fornita alle persone con disagio psichico nei vari contesti operativi
- Pubblicazione e diffusione di materiale informativo e documentazione di carattere scientifico inerente la pratica assistenziale psichiatrica
- Rappresentare gli infermieri nell'area psichiatrica nelle questioni che riguardano:l'organizzazione del lavoro, i rapporti tra operatori e associazioni di familiari e del privato sociale, Enti pubblici, Ordini e Collegi Professionali, per problematiche inerenti la pratica assistenziale in ambito psichiatrico
- Stabilire i rapporti con altre Associazioni di Categoria mediche, sanitarie e sociali legalmente costituite
- Collaborare con le autorità politiche e Amministrative della Regione Lombardia e delle Provincie e delle ASL/AO nella promozione e nello sviluppo di iniziative di natura assistenziale e sociale atte a migliorare gli interventi a favore delle persone con disagio psichico
- Creare una biblioteca e un centro di documentazione della letteratura scientifica in materia di assistenza psichiatrica
- Sostenere i diritti delle persone con disagio psichico.

Il gruppo ha inoltrato nei mesi di maggio e giugno 2007, a tutto il personale infermieristico della Salute Mentale della Regione Lombardia, un questionario con l'obiettivo di valutare alcune proposte formative per gli infermieri operanti nella Psichiatria e di raccogliere i dati qualitativi e numerici per la stesura di una mappatura della realtà regionale.
Tutte le iniziative vedranno coinvolte, con gli infermieri, le Istituzioni che governano la Sanità nella nostra Regione.
Nel mese di Luglio dell'anno in corso, una delegazione infermieristica del coordinamento, ha incontrato l'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia Dott. Luciano Bresciani e alcuni componenti del tavolo tecnico del medesimo assessorato per chiedere una partecipazione attiva degli infermieri per programmare la formazione in salute mentale sul territorio lombardo. Nell'occasione, è stato presentato il Coordinamento e consegnato una parziale documentazione desunta dall'elaborazione dei dati raccolti con il questionario di cui sopra.
Il Coordinamento, dimostra la volontà dei Collegi Infermieri IPASVI, rappresentativi di oltre 52.000 professionisti, di impegnarsi nei confronti di un settore delicato come quello della Psichiatria dove sin ora la richiesta del nostro contributo è sempre stata marginale seppur risultiamo essere il punto nevralgico del sistema.
Il lavoro sin qui svolto, ha evidenziato una non omogenea distribuzione delle risorse con delle criticità rilevabili soprattutto nelle aree metropolitane. Altra preoccupazione, dopo alcuni drammatici eventi sentinella, è la procedura attuata in merito alla contenzione dei pazienti in agitazione psicomotoria, dove, alcune realtà, non utilizzano il protocollo ed il registro di contenzione. A tal fine stiamo svolgendo un'indagine accurata in tutti i Servizi Psichiatrici.
Stiamo inoltre analizzando con attenzione, la Delibera n°VIII/4221 del 28.02.2007 avente per oggetto il riordino della residenzialità psichiatrica; ad una prima analisi è palese l'esistenza di criticità in riferimento alla dotazione del personale assistenziale.
I programmi futuri riguarderanno lo studio di EVENTI FORMATIVI decentrati nelle Province Lombarde e un primo convegno a livello regionale.
Gli infermieri lombardi coinvolti in prima persona in questa iniziativa, colgono l'occasione per ringraziare i Coordinatori Infermieristici ed i Colleghi Infermieri delle U.O.P. (Unità Operative Psichiatriche) della nostra Regione per il positivo riscontro ottenuto con la compilazione del questionario.

Per qualsiasi informazione e chiarimento è possibile contattare le seguenti persone:

Ercole Piani (Presidente Collegio IPASVI di Sondrio e Coordinatore Gruppo Infermieri Area Psichiatrica Collegi IPASVI Lombardia) presso il Collegio IPASVI di Milano-Lodi via Adige 20 – 20135 Milano telefono 02/59900154 Fax 02/55189977 ercolepiani@libero.it o info@ipasvimi.it

Per l'A.O. della Provincia di Bergamo
Beatrice Mazzoleni (Presidente Collegio IPASVI di Bergamo) tel. Collegio 035/217090.
Cesare Moro 035/217090.

Per l'A.O. di Milano
Cristina Finardi, Riccardo Castellazzi, Laura Aletto (Consiglieri Collegio) Collegio di Milano – Lodi 02/59900154

Per l'A.O. di Pavia
Annamaria Tanzi (Consigliere Collegio IPASVI PV) Infermiera c/o C.R.T. Polo Psichiatrico Torchietto – Tel. 0382/432808 – annamaria.tanzi@alice.it .
Anna Maria Bergonzi Infermiera A.F.D. – S.P.D.C. Pavia – Tel. 0382/501816.
Alessandro Invernizzi Infermiere c/o C.R.T. Polo Psichiatrico Torchietto - Tel. 0382/432808.

** Infermiera A.F.D. – S.P.D.C. Pavia – Consigliere Collegio Ipasvi Pavia.*

Alle mie strumentiste, con riconoscenza

di Giorgio M. Baratelli*

Care ragazze
oggi sarà l'ultimo giorno della mia esperienza all'Ospedale di Saltpond, in Ghana.
Sono le 5.30, il cielo inizia a rischiararsi, ma niente di poetico. Anche oggi promette caldo.
Vi scrivo queste poche righe per raccontarvi che ho operato tanto, in condizioni difficili: pochi strumenti a disposizione, sempre sproporzionati, forbici che non tagliano se non a metà lama, due compresse, piccole, per ogni intervento (quando sono intrise di sangue, dopo una bella spremuta in un'arcella, ritornano sul campo) niente bisturi elettrico, l'aspiratore attaccato solo per aspirare il liquido degli idroceli.
Alcuni mattine in ospedale è mancata la corrente. Quella prodotta dal vecchio generatore era appena sufficiente per la scialitica, non per il condizionatore.
La piccola sala operatoria si è tramutata in un forno; per di più con il camice, capellino e mascherina il caldo è stato notevole. Tra un intervento e l'altro uscivo a respirare un po' di brezza che saliva dall'oceano; e questo la dice lunga sulla temperatura che c'era all'interno.
Ho sentito ancora una volta il sudore che mi scendeva da tutte le parti; la cosa più fastidiosa erano le gocce negli occhi e sulle lenti degli occhiali, perchè mi impedivano di vedere quello che stavo facendo.
Inoltre qualche volta il vecchio generatore, che arrancava nel caldo, ci metteva del suo, decidendo si tirare il fiato nel bel mezzo di un intervento; si fermava e la scialitica si spegneva: ho dissecato più di un sacco erniario alla luce naturale ...

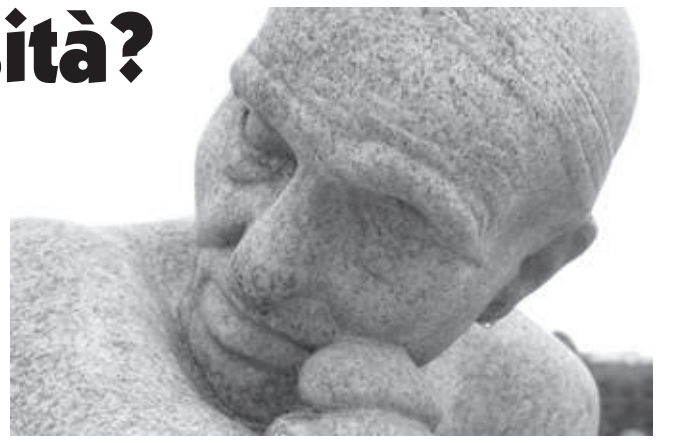
La difficoltà maggiore è la mancanza del senso di sterilità del campo operatorio.
Si inizia con il lavaggio delle mani che avviene sotto un rubinettino di un contenitore di plastica (perchè nell'impianto dell'ospedale manca l'acqua) posto a pochi centimetri da un asse di legno, sulla quale è appoggiato.
Toccare è un attimo. Ovviamente gli spazzolini, quelli monouso rosa, che mi avete dato invece di buttarli, sono stati molto apprezzati; penso che continueranno ad essere utilizzati fino alla loro consumazione fisica.
Ma è quando poi si entra in sala che iniziano i veri problemi.
La salviettina per asciugarsi (non so come meglio definire un pezzetto di tela ricucito che serve a questo scopo), il camice ed i guanti sono posti su un tavolino che si trova entrando a destra, da dove ci si serve.
Il tutto è predisposto pescando in vecchi cestelli metallici con un pinzone teoricamente sterile, ma che in realtà a volte scende fin quasi al pavimento, e spesso tocca bordi e quant'altro trova sul suo tragitto.
La preparazione della cute consiste rigorosamente in tre pennellate: le prime due con lo stesso sapone disinfettante utilizzato per il lavaggio delle mani, la terza con l'alcool (*spirit*, come dicono loro).
A volte la strumentista (inavvertitamente!) appoggia la mano con la quale tiene la ciotola del sapone o del disinfettante sulla cute del paziente.
L'altro giorno volava una mosca sul tavolino dei ferri .....
Il campo è approntato con un telino e un telo grande con il buco.
Quasi sempre il buco "atterra" dove non è passato il disinfettante, poi viene aggiustato sul punto di incisione.
Spesso il telo, oltre al buco d'ordinanza, ne possiede altri sparsi...
In questi buchi a volte ci mettono proprio la punta delle uniche forbici piccole disponibili.
Il telo grande a volte non copre tutto il paziente, così quando ti giri a prendere un ferro vedi un bel piedone doppiamente nero (per il colore della pelle e per lo sporco che lo ricopre) che sbuca a lato del tavolino.
A proposito, i ferri te li prendi da solo, tipo self-service; la strumentista non te li passa perchè ti aiuta o almeno dovrebbe farlo.
Spesso chiacchiera con l'infermiere, nella loro lingua incomprensibile ma carica di suoni, non si interessa più di tanto a quello che sto facendo, non capisce cosa fare per tentare di farmi andare avanti.
Quando le faccio tenere un divaricatore, si attacca allo stesso tirandolo con tutta forza, mi viene da dire come una negra, e ogni volta devo dirle "gently", per evitare che strappi il funicolo del paziente.
Per questo ho dovuto imparare ad operare con tre mani!
Il vero problema poi è che la strumentista tocca da tutte le parti.
Quando si veste, le maniche del camice vanno a spasso toccando qua e là. Poi, una volta pronta, lascia penzolare le mani lungo il corpo.
Più di una volta Mary si è asciugata il sudore della fronte (perchè anche loro sudano) con il dorso della mano guantata, che poi è tornata sul campo.
Ieri Elisabeth ha avvicinato il tavolino prendendolo da sotto, dove ovviamente non c'è il telino sterile, perchè il telino, appena di misura e anch'esso con qualche buco, è appoggiato sopra (il tavolino non è imbustato, come fate voi). Glielo fatto notare e sono riuscito a farle cambiare il guanto, ma a fatica.
Voi mi siete venute in mente molte volte, in particolare Maddy quando ho utilizzato i ferri piccoli che mi ha dato, le forbicine e i klemerini, per le ernie congenite dei bimbi. Quante volte l'ho benedetta, o come si di ce qui "God bless you".
In sala operatoria mi siete mancate più del bisturi elettrico, dell'aspiratore e degli strumenti. Mi siete mancate più dei miei studenti e più dei miei colleghi.
E mi siete mancate tutte, dalla più grande alla più piccola.
Purtroppo, come sempre accade, ci si accorge del valore di una persona o dell'importanza di uno strumento, quando viene a mancare.
Per questo ho sentito il dovere di scrivervi per farvelo sapere, per dirvi brave e per ringraziarvi ancora di cuore per quanto fate.

Post-scrptum
E' interessante notare che non ho avuto nessuna infezione di ferita.
Penso che questo sia da attribuirsi al fatto che sono scrupolosissime nel seguire la regola del cambio di calzature (sandali infradito) quando entrano ed escono dal blocco.
Anche i portantini, quando, alla fine dell'intervento, entrano con la barella per prendere il paziente, si tolgono e lasciano nel corridoio le calzature (sandali infradito) ed entrano a piedi scalzi.

** Medico chirurgo al Green Hill, Cape Coast, Central Region, Ghana*

E.C.M.: obbligo o necessità?

di Andrea Viviani*



Chiedersi se è giusto che ogni professionista sanitario si aggiorni, con lo scopo di acquisire, migliorare e/o rispolverare conoscenze e competenze tramite corsi di aggiornamento o di formazione sul campo, rappresenta una domanda legittima ma che può trovare, onestamente, un'unica risposta. Solo attraverso l'aggiornamento ed il confronto è possibile, per il professionista, tenersi al passo coi tempi ed adattarsi a dinamiche che cambiano ed evolvono con una rapidità sconosciuta fino a pochi decenni orsono. Cambiano le conoscenze, frutto sempre più spesso di studi e ricerche e non del "si è sempre fatto così": ogni nostro agire deve essere motivato da un razionale scientifico dimostrabile e ripetibile, o dev'essere frutto del confronto e della maturità dei singoli per quanto concerne le tematiche etiche. Cambiano le esigenze dei malati (si vorrebbe fossero chiamati utenti o clienti, in un'ottica aziendalistica che uniforma l'ospedale o la RSA al supermercato o allo sportello bancario…), sempre più consapevoli del loro diritto ad esigere una Sanità che dia delle risposte ai loro problemi e non di una Sanità che contappone i propri problemi a quelli del cittadino: problemi che richiedono soluzioni e risposte, fosse anche quella, espressa con la massima onestà intellettuale, di non poter più "guarire" ma di poter continuare a "curare", cioè prendersi cura della persona (e non del cliente). Cambia il tipo, la qualità e la quantità delle nozioni, delle tecniche, del sapere, e della loro applicazione nella pratica lavorativa quotidiana, perché, oggi, non ci si può limitare al "sapere per saper fare", ma ci viene richiesto di "saper essere e saper divenire", concetto la cui validità, espressa molti anni addietro, rappresenta la base per poter parlare di un'assistenza infermieristica di qualità. Cambiano le esigenze dei professionisti, chiamati a rispondere in prima persona del loro agire o del loro astenersi: assumersi la responsabilità non può prescindere dalla formazione e dall'aggiornamento continuo e costante durante la vita lavorativa. Cambia l'organizzazione del lavoro, con la presenza sempre più numericamente importante di professionisti formatisi in realtà extra-nazionali, che compiono percorsi formativi differenti dai nostri, che si trovano a scontrarsi con lo scoglio linguistico: difficile pensare, nonostante tutta la buona volontà, che si possa "agire" se prima c'è una difficoltà nel "capire"; ma bisogna anche preoccuparsi di mettere questi professionisti nelle condizioni migliori per potersi integrare con la realtà sanitaria italiana, e non limitarsi a dire: "non capisce la lingua, ma basta che mi copra il turno…". Senza dimenticare il difficile percorso di integrazione delle figure di supporto, che operano, cooperano e collaborano, ma, del loro agire, spesso si trova a dover rispondere, in qualità di supervisore, l'infermiere. Quale percorso formativo e di aggiornamento compiono queste figure? Vice-infermieri o super-ausiliari? Tutto questo al di là delle conoscenze, competenze e della buona volontà del singolo… Cambia il concetto di responsabilità e di autonomia decisionale, in quanto l'infermiere viene riconosciuto come responsabile dell'assistenza infermieristica: da qui derivano oneri ed onori, perché non basta mettere un qualcosa sulla carta se non si danno i mezzi e gli strumenti per poter applicare quanto c'è scritto e se non si ha la volontà di modificare, in senso migliorativo, la realtà esistente: ci si scontra con resistenze, presenti anche nella professione stessa, al cambiamento. La responsabilità fa paura; a maggior ragione se ci si sente non sufficientemente preparati, tutelati e motivati, anche (ma non solo) economicamente. Non posso biasimare chi sente un po' di nostalgia per il vecchio Mansionario, ma mi chiedo il perché: forse ci si sentiva più tutelati e protetti, senza navigare nel limbo del "se lo sai fare lo devi fare, ma dimostrami che lo sai fare bene; se non lo sai fare, spiegami il perchè e giustificamelo". Cambiano le norme legislative, o l'applicazione delle stesse, spesso senza aver interpellato i diretti interessati: atto non dovuto, ma di buonsenso, giusto per sapere cosa ne pensano le persone su cui ricadranno gli effetti delle stesse… Cambierà il Codice Etico e Deontologico che è un qualcosa di Nostro: costruiamocelo secondo i Nostri Principi, senza nasconderci dietro il "decidano gli altri, io mi adeguo", per poi lamentarci se non lo riteniamo adatto alla realtà ed alle esigenze, nostre e dei malati. Questo lungo preambolo per dimostrare che l'unico strumento efficace e percorribile per tenerci al passo coi tempi è quello di aggiornarci. E fin qui, credo che possiamo essere tutti ragionevolmente concordi, così come possiamo essere d'accordo che un programma di Educazione Continua in Medicina rappresenti un ottimo strumento per permettere di formarci. Un'idea estremamente brillante sulla carta ma che ha mostrato ben presto parecchi limiti, frutto, a mio modo di vedere, del far partire un progetto senza valutarne tutti gli aspetti contingenti. Prima dell'ECM pochi infermieri erano coinvolti nell'aggiornamento professionale: oggi sono molti di più: questo rappresenta sicuramente un successo. Stabilire che l'aggiornamento è un obbligo dovrebbe però consentire a chi è "obbligato" di adempiere all'obbligo stesso. Quante Aziende Sanitarie, pubbliche o private, mettono tutti i propri dipendenti nelle condizioni di potersi formare, senza dover spendere di tasca propria i soldi necessari ad adempiere agli obblighi di legge e vedendosi riconosciute le ore impiegate a formarsi come "ore lavorative"? Esistono realtà con piani formativi corposi, finanziati adeguatamente ed elevata sensibilità nei confronti del problema e realtà con piani formativi scarni o inesistenti e sensibilità scarsa/nulla perché il problema è ritenuto "poco importante". Investire in formazione rappresenta un onere economico con un ritorno che difficilmente si misura nell'immediato, ma nel lungo periodo permette il miglioramento ed il cambiamento, perché oltre ad "insegnare" dovrebbe avere la capacità di "motivare". E chi è dipendente di una struttura piccola (vedi RSA), che non ha la possibilità (o la volontà) economica per garantire l'adeguata formazione è e deve restare un infermiere di serie B, a meno che paghi di tasca propria? E le persone che non hanno un posto di ruolo (quindi economicamente più "fragili") hanno meno diritto (o bisogno) di formarsi delle altre? E' vero che un domani potrebbero non essere più dipendenti di quella struttura, si potrebbe parlare di risorse "sprecate" o "utilizzate male", ma allora perché "obbligare" alla formazione l'infermiere che andrà in pensione dopo un anno o due? Quelle sono risorse "investite bene"? (al di là che anche chi è arrivato al termine della carriera lavorativa può aver voglia di tenersi al passo: volontà, però, non obbligo…). E se lavoro in una unità operativa, per esempio neurochirurgica, non posso avere la necessità di "saperne di più" sul diabete, l'ipertensione o il trauma addominale? Forse, dopo 10 anni che lavoro con persone con problemi cranici, saprò tutto (o quasi) sulla testa ma avrò scordato molto sulle problematiche cardiache o ginecologiche. Ma bisogna aggiornarsi nel proprio ambito di competenza, fermo restando che la persona infartuata o la donna gravida può ritrovarsi ricoverata ANCHE nella mia realtà lavorativa, e non posso permettermi di rispondere: "non so…!" E, un domani, potrei anche ritrovarmi a prestare la mia opera in una unità di degenza completamente diversa… Non voglio, con questo, sminuire o criticare chi si occupa di fare e gestire la formazione a livello locale: stretti da necessità e vincoli di bilancio si trovano spesso nella condizione simultanea del boia e dell'impiccato e nell'impossibilità umana e materiale di accontentare tutti. Stabilire dei criteri e mettere dei paletti può risultare sgradevole ma a volte necessario, stante l'impossibilità di garantire "tutto a tutti". Quanto si ritiene importante la formazione? Quante persone, dipendenti (risorse umane) sono incaricate di gestire la programmazione ECM? Un numero esiguo per tutta l'AOVV, ed è facile rispondere alla domanda sul perché sia difficile arrivare dappertutto! Bisogna rispettare le norme, le regole ed i regolamenti, a volte a scapito di quello che, forse, sarebbe più giusto: legittimo, corretto e rispettoso del ruolo di ognuno, ma utile e stimolante ai fini del risultato? Regole e scelte hanno sicuramente un razionale ma non sempre vanno nella direzione del significato vero della formazione: un'occasione per migliorarsi. Occasione che il più delle volte si perde: corsi FaD dove chi si mette al computer ha già le risposte in tasca e non si da nemmeno la pena di leggere quello che c'è scritto, basta prendere i punti. Corsi d'aggiornamento extra-ospedalieri il cui rapporto qualità/prezzo è decisamente scadente, dove l'accreditamento è per infermieri ma che di contenuti infermieristici hanno ben poco, dove l'unico relatore infermiere è relegato nell'angolino a fine mattinata o a tardo pomeriggio, dove non esiste spazio per la discussione perché non c'è niente di cui discutere. E così si torna a casa con un po' di mal di schiena in più, il portafoglio un po' più vuoto, un po' di aria fritta nelle tasche e qualche credito ECM buono per la raccolta punti (come quelle del supermercato), ma inutile dal punto di vista formativo. E chi si occupa di accreditare i corsi ha la possibilità di incassare la sua parte con costi di accreditamento da parte di provider "esterni" a partire da 500 euro + 5 euro a partecipante per corsi fino a 30 iscritti per ogni edizione ("listino prezzi" 2008 di un provider ancora a buon mercato…). Questi costi ricadono poi sui partecipanti o sull'Ente che si rivolge al provider: società che, per il loro lavoro, chiedono legittimamente il dovuto compenso, ma cosa mi hanno dato in cambio? Sicuramente i punti, ma la qualità di ciò che mi "vendono"? Se accreditare un evento presuppone un guadagno, la logica sarà quella di accreditare più eventi possibile... e buonanotte ai contenuti!!! E chi controlla e vigila sul fatto che gli infermieri adempiano agli obblighi ECM (tot punti/anno o tot punti nel triennio)? E dove sta la differenza fra chi si forma e chi non lo fa? Uno farà carriera, percepirà uno stipendio migliore, avrà giorni di ferie in più, andrà in pensione prima, gli erigeranno un busto bronzeo alla memoria, e l'altro no?? L'infermiere che non partecipa all'ECM può incorrere in sanzioni? E, se sì, quali? Cosa gli succederà: gli bucheranno le ruote della macchina? O lo scorticheranno vivo sulla pubblica piazza cospargendogli le ferite di sale? Un sistema premio/sanzione funziona solo se è estremamente serio, imparziale e se premia o sanziona veramente. Ma chi controlla la mia tessera punti? Almeno al supermercato qualcosa mi danno (che invariabilmente si rompe subito, ma almeno ho la soddisfazione morale…). Così chi si impegna è messo sullo stesso piano di chi non lo fa, con i risultati che tutti possiamo immaginare…e qualcuno si prende anche dello stupido… Visto che gli eventi ECM sono accreditati, in Regione o al Ministero della Salute, era così difficile pensare che questi stessi Enti, al termine dell'anno avessero l'obbligo di inviare ai professionisti il resoconto dell' attività formativa per quell'anno? Così si sarebbe data la possibilità di conoscere precisamente, ad ogni professionista, la propria situazione, invece di lasciare al buon cuore ed alla buona volontà di ogni Ufficio Formazione (nelle realtà in cui esistono) di chiedere ai dipendenti di inserire il proprio curriculum formativo esterno sul sito aziendale e di cercare così, per quanto possibile, di fare un po' di ordine. Ma per alcuni eventi, fatti negli anni 2002/2003 i provider accreditanti non sono in grado di recuperare la documentazione!!! E chi ha perso l'attestato? E a chi lo stesso non è stato nemmeno mandato? Non esiste più la possibilità di certificare l'effettiva partecipazione… Solo adesso si cerca di riorganizzare la cosa. D'altra parte sei anni, in confronto all'eternità, sono nulla…Pensarci prima di premere il bottone ed avviare il meccanismo era così difficile? Le colpe ed i limiti non sono solo degli altri: perché non sfruttare di più la formazione sul campo, che da la possibilità di acquisire i crediti formativi avendo delle ricadute immediate, sulla nostra attività lavorativa, nella nostra Unità Operativa? IL RE E' NUDO…Credo di non fare considerazioni campate per aria, la realtà è lì da vedere, basta aprire gli occhi e non avere paura di dire: "non mi sta bene, cambierei le cose in questo o quest'altro modo". Vedo molti miei colleghi che si impegnano nella formazione post-base, a loro spese, segno che non tutto si fa per prendere i punti, ma perché tenersi al passo ed avere un solido zoccolo di conoscenze serve, eccome, e, ECM o meno, molti ne sentono la necessità. Forse esigere meno dal punto di vista numerico ma puntare di più su contenuti che servano veramente sarebbe una soluzione non solo di buon senso, ma anche logica. Come consigliere del Collegio IPASVI ritengo che la formazione infermieristica debba essere affidata prioritariamente agli infermieri: non perché siamo meglio o peggio di altre figure sanitarie ma perché parliamo e ci confrontiamo con la Nostra realtà e con il Nostro lavoro. Sarebbe bello poter organizzare dei corsi a costo zero per i partecipanti: la quota che viene richiesta dal Collegio è quella che copre esclusivamente le spese vive, a fronte di relatori che si impegnano chiedendo esclusivamente dei rimborsi spese risibili. L' ultimo corso di aggiornamento che abbiamo organizzato, "L'infermiere e le tematiche etiche di fine-vita", tenuto solo ed esclusivamente da infermieri, ha riscosso un notevole successo, con punte di gradimento inerenti la rilevanza, la qualità, l'efficacia, la chiarezza dell'esposizione che oltrepassano il 95% dei questionari di gradimento. E' stato un vero e proprio salto nel buio (ma come?…infermieri che parlano di cosa?…e cosa dicono?… senza avere un esperto di bioetica o un ministro del culto?), un rischio calcolato: consapevoli di rimetterci magari la faccia ma altrettanto consapevoli del nostro "essere infermieri" e non del nostro "fare l'infermiere", non abbiamo avuto paura di metterci a nudo e di confrontarci con chi ha avuto la voglia di stare ad ascoltarci. Quello che più mi soddisfa, al di là del gradimento, è stata l'attenzione e la partecipazione attiva all'evento, segno che questi sono argomenti che toccano, non ci lasciano indifferenti: rappresentano un arricchimento non solo per chi ascolta ma anche per chi parla. E nessuno che chiede "quanti crediti da?" o "a che ora finiamo?"…Ne approfitto per ringraziare chi ha partecipato e chi ha collaborato attivamente (in ordine sparso: Bruno, Chiara, Ercole, Giovanna, Paola, in qualità di relatori, ma anche chi si è dato da fare dietro le quinte, Marisa, Alberta, Carla, Tiziana, Danila, la mitica Zubi) e, vista la richiesta, è nostra intenzione proporre ulteriori 3 edizioni del medesimo corso. Il programma lo trovate qui sotto.

** Infermiere Ch. Toracica Sondalo*
Consigliere IPASVI

20 crediti ecm GRATUITO

Un corso Fad sulla sicurezza

SiCure è un corso Fad promosso dal Ministero della Salute, in collaborazione con Fnomceo e Ipasvi.
Affronta il tema della **SICUREZZA DEI PAZIENTI E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**.
SiCure viene proposto attraverso Internet, è gratuito ed attribuisce 20 crediti agli iscritti che avranno frequentato le lezioni sul web e superato con successo i relativi test.
SiCure si presenta, per rilevanza del tema, per la centralità dei proponenti, per la vastità della popolazione raggiunta, come il più importante esempio di percorso formativo Fad proposto in Italia.
Per maggiori informazioni e per accedere a SiCure: www.ipasvi.it

Notizie dal Collegio

La Commissione aggiornamento del Collegio, visto le richieste e il successo delle precedenti edizioni ripropone ai Colleghi il Convegno:

"L'INFERMIERE E LE PROBLEMATICHE ETICHE DEL FINE-VITA"

Edizioni di:

TIRANO, 30 aprile 2008 c/o Auditorium RSA Città di Tirano
CHIAVENNA, 7 maggio 2008 c/o sala riunioni del Credito Valtellinese
SONDRIO, 21 maggio 2008 c/o sala "Vitali" del Credito Valtellinese.

PROGRAMMA SCIENTIFICO.

Moderatore: Ercole Andrea PIANI

07.50	Registrazione partecipanti
08.00/09.00	**L'etica del problema etico: istruzioni per l'uso.** Relatore Andrea VIVIANI
09.00/10.00	**La morte e il morire: dalla storia all'attualità**. Relatore Bruno ROBUSTELLI TEST
10.00/11.00	**Le direttive anticipate di trattamento**. Relatore Chiara FOGNINI
11.00	Break
11.15/13.15	**Eutanasia: tra il diritto alla vita e la dignità della stessa. La legge, le religioni, i mass-media, i pareri, le opinioni, i dati statistici**. Relatore Andrea VIVIANI
13.15	Pausa pranzo
14.15/15.15	**L'esperienza lavorativa a contatto con l'ammalato terminale**. Relatore Giovanna CAZZANIGA
15.15/16.15	**Il comitato etico ospedaliero**. Relatore Paola PAROLINI
16.15	Break
16.30/17.30	**Role playing.**
17.30/18.00	**Discussione e considerazioni**
18.00/18.15	Compilazione sondaggio informativo.
18.15	**Test di verifica**
18.30	Termine lavori

"PRIMA REVISIONE DEL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE"

Sono trascorsi quasi dieci anni dall'emanazione del Codice deontologico dell'Infermiere, presentato a Rimini nel 1999 durante la celebrazione del XII congresso nazionale IPASVI.
In questi dieci anni profondi sono stati i cambiamenti che hanno coinvolto l'intera società, il mondo della sanità e la professione infermieristica.
Opportuno quindi è sembrato al Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI ilprocedere a un confronto sul nuovo Codice deontologico degli Infermieri, così come proposto dalla stessa Federazione Nazionale, perché lo stesso diventi strumento di fondamentale importanza ai fini dell'esercizio professionale.
Il Presidente e il Consiglio Direttivo invitano quindi, tutti gli Infermieri a dare il proprio contributo alla riflessione e al dibattito sui principi e sui valori che costituiscono una guida e un punto di riferimento costante all'agire professionale.
Con questo incontro si apre la "stagione del confronto" su un documento che in quanto "prima revisione" del Codice è aperto a modifiche, integrazioni ed arricchimenti che saranno poi inoltrati alla Federazione nazionale IPASVI.
Il convegno, seppur strutturato in sole due ore, vuole promuovere e sostenere questa importante fase della vita professionale nella consapevolezza di essere parte di un ulteriore e importante momento di crescita e maturazione della professione.

Il corso è gratuito e rivolto a 95 Infermieri e 5 Vigilatrici

BERBENNO DI VALTELLINA (SO), 9 maggio 2008 c/o Hotel Salyut

PROGRAMMA SCIENTIFICO.

Moderatore: Rosella BARAIOLO

16.45/17.00	Registrazione partecipanti
17.00/18.00	**Presentazione della Prima revisione del Codice Deontologico dell'Infermiere** Relatore Ercole Andrea PIANI
18.00/19.00	PAUSA
19.00/19.50	**Lettura dei vari articoli proposti dal Codice e confronto con l'attuale Codice Deontologico.** Relatore Ercole Andrea PIANI
19.50/20.00	**Test finale di apprendimento.**

Auguri di una felice Pasqua

MODALITÀ DI ISCRIZIONE AI CONVEGNI

Leggere attentamente le note organizzative riportate nella presentazione di ciascun evento per documentarsi su sedi, date e costi. Per validare l'iscrizione è indispensabile seguire la seguente procedura:

1. Contattare telefonicamente il Collegio o presentarsi di persona presso l'ufficio per avere la conferma sulla disponibilità dei posti **a partire da lunedì 7 aprile 2008, ore 14.30**;
2. Ogni Infermiere può iscrivere un solo altro collega;
3. Entro 3 giorni lavorativi dalla conferma della disponibilità dei posti: **a)** compilare in modo leggibile la scheda d'iscrizione sotto riportata **b)** effettuare il versamento presso: la segreteria del collegio IPASVI oppure bonifico bancario sul c/c 24367 ABI 5216 CAB 11010 aperto presso la TESORERIA del Credito Valtellinese, sede di Sondrio – causale del versamento "corso agg. del ..... sig. ....."
4. Inviare la scheda di iscrizione e la copia del versamento al fax 0342/517182 o via e-mail: info@ipasviso.org;
5. Utilizzare una sola scheda per ciascuna partecipante (sono consentite le fotocopie).
6. Saranno accettate disdette con rimborso della quota versata solo se pervenute in forma scritta entro e non oltre 5 giorni lavorativi dalla data del corso.
7. La scheda di iscrizione è reperibile anche: **a**) presso la sede del Collegio IPASVI **b)** sul sito www.ipasviso.org

Il/La sottoscritto/a Cognome ..... Nome .....
richiede l'iscrizione al seguente corso di aggiornamento:

✹ **"L'INFERMIERE E LE PROBLEMATICHE ETICHE DEL FINE-VITA"**
- ✹ Edizione di: **Tirano (SO)** del **30 aprile 2008**
- ✹ Edizione di: **Chiavenna (SO)** del **7 maggio 2008**
- ✹ Edizione di: **Sondrio** del **21 maggio 2008**

✹ **"PRIMA REVISIONE DEL CODICE DEONTOLGICO DELL'INFERMIERE"**
Berbenno di Valtellina, 9 maggio 2008 c/o Hotel Salyut

CORSO GRATUITO

Dichiara:
1. di essere Iscritto/a all'Albo IPASVI della provincia di .....
2. di essere residente a ..... Via .....
C.A.P. ..... città ..... Prov .....
Codice Fiscale .....
3. Sede e Unità Operativa di appartenenza: .....
4. Qualifica .....
5. Intestare la ricevuta a: (se nominativo diverso dalla persona indicata sopra) .....

Autorizzo il Collegio IPASVI della provincia di Sondrio al trattamento dei dati personali sopra dichiarati ai soli fini istituzionali e alle comunicazioni inerenti la certificazione ECM, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, art. 13.

Ho effettuato il versamento di € 25,00 (per i corsi a pagamento) in data .....
come da allegata copia.

Firma .....

ASSEMBLEA ANNUALE 2008

Agli iscritti all'Albo
del Collegio IPASVI
della provincia di Sondrio
Loro Sedi

Sondrio, 12 marzo 2008
Prot. 2008/443/II.01-tb
OGGETTO: convocazione assemblea ordinaria.

L'assemblea ordinaria del Collegio IPASVI della provincia di Sondrio è indetta in prima convocazione il giorno 8 maggio 2008 alle ore 23 presso la sede del Collegio, sita in Sondrio, Via IV Novembre n. 11.
Poiché si presume di non raggiungere il numero legale degli iscritti, **l'assemblea è indetta in seconda convocazione il giorno 9 maggio 2008, ore 18.00, presso la sala riunioni dell'Hotel Salyut di San Pietro Berbenno (SO).**

ORDINE DEL GIORNO:
1. Relazione del Presidente;
2. Presentazione a cura del Tesoriere e approvazione conto consuntivo anno 2007:
3. Presentazione a cura del Tesoriere e approvazione bilancio preventivo 2008;
4. Programma di attività per l'anno 2008;
5. Varie ed eventuali.

I colleghi che non potessero intervenire hanno la facoltà di delegare a rappresentarli un iscritto partecipante all'assemblea.
La delega, posta in calce al presente avviso, dovrà essere consegnata alla persona incaricata all'inizio dell'assemblea.
Ogni iscritto partecipante all'assemblea può essere investito di sole due deleghe.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
f.to Ercole Andrea PIANI

Il/la sottoscritt. .....
iscritto/a. all'albo professionale del Collegio IPASVI della prov. di Sondrio dal .....
n. di posizione ..... impossibilitato/a. a partecipare all'assemblea ordinaria degli iscritti del giorno **9 maggio 2008**, delega a rappresentarlo/a. il sig. .....
..... iscritto/a. all'albo.

Data, ... Firma .....

IPASVI

...Cerchi il Principe Azzurro? È la serata giusta!

HOTEL SALYUT
S. PIETRO BERBENNO

9 maggio 2008

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE del 12 maggio

Serata indimenticabile
dedicata a tutti gli infermieri e simpatizzanti.

Far pervenire l'iscrizione ai referenti del collegio • Info: 0342.218427 • info@ipasviso.org - www.ipasviso.org