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

IPASVI

Parliamone

Anno 22 - N. 1 - Luglio 2012 - Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 2, comma 1, DCB Sondrio

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

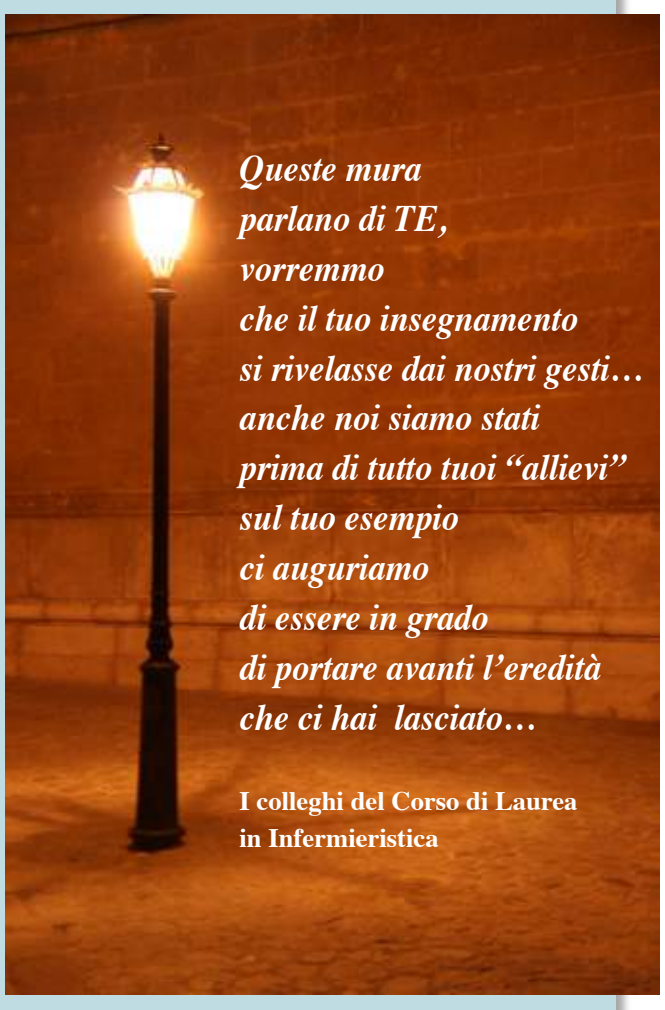
In caso di mancato recapito restituire a:
Centro Postale Operativo Sondrio

Quale è il futuro della professione infermieristica?

di Tonino Trinca Colonel

Stimati colleghi, la domanda che mi e vi pongo non è di retorica ma meritevole della giusta attenzione, passando da una profonda ed onesta riflessione, relativamente alle opportunità e ai pericoli che la nostra professione incontrerà nel prossimo futuro. Se parliamo di specifico disciplinare, parecchi di voi potrebbero storcere il naso, ma declinando in linguaggio corrente il concetto, ricercandone il significato, ci si rende conto che non si parla d'altro che dell'area di competenza, del campo d'azione, del cosa noi quotidianamente infermieri facciamo. Un professionista è tale perché quello che fa lo fa lui e solo lui, ne possiede l'esclusiva. Bene, è ormai consolidato che l'infermiere è il professionista unico dell'assistenza. O meglio, questa affermazione è teoricamente e normativamente riconosciuta ma nella pratica si sta ancora con fatica strutturando. Se per individuare il nostro specifico disciplinare ci basiamo su una lettura normativa, l'infermiere è identificato come il professionista sanitario che in autonomia è il responsabile dell'assistenza. Il nostro profilo professionale (DM 739/94) all'art. 1 notifica "..L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso di diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica generale". La L 42 del 1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" rinsalda l'infermiere come professionista: elimina, all'art.1, il vecchio epiteto "professione sanitaria ausiliaria" (previsto dal regio decreto 1265 del '34). La stessa all'art.2 abroga lo stretto fardello del mansionario ed individua contemporaneamente l'ordinamento didattico (la formazione universitaria), il profilo professionale, la formazione post-base ed il Codice Deontologico come guida del nostro agire (cosa l'infermiere deve/può fare). La L 251 del 2000 all'art. 1 afferma "L'infermiere utilizza metodologie di pianificazione per obiettivi d'assistenza". Ora, se proviamo a contestualizzare ed analizzare, nella nostra realtà quotidiana il valore dell'affermazione "infermiere professionista" ci si trova di fronte a situazioni variegate. Infatti, non è conclamato il fatto che l'infermiere sia il protagonista dell'assistenza così come dovrebbe essere e cioè dell'esclusiva assistenza infermieristica ma, purtroppo ancora si trova immerso in realtà dove agisce per compiti e senza autonomia rispetto al governo assistenziale. Senza il giusto riguardo all'imprescindibile ed esclusivo agire che l'infermiere ha sulla buona salute si rischia di mettere in dubbio la professione stessa. Oggigiorno ci troviamo di fronte a nuove esigenze, nuove domande di salute derivanti dall'incremento dell'aspettativa di vita con conseguente aumento delle patologie croniche, delle disabilità. Parallelamente gli organi di governo per perseguire la sostenibilità del SSN, SSR hanno intrapreso una riorganizzazione del sistema che passa per una contrazione/ridimensionamento del numero dei posti letto di ospedalizzazione privilegiando l'approccio preventivo/territoriale. Se parecchi colleghi sono attenti a tutte queste evoluzioni altrettanti dovrebbero porre più attenzione.

L'infermiere deve prestare maggiore attenzione alle sfide future che lo attendono, strutturare la sua esclusività come professionista, deve essere pronto a farsi carico delle nuove responsabilità che gli competono per poi poter rivendicare i giusti riconoscimenti (sociali ed economici). In merito alle nostre peculiarità queste sono sfide che ci obbligano ad una sincera riflessione, a confronti che devono coinvolgere soprattutto quei pseudo professionisti che occupano una posizione marginale, quei soggetti che ancora devono prendere coscienza del significato, delle motivazioni, dei valori e principi che rappresentano le fondamenta dell'assistere e del prendersi cura. Solo rinsaldando la sua insostituibilità come perno dell'assistenza si articolerà un sistema chiaro caratterizzato dalla corretta cooperazione interdisciplinare ove anche la presenza delle figure di supporto potrà essere correttamente collocata. Come collega e come vostro nuovo portavoce, in qualità di presidente, senza tediarvi ulteriormente, vi chiedo, se possibile, interesse e solidarietà verso le attività istituzionali e di rappresentanza del vostro Collegio per continuare il consolidamento del percorso di professionalizzazione, intrapreso da anni e caparbiamente perseguito da tutti i colleghi dei precedenti mandati.



Grazie Giovanni

di Ercole Piani

Cari Colleghi e amici di Parliamone da poco tempo è deceduto Giovanni Gandossini è stato un grande maestro e riferimento non solo professionale per molti infermieri; permettetemi di parlare a lui come se fosse ancora qui tra noi perché ho la sensazione che, dove ora si trovi, possa ascoltarci.

Caro Giovanni, questa volta ti parlo senza che tu possa interrompermi come, quando cercando i tuoi consigli, partivo elogiandoti e tu, sorridendo, mi fermavi semplicemente dicendo: " andiamo al sodo". Quindi sintetizzando, come del resto tu vuoi, grazie per:

- La concretezza;
- La perseveranza nel portare avanti le tue idee;
- Per aver creduto nella formazione che per te è stata soprattutto testimonianza;
- Per quel tuo particolare sguardo che sapeva essere severo e infinitamente dolce;
- Per aver saputo sostenere chi traballava e procedeva a fatica perché sentivi che "c'era un cuore";
- Per quelle appassionanti lezioni di Etica;
- Per non essere mai sceso a compromessi;
- Perché al momento giusto il tuo silenzio era assordante;
- Per la tua onestà;
- Per essere stato tollerante, ma mai debole;
- Per la sincerità;
- Per la tua modestia;
- Per la tua cultura così affascinante;
- Per quel sapere che mettevi a disposizione di tutti senza mai farlo "cadere dall'alto";
- Per aver saputo mediare;
- Per essere stato per tanti giovani studenti e studentesse come un padre;
- Per aver creduto nei diritti dell'Ammalato;
- Per esserti impegnato per i tuoi concittadini;
- Per aver partecipato attivamente alla vita del tuo Collegio;
- Per aver sostenuto tanti colleghi in difficoltà;
- Perché nonostante gli impegni hai saputo essere sposo e padre esemplare;
- Perché sei stato un riferimento autorevole per la professione infermieristica.

Non sono elogi buttati lì per esaltare, sei stato un uomo eccezionale e per chi ti ha conosciuto è stata una fortuna incontrarti; ho voluto conoscere la tua famiglia – sono entrato a casa tua in "punta di piedi" le cose belle che hai fatto nella tua vita sapranno ridurre il dolore della tua assenza e rimarrà la dolcezza che hai sempre cercato quasi con pudore, ma inutilmente, di nascondere.

Citando un principio a te caro permettimi di ricordare, a tutti noi e ai tuoi ex studenti, di mantenere vivo il rispetto del Paziente che ci hai caparbiamente trasmesso, rispettando sempre la sua dignità ed evitando nella relazione toni confidenziali. Sono certo che ce lo ricorderemo e così facendo sarà il modo più bello con cui onoreremo il tuo impegno.

Ciao Giovanni e ancora grazie per averci illuminati.

2012

Collegio IP-AS-VI 2012

All'interno

Violenza intrafamiliare: che fare?	Pag. 3
Notizie dal Collegio	Pag. 4
Bilancio e relazione del tesoriere	Pag. 6
Dopo Malaombra	Pag. 9
Un progetto riorganizzativo UOP di medicina generale	Pag. 12
Presentiamo AISM	Pag. 12
La donazione è vita	Pag. 16

Un saluto a un amico, un addio ad un collega

di Alberto Camarilla*

Giovanni è una persona speciale, di quelle che ti restano nel cuore.
Questo è quello che ho pensato quando l'ho incontrato ed è quello di cui mi sono convinto conoscendolo meglio e imparando da lui.
Mi viene da piangere, e non me ne vergogno, pensando che ci ha lasciato troppo presto …come accade quando qualcuno parte e non facciamo in tempo a salutarlo.
Ma lui, da dov'è ora, purtroppo, non potrà tornare;
non per regalarci altri saggi sorrisi, non per convincerci ancora una volta dell'importanza del nostro lavoro…non più per trasmetterci tutto quel bene che aveva dentro è che sapeva condividere semplicemente, ma come un padre.
La malattia, la morte ce l'ha portato via, senza mezzi termini o ipocrite frasi di circostanza…
Inutile illuderci d'incontralo e di potergli stringere ancora la mano, anche se egoisticamente vorrei poterlo fare un'ultima volta, per quanto lo stimavo.
La parola "morte" lui la sapeva pronunciare, dosandola; sapeva insegnare ad affrontarla come ragione finale, come atto conclusivo, quasi come ragione stessa della vita.
E questo mi è di sollievo, e lo sia per tutti quelli che come me l'hanno ammirato, seguito …per quanti hanno potuto contare su di lui.
Mi solleva pensare che abbia saputo affrontare di petto e con coraggio quello che per una vita intera aveva aiutato ed insegnato a curare: la malattia, anche quella inguaribile.
Mi piace credere, ne son certo, che lui parlandone non avrebbe esitato e sarebbe stato capace di usare parole che non feriscono, anche nel dare una notizia triste come questa.
Giovanni ora non c'è più… non qui con noi; di lui però resta tanto a testimonianza di quanto sia stato un ottimo infermiere, rispettato ed apprezzato professionista nell'insegnamento, una persona degna dell'amore dei suoi studenti, colleghi, familiari e conterranei.
Resta tanto; cose preziose come il ricordo che una persona buona sa lasciare, come l'entusiasmo di chi ama ciò che fa e lo sa trasmettere.
Resta ciò che mi ha e ci ha insegnato.
Resta la stima e l'affetto dei tantissimi che l'hanno accompagnato e salutato oggi…
…resta la memoria di un Uomo come ce ne vorrebbero tanti.
Un abbraccio, Giovanni, grazie per tutto quello che di te ci hai saputo regalare.

*Infermiere

Carissimo Giovanni,
Ora che non sei più tra noi. Ti voglio pensare e ricordare nei momenti migliori della tua vita professionale .
Sei stato un collega della primissima ora quando la scuola infermieri professionale aveva da poco iniziato il suo percorso nella struttura dell'ospedale di Sondrio , avendo intuito le tue doti particolari per la professione e l'amore alla cultura scientifica e umanistica ti consigliai di intraprendere la professione di tutor presso la scuola medesima.
Sognavi come me un'infermieristica di alto livello che rendesse protagonista gli infermieri nel campo delle loro competenze, dalla cura dei pazienti alla loro riabilitazione non solo ma spaziando anche nel campo dell'educazione e della prevenzione, per stare bene con se stessi e con gli altri.
Con l'insegnamento del Nursing alle allieve-i infermieri che ti venivano affidati hai portato a termine il tuo sogno per quasi trent'anni arricchendo sempre la tua cultura con il sapere attraverso i libri che sono il pane dell'anima.
Hai elargito a piene mani il tuo sapere alle tue allieve-i da autentico maestro sempre attento, premuroso nell'accompagnare i discenti con cura verso la meta ,ma anche giusto nella valutazione di non idoneità alla professione che qualcuno ha definito intellettuale .
Hai viaggiato da pellegrino sul sentiero terreno della vita verso la meta, sapevi che l'uomo non può essere defraudato dalla sua ansiosa ricerca del suo bisogno di SAPERE SE MERITA NASCERE, VIVERE, LOTTARE, SOFFRIRE E MORIRE (G.P.ll) se c'è un perché che ne giustifichi la sua esistenza.
Per questi valori eterni sei vissuto, ricercando senso e significati nel tuo essere nel mondo come sposo, padre, educatore.
Come cristiano hai affrontato anche il negativo del mondo senza cadere nella disperazione, così è stato per la malattia avevi sempre lo sguardo rivolto alla speranza, alla riflessione sulla fine della vita che costringe comunque tutti a fermarci e a interrogarci sulla vita medesima. Conoscevi il percorso della tua malattia il cancro che tu stesso mi hai comunicato con seriosità professionale e ci siamo sentiti accumunati da un destino comune perché eravamo stati aggrediti DALL'IMPERATORE DEL MALE…(titolo del libro dell'oncologo SIDDHARTA MUHERJEE pubblicato nel 2010 una biografia del cancro ecc.)
Durante le brevi visite in oncologia ti ho visto stanco, provato dalla febbre continua che non dava tregua…così bastava un abbraccio, una carezza un esserci, nella tua camera sono passate tutte le tue allieve, le colleghe coloro che ti hanno voluto bene e stimato.
La domanda (dopo la tua morte analizzando anche i dati della nostra provincia che una persona su tre ammala di cancro.) (dr. D.Valenti) allora non sarà se incontriamo questa malattia nell'arco della nostra vita, ma quando.
Il messaggio professionale di Giovanni suona così: Le I.P. devono avere consapevolezza di questi dati per predisporre un'assistenza specifica mirata di qualità. Inoltre dovranno essere presenti anche nei programmi di prevenzione e di educazione a stili di vita più sobri intervenendo anche sulle politiche ambientali e sociali per migliorare il futuro delle nuove generazioni per sconfiggere il drago… insomma operatori protagonisti della salute pubblica a tutto campo con la voglia dell'eccellenza e della qualità.
Un secondo messaggio è quello di riumanizzare le strutture sanitarie affinché siano al servizio autentico dell'uomo malato bisognoso di cure, considerando anche l'attuale realtà multietnica che richiede accoglienza e solidarietà nuove.

Aurelia Giudice Novellino

Caro Giò
ti scrivo queste righe sapendo che mi ascolti, come del resto mi hai sempre ascoltato nel percorso della mia formazione.
Ho imparato molte cose da te, molte più cose di quanto ti saresti aspettato.
Allora, negli anni ottanta, non ti chiamavi ..."Tutor"
le parole in inglese erano tre o quattro... , in compenso il tuo modo di porti era ,allo stesso tempo ,sia autorevole che molto umano.
Allora ci chiamavano "allievi" ed eravamo praticamente dei ragazzi!
Tolleravi la nostra allegria, a volte esagerata e ci sostenevi con forza,
nel nostro avvicinarci alla sofferenza del malato. Compagno presente nel tirocinio di scuola e di vita, eri un porto sicuro dove attraccare nei miei momenti di difficoltà scolastiche ma, soprattutto personali.
Mai ho avuto il dubbio che tu non avessi Risposte ai miei tentennamenti!
Dal primo giorno di tirocinio tu mi hai svelato I SEGRETI:

"la persona che hai di fronte, che devi accudire E' tuo padre, tua madre, tuo fratello, tua sorella, tuo figlio, solo in quest'ottica potrai essere un infermiere completo."
"Il malato è una persona in difficoltà quindi, più fragile di noi sani,
non dimentichiamolo mai quando ci rapportiamo con lui"

TUTTO QUI !!!
pensavo io ma, ogni giorno della mia professione
tocco con mano queste tue convinzioni, che sono diventate mie.
Certo la preparazione, la professionalità, l'aggiornamento, l'autocritica, il confronto con gli altri membri del gruppo di lavoro, sono necessari e fondamentali ma, senza i tuoi insegnamenti sarebbero degli sterili stereotipi per riempirsi la bocca e vantarsi di quanto siamo diventati dei bravi Professionisti.

Ti ringrazio e voglio salutarti dicendoti che, tu per me, sei stato, sei, e sarai, come La Volpe del Piccolo Principe.
Ti abbraccio forte e... se puoi, ogni tanto dammi uno sguardo benevolo come tu sai fare così bene.

Oriana

Parliamone on-line

Cari colleghi, per chi di voi desiderasse ricevere Parliamone solo in modalità on-line, si chiede di renderne nota la volontà mediante comunicazione cartacea o tramite email (possibilmente con posta certificata) e contemporanea notifica dell'indirizzo email ove inviare il formato elettronico del giornale. Gli indirizzi per la notifica sono:
Collegio IPASVI Sondrio - Via Aldo Moro 38/A - 23100 Sondrio,
ipasvi.sondrio@pec.ti
oppure info@ipasviso.org
Grazie la redazione.

Violenza intrafamiliare: che fare?

di Riccardo Canova*

La famiglia, luogo delle cure primarie, dove siamo cresciuti e dove cresciamo i nostri figli, è comunemente considerata come punto di riferimento, luogo protetto e protettivo, una sorta di paradiso sicuro.
Le statistiche ci dicono che, in realtà, è molto più probabile essere aggrediti, maltrattati fisicamente, abusati sessualmente, umiliati e sottomessi psicologicamente, da un membro della nostra famiglia che da un estraneo.
La *violenza intra-familiare,* anche se varia da paese a paese in modo considerevole, in ragione anche delle differenze culturali rispetto a ciò che si considera tale, sembra essere ubiquitaria. Le ipotesi su questo fenomeno sono innumerevoli. Sappiamo di sicuro che durante i periodi di trasformazione socioculturale, con il mutare del concetto di famiglia, la conseguente messa in discussione dei ruoli tradizionali tra maschio e femmina, genitori e figli, si assiste a un aumento del fenomeno stesso.
Nella nostra società gli interventi a difesa delle vittime (siano esse, figli, coniugi o genitori), quando attuati, sono generalmente limitati alla protezione. Protezione che consiste, per lo più, nel separare fisicamente la "vittima" dal suo "carnefice", intervento ovviamente necessario ma purtroppo tutt'altro che sufficiente. Spesso, infatti, limitarsi a questo rischia di peggiorare la situazione e di creare le condizioni per il perpetuarsi della catena della violenza. Bambini lasciati anni in comunità con disastrose conseguenze sul piano psicologico ne sono disgraziatamente frequente testimonianza.
Gli interventi psicoterapeutici, purtroppo rari e poco considerati dai Servizi Sociali, riguardano di solito solo le vittime, generalmente donne e bambini, trattate individualmente, cercando di intervenire sulle conseguenze dei traumi psico-fisici subiti. Poco o nulla si fa per comprendere e soprattutto per affrontare la situazione relazionale che ha portato alla violenza stessa e al suo perpetuarsi. Che cosa ha scatenato la violenza e cosa ne alimenta l'escalation sono le domande che bisognerebbe porsi e alle quali possibilmente dare risposte concrete.
La "visione del mondo" più frequente è semplicistica e lineare: esistono persone che per cattiveria intrinseca, psicopatologia o a causa dell'assunzione di sostanze, diventano violente nei confronti di inermi partner, figli o genitori. Sono invece complessi meccanismi relazionali a scatenare l'uso della violenza, fisica e/o psicologica nei confronti di uno o più familiari. Meccanismi, si noti bene, nei quali può cadere, in determinate circostanze, gran parte delle persone.
Una precondizione, che si riscontra in una percentuale impressionante di casi, è quella di essere stati a propria volta vittime di violenza. La violenza intra familiare assume aspetti molto variegati e complessi,(fisica, psichica, trascuratezza, violenza assistita), Dal punto di vista psicologico queste situazioni portano, nella quasi totalità dei casi, a danni psicopatologici più o meno gravi.
Alla base della psicopatologia vi è il venir meno, per varie e spesso complesse ragioni, della naturale capacità che gli esseri umani hanno di "mentalizzare" ossia di presumere cosa l'altro pensi, senta, provi e che intenzioni abbia, in una frase il "vedere se stessi dall'esterno e gli altri dall'interno".
Il ripristino di questa capacità non è cosa facile ma deve diventare l'obiettivo principale.
Se non riesco ad immaginare cosa possa pensare, sentire la/il mio partner o mio/a figlio/a in relazione alle mie azioni, atteggiamenti ecc. come posso stabilire una sana relazione con lui/lei?
Ad esempio se non sono capace di "mentalizzare" l'altro e non m'interrogo, posso rischiare di pensare che certi atteggiamenti di mia figlia siano avances sessuali e agire di conseguenza (succede spesso negli abusanti e non come scusa)
Senza il raggiungimento di un livello accettabile di capacità di mentalizzare, infatti, le odierne vittime, oltre ad andare incontro a patologie gravi come i disturbi di personalità, gravi disturbi del comportamento alimentare, depressione, disturbi dissociativi, abuso di alcool e stupefacenti, in genere hanno un'ottima probabilità di diventare a loro volta violenti e abusanti.
Che fare?
Le attuali risposte non sono certo incisive in modo adeguato
Occorre ripensare totalmente il modo di intervenire. I servizi invece, difronte all'inefficacia dei loro interventi ed a carichi di lavoro spesso insostenibili, lamentano la carenza di risorse, che per carità, è innegabile, ma non si interrogano sulla loro metodologia d'intervento. E' difficile che ci si ponga in modo curioso e di ricerca. Ad esempio le più promettenti esperienze internazionali dimostrano la necessità di intervenire a più livelli e con metodologie creative, intendendo per creatività la capacità di riconoscere nuove connessioni tra elementi esistenti che portano innovazioni e cambiamenti.
Una di queste esperienze è quella della Terapia Multifamiliare che non è solo un originale intervento terapeutico, sviluppatosi a Londra per affrontare le situazioni familiari multiproblematiche, ma rappresenta anche un cambiamento radicale di prospettiva del rapporto tra servizio ed utenti. I terapeuti esperti facilitatori di processi di presa di consapevolezza e di ricerca di soluzioni valide che le famiglie stesse raggiungono attraverso un processo intensivo di confronto tra di loro. Altre esperienze sono quelle del Centro olandese "Lorenhuis" dove operano diversi psicoterapeuti in collaborazione con altri operatori, in collegamento con il Tribunale e in accordo con gli avvocati.
Justine van Lawick, psicoterapeuta di formazione sistemica e fondatrice di questo Centro ha creato nel tempo un modello d'intervento che prevede il coinvolgimento di entrambi i coniugi tutte le volte che si può e il più precocemente possibile.
Justine van Lawick sarà l'ospite d'onore del convegno "Violenza intrafamiliare: che fare? " che si terrà a Sondrio il prossimo 19 Ottobre, organizzato dal Centro di Psicologia Relazionale di Sondrio in collaborazione con l'Ordine degli Avvocati e con L'AIAF (Associazione degli Avvocati per la Famiglia).
Il Convegno ha come obiettivo

quello di stimolare un confronto tra professionisti che si occupano da varie angolazioni del problema. Avvocati, Psicoterapeuti, Operatori Sociali, Medici, Infermieri e Magistrati scambieranno idee ed esperienze. E' prevista un'illustrazione delle esperienze italiane di Terapia Multifamiliare, la descrizione del modello olandese della van Lawick, la relazione del Presidente del Tribunale di Sondrio, del Procuratore capo e della Procura per i Minorenni di Milano.
Justine van Lawick il giorno precedente al convegno farà una formazione, a numero chiuso, per tutti i professionisti non terapeuti che fossero interessati ad approfondire il suo approccio.
Il giorno 20, invece, la formazione sarà specifica per Psicologi, Psichiatri, Neuropsichiatri Infantili, Psicoterapeuti.

Per informazioni centropsicologia-relazionale@gmail.com tel 349 5253185

**Medico, Specialista in Psichiatria e Psicologia Psicoterapeuta - Centro di Psicologia Relazionale-Sondrio*

L'infermieristica legale forense: nuova realtà in una professione che cresce

di Maria Emilia Porta*

L'ultimo ventennio ha portato grandi novità e conquiste per la professione infermieristica fornendo maggiore autonomia, competenza e responsabilità professionale.
Facendo un breve excursus normativo ricordiamo che il decreto ministeriale n.739/1994 " **Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo professionale dell'infermiere**" definisce l'infermiere come l'operatore che in possesso del diploma universitario e dell'iscrizione all'albo è **RESPONSABILE** dell'assistenza generale infermieristica. L'infermiere quindi identifica i bisogni di salute della persona e della collettività, pianificando, gestendo e valutando l'intervento assistenziale infermieristico. Gestisce inoltre la corretta applicazione delle prescrizioni e diventa, a pieno titolo, un componente dell'equipe assistenziale. Con la legge n.42 del 26/02/1999 " **Disposizioni in materia di professioni sanitarie**" avviene l'abrogazione del mansionario; il campo proprio di attività e responsabilità dell'infermiere viene individuato dal profilo professionale, dall'ordinamento didattico e dal codice deontologico. I limiti vengono posti dalle competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari. Viene inoltre sostituita la denominazione " professione sanitaria ausiliaria" con " professione sanitaria". La legge n.251/2000 " **Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica**" ribadisce che gli operatori svolgono con AUTONOMIA professionale attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionale e codici deontologici.
La legge n.43 del 1/02/2006 **" Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione…"** sottolinea che l'esercizio delle professioni è subordinato al conseguimento del titolo universitario. L'esame di laurea ha valore abilitante all'esercizio della professione.
Il **codice deontologico del 2009** infine delinea l'infermiere come il PROFESSIONISTA SANITARIO responsabile dell'assistenza infermieristica; la responsabilità consiste nell'assistere, curare, prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità della persona.
Questa breve panoramica normativa ci mostra come il ruolo dell'infermiere sia cambiato: si è passati dall'epoca delle mansioni (dove sostanzialmente si eseguiva una serie di compiti) a quella delle responsabilità.
Ma cosa significa esattamente essere responsabili?
Letteralmente il termine responsabilità indica la condizione di dover rendere conto di atti, avvenimenti e situazioni in cui si ha una parte, un ruolo determinante; indica la consapevolezza delle conseguenze dei propri comportamenti e modi d'agire.
Essere responsabili significa impegnarsi per acquisire le conoscenze tecniche e pratiche necessarie per effettuare il proprio lavoro in modo corretto, al fine di salvaguardare gli interessi degli assistiti. Significa interrogarsi sul senso, sul significato del lavoro svolto, evitando gli automatismi comportamentali.
Possiamo dire che il termine responsabilità ha una doppia valenza:

- POSITIVA: indica il mantenere un comportamento congruo e corretto
- NEGATIVA indica l'esser chiamati a rispondere a qualche autorità per una condotta professionale riprovevole. Il professor Rodriguez ne sottolinea la valenza negativa perché emerge quando il danno è già avvenuto.

Importanti cambiamenti sono avvenuti per quanto riguarda il ruolo dell'infermiere ma anche per quanto riguarda il ruolo del cittadino. Anche grazie all'avvento dell'informatizzazione, ci troviamo di fronte ad un utente più informato e con maggiori conoscenze e capacità di intervenire in modo paritario con l'operatore sanitario.
Queste trasformazioni hanno fatto in modo che nascessero, nei diversi atenei italiani, nuove specializzazioni fra le quali quella dell'infermieristica legale e forense.
Se in Italia questa specializzazione viene introdotta a partire dal 2005, negli Stati Uniti si parla di infermieristica forense già dal 1995.
La IAFN (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF FORENSIC NURSING) nel 1998 definisce che la professione di infermiere legale

CONTINUA A PAGINA 7 ▶

Assemblea elettiva e dati elezioni triennio 2012-2014

a cura di Marisa Ambrosini*

Cari colleghi, come da convocazione del collegio, i giorni 14-15-16 gennaio 2012 alle ore 14,30 presso l aula magna della A.O.V.V. presidio di Sondrio, siamo stati invitati all'Assemblea elettiva e alle elezioni provinciali per il rinnovo del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei conti del Collegio di Sondrio. Il Consiglio uscente ha rinnovato questo impegno triennale proponendo una sede per l'incontro più consona ai numerosi iscritti che, prestando servizio all'interno del presidio ospedaliero di Sondrio, fossero facilitati a partecipare a questo importante impegno a cui tutti noi siamo invitati per votare o candidarsi certi che ognuno contribuisce a rafforzare la professione infermieristica. A fronte di 1939 iscritti hanno votato 128 Colleghi di cui erano presenti all'Assemblea elettiva in 39 il Consiglio direttivo e il collegio dei revisori dei conti uscente hanno presentato il bilancio delle attività svolte nel triennio, gli aggiornamenti evolutivi della professione e il resoconto economico del Collegio. In questa sede il Presidente Piani Ercole non manca di ricordare ai presenti quanto sia importante la partecipazione di tutti noi al Collegio, partecipare al Collegio coincide con l'impegno professionale che ognuno deve. Lo stesso sottolinea il costante e lodevole impegno di tutti i membri del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei conti uscente e auspica per il futuro un incremento di partecipazione al Collegio di infermieri che con il loro contributo daranno un futuro migliore alla professione.

RISULTATI DELLO SCRUTINIO E COMPOSIZIONE DEL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO E COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

I membri del nuovo Consiglio Direttivo e Revisori dei conti ringraziano i colleghi che, con la loro partecipazione al voto, hanno manifestato fiducia e delegato i suddetti per la rappresentanza e la responsabilità di un impegno professionale.

Schede annullate: zero.
Voti contestati: zero.
Schede valide: centoventotto .

Il Presidente Ercole Andrea PIANI visti i risultati dello scrutinio alle ore ventuno e trenta minuti proclama eletti:

Per il CONSIGLIO DIRETTIVO:

1. AMBROSINI MARISA voti: novantasette (97)
2. PIANI ERCOLE ANDREA voti: ottantacinque (85)
3. TRINCA COLONEL TONINO voti: settantanove (79)
4. VALLI ELENA voti: settantotto (78)
5. NONINI MONICA RITA voti: settantadue (72)
6. FIORELLI ARIANNA voti: sessantadue (62)
7. GIACONI TIZIANA voti: cinquantasette (57)
8. BORDONI MARISA voti: cinquantasei (56)
9. PEROTTI GABRIELLA voti: cinquantacinque (55)
10. CEDRO OLGA voti: cinquantaquattro (54)
11. PANIZZA CATERINA voti: cinquanta (50)
12. TRIDELLA GISELLA voti: quarantasette (47)
13. PORTA MARIA EMILIA voti: quarantasette (47)
14. PIGANZOLI FRANCESCA voti: quarantaquattro (44)
15. LORETI ROMINA voti: quarantatre (43)

Per il COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:

1. BOTTA' GIANCARLO voti: trentasei (36)
2. VITALINI FRANCESCA voti: undici (11)
3. SPANDRIO MILENA voti: dieci (10)

Membro supplente del COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI:

1. FALLINI CARLA voti : quattro (4)

I membri del nuovo Consiglio Direttivo e Revisori dei conti ringraziano i colleghi che, con la loro partecipazione al voto, hanno manifestato fiducia e delegato i suddetti per la rappresentanza e la responsabilità di un impegno professionale.

**Segretaria nel precedente Triennio e ora Vice Presidente Collegio IPASVI Sondrio*

NOTIZIE UTILI

a cura della segreteria

Quanti crediti ECM deve acquisire ogni anno un professionista e con quali modalità formative?

In data **14 maggio 2012** è stato pubblicato in G.U. l'Accordo Stato-Regioni del 19/04/2012 concernente il nuovo sistema ECM, nel quale viene stabilito quanto segue:
*"La quantità di crediti ECM che ogni professionista della sanità deve acquisire per il periodo 2011-2013 è di **150 crediti ECM** sulla base di 50 (minimo 25, massimo 75) ogni anno. Possono essere considerati, nel calcolo dei 150 crediti, anche **45** crediti acquisiti nel triennio 2008-2010."*
Nel nuovo accordo sono stati presi in esame sette argomenti: le Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei provider, a livello nazionale e regionale; l'istituzione dell'Albo dei provider; i crediti formativi richiesti per il triennio 2011-2013; nuove regole e funzioni per Ordini e Collegi; gli obiettivi formativi del programma Ecm; il sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità; le regole per i liberi professionisti.
I crediti formativi possono essere acquisiti attraverso più tipologie formative e per il massimo di numero di crediti come riassunto nella tabella 1.

Tabella 1 - Calcolo dei crediti ECM ripartiti secondo le diverse attività formative
(Fonte: Regione Lombardia Decreto Direzione Generale Sanità n° 2738 del 30 marzo 2012)

Tipologia attività formativa	Massimo n° di crediti acquisibili
Formazione individuale (certificata) *(autore o coautore di articoli su riviste scientifiche o referaggio di articoli)*	**10 crediti/ anno** (Autoformazione max 5 **crediti**)
Formazione a distanza FAD	**50% anno** (max 25 crediti)
Partecipazione a Convegni, Congressi, Formazione sul campo *(Gruppi di miglioramento, addestramento, partecipaz, a commissioni, audit,attività di ricerca)*	**60%** del debito formativo **triennale** (max 90 crediti)
Attività di docenza e tutoring *(esclusi docenti e tutor universitari che rientrano nella formazione individuale)*	**60%** del debito formativo **triennale** (max 90 crediti)

Chi è esonerato dall'obbligo ECM?

E' esonerato dall'obbligo annuale E.C.M. il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero (all'estero min. 150 ore), corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, e laurea specialistica, previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000) oltre ai corsi MMG, alla formazione complementare e all'aggiornamento professionale (per l'anno di frequenza) ex Decr. Reg. Lombardia 2738/2012.
Sono esonerati, altresì, dall'obbligo E.C.M. i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni. Il corso di perfezionamento esonera parzialmente nella misura di n. 1 credito ECM per ogni credito formativo universitario ottenuto.

Sono previste sanzioni per chi non acquisisce un numero sufficiente di crediti ECM?

Nell'accordo nessun cenno a sanzioni per coloro che non conseguono i crediti. Tuttavia nella riforma degli ordinamenti professionali, che il governo impone sia attuata entro l'estate 2012, dovranno rientrare anche sanzioni per i professionisti sanitari che non conseguono i crediti Ecm secondo quanto già previsto dal decreto Tremonti del 13 agosto 2011.
"La violazione dell'obbligo di formazione continua - recita infatti l'articolo 3 del provvedimento -determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione".
Peraltro, se la legge individua un dovere e prevede di sanzionarne l'eventuale inadempienza, deve anche fare in modo che sia concretamente possibile adempiere a quel dovere: la carenza dell' offerta formativa (in particolare per alcune professioni), la difficoltà a conciliare lavoro e aggiornamento, l'attuale blocco dei contratti e la crisi economica generale sono, secondo il pensiero di molti emerso anche nell'ultima Conferenza nazionale ECM di Cernobbio- da tenere in debita considerazione.

...Segue sanzioni per Collegio

Tuttavia va attentamente considerata una recente sentenza della Corte di Cassazione, Sezione III Civile, numero 2235/2010 con la quale è respinto il ricorso di un notaio al quale l'Ordine aveva applicato la sanzione disciplinare della censura, in quanto aveva conseguito solamente 93 crediti in luogo dei 100 richiesti per il biennio 2006-2007. Le motivazioni? Il mancato aggiornamento professionale comporta un danno al decoro e al prestigio della professione, e quindi il mancato rispetto delle norme in tema di formazione continua è soggetto alle stesse sanzioni previste in caso di compimento di gravi errori tecnici. Per i notai, come per altre professioni regolamentate quali quelle sanitarie, la formazione continua è normata da un dispositivo specifico inserito nel codice deontologico. Va ricordato che, secondo il codice civile (articolo 2233), la sentenza si può applicare a tutte le professioni regolamentate da un Ordine/ Collegio professionale.

Assemblea annuale 5 maggio 2012

A cura di Gisella Tridella*

Alle ore 15, il Presidente Trinca Colonel, verificata la presenza del numero legale (presenti 51 iscritti di cui 34 per delega,) saluta e ringrazia anche a nome del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei conti i presenti per la partecipazione.
La relazione del Presidente inizia con la presentazione del nuovo Consiglio Direttivo menzionando il prezioso contributo delle impiegate del collegio e del Consigliere Ercole Piani.
Esprime l'essenzialità del ruolo del Collegio non solo perché previsto dalle norme vigenti (legge 43 del 2006) bensì in quanto definisce, partecipando alla stesura del codice deontologico, il campo d'azione infermieristico con l'ordinamento didattico e il profilo professionale.
Informa sull'attuale situazione di sviluppo del tavolo tecnico Stato-Regione proposto dal ministero della salute in relazione all'ampliamento delle competenze e responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico", al quale hanno partecipato la Presidente della Federazione Ipasvi Silvestro e la

consigliera Mazzoleni del comitato centrale che ravvisano la necessità di dibattere tale tema in occasione del Consiglio Nazionale, convocato in assemblea straordinaria nei giorni seguenti.
Il presidente aggiorna sul rinnovo del comitato centrale della Federazione Collegi Ipasvi per il triennio 2012-2014 che conferma ancora come presidente Annalisa Silvestro
Prosegue illustrando le giornate del convegno che, partendo dal titolo stesso, "Professionisti nel cuore del futuro", si prefigge nuovi modelli di organizzazione sanitaria che permettano di superare l'attuale settorializzazione su base esclusivamente medica delle degenze ospedaliere a favore dell'aggregazione per complessità assistenziale infermieristica.
Comunica inoltre con orgoglio che il collegio di Sondrio è l'unico a non presentare. iscritti morosi.
La relazione continua aggiornando i presenti sui corsi formativi propo-

SBBL: uno strumento per l'aggiornamento continuo

a cura di Caterina Panizza*

Il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo è una biblioteca virtuale che offre l'accesso gratuito on-line ai più importanti periodici e banche dati internazionali in ambito biomedico. E' un servizio, istituito dalla Regione Lombardia con Legge n. 41 del 1994, che unisce, attraverso la rete informatica, oltre 160 biblioteche appartenenti a strutture sanitarie, università, enti di ricerca in Lombardia e mette a disposizione la documentazione scientifica e clinica delle biblioteche aderenti per favorire l'aggiornamento e la formazione continua dei professionisti sanitari nel quadro della medicina basata sulle evidenze.

Dal mese di marzo 2012 il Collegio IPASVI di Sondrio è entrato a far parte di questo sistema: può così richiedere alle biblioteche remote (Poli Sbbl) gli articoli necessari ai propri iscritti. E' possibile accedere ai servizi SBBL registrandosi sul sito www.sbbl.it: cliccare su "RICHIESTA PASSWORD NUOVI UTENTI" ed accedere al "MODULO DI REGISTRAZIONE"; nella compilazione di quest'ultimo va ricordato di inserire come indirizzo e-mail info@ipasviso.org e come numero di telefono il proprio recapito, per ricevere la conferma di registrazione dalla segreteria.

L'approfondimento delle conoscenze attraverso la lettura di pubblicazioni scientifiche può essere svolto consultando il Catalogo dei Periodici o tramite una ricerca nelle banche dati virtuali seguenti:

Medline/Metacrawler - Interrogazione di Medline attraverso il motore sviluppato da SBBL con servizi personalizzati per la ricerca di articoli e per la richiesta di document delivery.

Medline/PubMed - Interrogazione di Medline attraverso il motore PubMed per la ricerca di articoli e per la richiesta di document delivery a SBBL.

Cinahl - Banca dati per discipline infermieristiche e professioni sanitarie. Contiene più di un milione di citazioni a partire dal 1982, full text di standard e protocolli d'uso. L'acceso a Cinahl non è gratuito, per il momento il Collegio IPASVI di Sondrio non ha attivato l'abbonamento a questa banca dati.

Cochrane Library - La banca dati della Evidence Based Medicine. Contiene i full text delle revisioni sistematiche EBM, il Registro dei Trials clinici controllati e materiale sulla metodologia della EBM.

Embase - La più vasta banca dati europea di bibliografia scientifica indirizzata alla farmacologia e alle scienze mediche in generale. Indicizza più di 24 milioni di records da più di 7.500 riviste correnti revisionate, così come più di 2.000 titoli biomedici non indicizzati in MEDLINE. Le riviste sono indicizzate da esperti nel campo della biomedicina usando il tesauro unico di scienze della vita, EMTREE, che include terminologia chimica, terminologia commerciale e codici di laboratorio e ricerca associati ai termini generici di più di 27.000 farmaci e principi attivi. Attualmente contiene anche circa 800 conferenze e più di 260.000 riassunti di conferenze.

Codifa - Banca dati farmaceutica, contenente tutti i prodotti acquistabili in Italia nel canale farmacia: farmaci a uso umano e veterinario, parafarmaci, rimedi omeopatici. Tutti i dati commerciali e le schede di prodotto sono aggiornate quotidianamente grazie a un continuo lavoro di recepimento delle novità pubblicate in Gazzetta Ufficiale e di raccolta ed elaborazione delle informazioni trasmesse direttamente dalle aziende di settore. L'archivio consente la consultazione delle schede tecniche complete del Repertorio Farmaceutico Italiano (REFI).

SpringerImages - è un database che offre l'accesso a più di 1,6 milioni di fotografie, grafici, istogrammi e tabelle. SpringerImages spazia dalla scienza alla tecnologia fino a numerose specialità della medicina e si basa su fonti attendibili come SpringerLink e Images.MD

Gateway NLM - Ricerca su più banche dati della National Library of Medicine tra cui Clinical Trials, Medline Plus, Toxnet

Cancer.gov - Sito oncologico del National Cancer Institute (USA). Contiene accurate informazioni su prevenzione e cura dei tumori, sui trial clinici ed informazioni per il paziente.

Medscape - Sito rivolto ai professionisti della sanità. Fornisce informazioni aggiornate e validate e strumenti per l'educazione sulla salute. La sezione WebMD Health offre informazioni utili ai pazienti.

History of Medicine - Immagini e storia della Medicina alla National Library of Medicine.

DrugBank - E' una banca dati di risorse bioinformatiche. Comprende dati relativi a farmaci approvati dalla FDA o sperimentali, molecole e proteine. Per ogni voce presente nel database, c'è una scheda di registrazione (DrugCard entry) con più di 80 campi per la raccolta delle informazioni.

DrugInfo - Integra le informazioni su farmaci presenti nei database della NLM, FDA e CDC. Più di 12.000 farmaci, dal clinical trial (clinicaltrials.gov) al mercato (Drugs@FDA), con bibliografia medica e tossicologica. Utile a medici e ricercatori, oltre che ai "consumers" con semplici riassunti su usi ed efficacia.

WebSurg - WebSurg è una università virtuale di chirurgia, accessibile via internet, che ha l'obiettivo di offrire uno strumento online di insegnamento in chirurgia. Attualmente sono disponibili su WebSurg oltre 130 tecniche operatorie, più di 800 video di interventi chirurgici, letture e presentazioni di casi clinici. Il sito fornisce anche informazioni sulle ultime novità in chirurgia e dà la possibilità di "chat" con chirurghi di tutto il mondo. Per essere aggiornati sui nuovi corsi e sulle altre novità dell'università virtuale basta iscriversi alla newsletter mensile. Il sito è in versione inglese, giapponese, cinese, spagnola e francese ed è accessibile gratuitamente previa registrazione.

Sbbl offre inoltre un buon concentrato di links di istituti, centri e associazioni autorevoli a livello italiano e internazionale nella produzione e diffusione di evidenze scientifiche, revisioni della letteratura, linee-guida:

EBN - OSPEDALE S.ORSOLA-MALPIGHI - Revisioni (anche sistematiche), metanalisi, critical appraisal topics, studi di trattamento, eziologia, prognostici, diagnostici; calcolatori; link utili; progetti.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE - Risorse (siti, riviste, libri) per la pratica Evidence Based Nursing.

RESEARCH AND CLINICAL RESOURCES FOR EVIDENCE BASED NURSING - Link a risorse Evidence Based Nursing selezionati dalla McGill University: formulazione di quesiti, letteratura EBN, valutazione critica, tutorials, glossario, ecc.

EBN - MINNESOTA UNIV. - Tutorials Evidence Based Practice per il nursing.

ROYAL COLLEGE OF NURSING - Linee guida in ambito infermieristico-riabilitativo.

BEST PRACTICE GUIDELINE OF RNAO - Linee guida per infermieri elaborate dalla Registered Nurses Association of Ontario (Canada).

CDC - CENTER FOR CONTROL DISEASE - Informazioni e linee guida su prevenzione e sicurezza; a cura del più importante organismo di controllo statunitense.

AIOL - associazione infermierionline - Il sito mette a disposizione link utili divisi per argomento. E' possibile scaricare documenti nelle sezioni "Infermieristica generale" "infermieristica specialistica" e "Documentazione". Per accedere alle tesi di laurea è necessaria l'iscrizione ad A.I.O.L.

ILISI - Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche - Banca dati delle pubblicazioni infermieristiche prodotte in lingua italiana. ILISI offre la possibilità di ricercare e consultare le schede bibliografiche degli articoli pubblicati.

INFERMIERI.COM - Nella sezione Archivio sono presenti documenti liberamente scaricabili e link utili divisi per area tematica.

INFERMIERI.NET - Sito pensato e realizzato per gli infermieri. Offre principalmente link ad altri siti organizzati per argomento. Presenta anche alcuni articoli, linee guida e protocolli.

ICN - INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Tra le risorse a disposizione: linee guida, quick references su numerosi aspetti professionali e clinici, protocolli anche in emergency care.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE - Evidence Based Nursing, EBP, links.

MEDSCAPE NURSES - Sezione di Medscape (a cura della US National Library): selezione di qualità di informazioni, link, risorse web. Accesso con registrazione gratuita a risorse relative a sezioni più specifiche.

NURSESAREA.IT- Sito dedicato ad argomenti riguardanti l'assistenza infermieristica. Mette a disposizione repertori bibliografici suddivisi per ambiti specifici, fornisce informazioni sulle iniziative di formazione.

ANA - Nursing World: official website of the American Nurses Association - Sito web contenente diversi link sulla professione e formazione infermieristica nonché il codice di etica e pubblicazioni in full-text liberamente accessibili.

THE SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY NURSES AND ASSOCIATES - Linee guida, standard, position statements.

Da ora questo servizio viene offerto a tutti gli infermieri della provincia di Sondrio: speriamo che divenga sempre più un irrinunciabile strumento di ricerca e di aggiornamento professionale.

Fonti: www.sbbl.it

** Consigliere IPASVI Infermiera RSD Cooperativa San Michele Tirano*

---

sti per il triennio dove verranno riproposti i corsi promossi dalla federazione IPASVI , in modalità residenziale e gratuita per gli infermieri operanti presso l'Azienda Ospedaliera , presso l'ASL e le RSA della provincia

Si intende inoltre organizzare un corso residenziale sulla contenzione in collaborazione con la direzione Sanitaria della ASL.

Rende noto ai partecipanti che il Consiglio Direttivo ha deliberato di affittare la sede in via colonello Alessi, sede che ancor oggi è in comproprietà con il Collegio delle Ostetriche.

Il Presidente lascia la parola al consigliere Piani che riferisce che a breve sarà indetta la convocazione di una riunione della Commissione *Parliamone* per stilare la rivista che da quest'anno uscirà in due edizioni e verrà inviata a chi lo desidera via e-mail.

Prende la parola il Tesoriere che espone il bilancio consuntivo 2001 e il preventivo 2012 con la descrizione dei vari capitoli (vedi articolo allegato a cura del Tesoriere)

L'Assemblea procede al voto per alzata di mano e approva la relazione e il bilancio consultivo e preventivo che viene approvato con 51 favorevoli, 0 contrari e 0 astenuti.

Si informano i colleghi che il Consiglio direttivo del collegio IPASVI della provincia di Sondrio in data 10 novembre 2011, con delibera n. 53/2011 ha inflitto la sanzione disciplinare della radiazione dell'albo all'iscritto Luca Carlo Ricetti in quanto riconosciuto colpevole di aver violato gli articoli 1.2 – 1.3 – 1.5 – 2.1 – 2.3 – 2.4 – 4.11 – 5.0 del Codice Deontologico degli Infermieri.

Si rinnova l'invito ai colleghi di comunicare al Collegio eventuali cambi di residenza, indirizzo e-mail (con la possibilità di ricevere Parliamone on-line).

Si propone di inviare proposte, critiche, suggerimenti al fine di monitorare e migliorare la nostra attività e le aspettative degli Iscritti.

** Segretario Collegio IPASVI Sondrio*

Bilancio e relazione del tesoriere

di Elena Valli *

Il giorno 5 maggio presso l'oratorio SACRO CUORE di Sondrio, si è tenuta l'assemblea annuale del collegio durante la quale sono stati presentati ed approvati il bilancio consuntivo del 2011 ed il bilancio preventivo per l'anno in corso.
Siamo tutti a conoscenza dell'acquisto della nuova sede che è stata inaugurata nel 2011 e per la quale è stato necessario effettuare delle spese al fine di poter ultimare i lavori di restauro ed acquisto di arredi.
Per questo motivo si è provveduto a pagare nell'anno 2011 solo un terzo della quota dovuta alla federazione nazionale IPASVI e la rimanente somma verrà versata nel 2012 come indicato anche nel bilancio preventivo.
La gestione del collegio nell'esercizio 2011 si è svolta nel rispetto dei principi di oculata e prudente gestione.
Le uscite complessive di competenza ammontano a € 136.466,63 così come le entrate, si può quindi dire che il bilancio è stato chiuso in pareggio.
Qui di seguito vi presento un'analisi dei capitoli di spesa più significativi ed allego la copia dei bilanci dei suddetti bilanci.

ANALISI CONTO CONSUNTIVO 2011

ANALISI DELLE VOCI DI USCITA DEL RENDICONTO FINANZIARIO

Uscite per acquisto di beni di consumo: ammontano a Euro **1001,19** e includono l'acquisto di materiale di cancelleria e la stampa in tipografia di fogli lettere e buste su nostra carta intestata
Uscite per spese di servizi:ammontano a **78.722,75.**
Analizziamo i capitoli che hanno avuto maggiore incidenza nel risultato di gestione:

- **Spese per "Parliamone":** ammontano a **7.063,99** e includono la stampa e l'invio di n.3 numeri;
- **Spese per emissione quote:** ammontano a **2.200,00** e corrispondono al costo per la stampa e l'invio dei bollettini postali di pagamento quota associativa.
- **Gettoni di presenza consiglieri:** ammontano a **2.952,00** e corrispondono ai gettoni di presenza dei consiglieri alle riunioni dei consigli direttivi, ai consigli nazionali e alle riunioni di coordinamento. I gettoni ammontano a euro €10,00 a presenza in collegio e ammontano a €20,00 se la presenza supera le due ore (solitamento riunioni CD e commissioni interne Es.Aggiornamento, bilancio, libera professione, segreteria...) il gettone di presenza per attività fuori sede (Coordinamento e Consigli Nazionali) ammonta a € 50,00.
- **Contributo Federazione IPASVI** (€9,33 x iscritto): è ammontato a **7.046,40** che corrispondono ad un terzo del totale quota dovuta, poichè si è chiesto un posticipo di pagamento dei restanti 2/3 nel corso del 2012.
- **Assistenza legale:** ammonta a € 1.000,00. Per il saldo della parcella Avv.to di Euro 1.800,00 sono stati utilizzati anche altri capitoli: spese per consulenze, assistenza a favore degli iscritti e spese impreviste poiché la parcella incudeva un parere telefonico per parere su infermieri non iscritti e consulenza tecnica per pratica di radiazione.
- **Spese postali e affrancatura:** ammontano a **3.119,28** e includono l'invio di una lettera di convocazione assemblea ordinaria e la convocazione assemblea elettiva.
- **Rimborso spese viaggi:**ammontano a **4.334,04** includono i rimborsi km (0,27 cent.x km), le spese di viaggi quali treno e aereo per trasferte a Roma o per Coordinamento
- **Spese condominiali:**ammontano a **3.737,76** includono sia le spese per vecchia sede ad uso archivio che spese sede.
- **Residuo anni precedenti:** ammontano a 30.783,07 e includono spese relative all'anno precedente ma liquidate nell'anno in corso.
- **Conto spese per il personale**: ammontano a 45.832,85. Includono stipendi, ritenute erariali, ritenute previdenziali, premio produttività e accantonamento TFR n. 2 impiegate part-time.

Per le altre voci non si evidenziano sostanziali scostamenti rispetto al preventivo.

ANALISI DELLE VOCI DI ENTRATA DEL RENDICONTO FINANZIARIO

- **Rinnvovo tessere:** Sono state previste entrate per 135.380,00 ed effettivamente ne sono state riscosse € 131.110,00 e per tale cifra si è provveduto all'emissione di cartelle esattoriali nell'anno 2012 per il recupero di tale cifra.
- **Rinnovo tessere anni precedenti:** Incassati € 2.581,57 per quote associative relative agli anni 2010.
- **Quote prima iscrizione:** Incassati Euro 1.550,00 (50,00 cad.x 31 nuovi iscritti).

Bilancio Consuntivo 2011 - COSTI

SPESA			
DESCRIZIONE	PREVENTIVO 2011	UTILIZZO	DISPONIBILITÀ RESIDUA
cancelleria e stampati	1.000,00	1.001,19	-1,19
accessori	0,00	0,00	0,00
totale conto mat.di consumo	**1.000,00**	**1.001,19**	**-1,19**
parliamone	3.600,00	7.063,99	-3.463,99
energia elettrica	1.000,00	555,00	445,00
spese per azienda gas	0,00	0,00	0,00
spes eper emissione quote	2.200,00	1.897,50	302,50
riparazioni e manutenzioni	500,00	502,52	-2,52
gettoni di presenza consiglieri	2.500,00	2.952,00	-452,00
spese consulenze	500,00	500,00	0,00
pulizia	2.700,00	2.167,20	532,80
assistenza contabile	2.500,00	2.380,80	119,20
contributo federazione ipasvi	18.200,00	7.046,40	11.153,60
pubblicità	0,00	0,00	0,00
assistenza legale	1.000,00	1.000,00	0,00
spese telefoniche	1.500,00	1.384,00	116,00
spese postali e di affrancatura	2.500,00	3.119,28	-619,28
assicurazioni	1.100,00	1.121,59	-21,59
spese di rappresentanza	100,00	27,00	73,00
rimborso spese viaggi	4.900,00	4.334,04	565,96
rimborso corsi aggiornamento iscritti	500,00	0,00	500,00
rimborso spese missioni (alb.rist.)	1.000,00	394,16	605,84
spese condominiali	3.000,00	3.737,76	-737,76
spese documentate impreviste	1.791,93	1.791,93	0,00
tessere, distintivi, adesivi	0,00	0,00	0,00
corsi aggiorn.consiglieri ed impiegate	1.000,00	870,22	129,78
spese per convegni	0,00	700,00	-700,00
spese economato	150,00	88,61	61,39
biblioteca	300,00	0,00	300,00
spese per collegi lombardi	1.500,00	1.500,00	0,00
residuo anni precedenti	28.479,07	30.783,07	-2.304,00
incarico prof.architetto	0,00	0,00	0,00
ritenute irpef professionisti	700,00	932,00	-232,00
assistenza a favore degli iscritti	500,00	500,00	0,00
spese software	1.000,00	1.423,68	-423,68
totale conto spese per servizi	**84.721,00**	**78.772,75**	**5.948,25**
spese affitto sede	0,00	0,00	0,00
totale conto god.beni di terzi	**0,00**	**0,00**	**0,00**
retribuzioni impiegate	25.937,00	24.695,00	1.242,00
irpef dipendenti	4.106,00	2.944,82	1.161,18
contributi inps	7.956,00	10.186,00	-2.230,00
contributi inail +ctr.sindacali 08141006	162,00	307,74	-145,74
inpdap	0,00	0,00	0,00
irap	2.724,00	2.518,32	205,68
premio incentivazione produttività	2.000,00	2.000,00	0,00
t.f.r.	3.204,00	3.180,97	23,03
totale conto spese per il personale	**46.089,00**	**45.832,85**	**256,15**
contributi inps/Enpapi consiglieri	100,00	0,00	100,00
contributi irpef consiglieri	1.000,00	623,00	377,00
totale conto contributi	**1.100,00**	**623,00**	**477,00**
ici	500,00	886,00	-386,00
tasse sui rifiuti	500,00	619,00	-119,00
imposte e tasse	500,00	901,03	-401,03
totale conto oneri diversi di gest.	**1.500,00**	**2.406,03**	**-906,03**
interessi passivi	500,00	0,00	500,00
Spese C/C postale	250,00	235,35	14,65
tot. c.to interessi ed altri oneri fin.	**750,00**	**235,35**	**514,65**
spese accensione mutuo	0,00	0,00	0,00
mutuo	7.400,00	7.595,46	-195,46
totale conto costi vari ed oneri	**7.400,00**	**7.595,46**	**-195,46**
TOTALE COSTI	**142.560,00**	**136.466,63**	**6.093,37**

Bilancio Consuntivo 2011 - RICAVI

DESCRIZIONE	RICAVO PREVENTIVO 2011	INCASSI	DISPONIBILITÀ RESIDUA INCASSI
rinnovo tessere	135.380,00	131.110,00	-4.270,00
rinnovo tessere anni precedenti	4.060,00	2.581,57	-1.478,43
iva su ricavi non istituzionali	0,00	0,00	0,00
iva su ricavi non istituzionali - erario	0,00	0,00	0,00
adesivi, distintivi	0,00	0,00	0,00
quota prima iscrizione	500,00	1.550,00	1.050,00
rimborso spese per convegni	0,00	420,00	420,00
interessi di mora	50,00	2,69	-47,31
rimborsi spese	70,00	603,59	533,59
recupero quote iscrizione arretrate	2.000,00	0,00	-2.000,00
totale ricavi istituzionali e non	**142.060,00**	**136.267,85**	**-5.792,15**
proventi immobiliari	0,00	0,00	0,00
iva su proventi immobiliari	0,00	0,00	0,00
iva su proventi immobiliari - erario	0,00	0,00	0,00
totale proventi immobiliari	**0,00**	**0,00**	**0,00**
sconti, abbuoni, premi	0,00	0,00	0,00
totale sconti, abbuoni, premi	**0,00**	**0,00**	**0,00**
rendita da deposito titoli	0,00	0,00	0,00
totale proventi da titoli	**0,00**	**0,00**	**0,00**
interessi attivi bancari/postali	500,00	198,78	-301,22
totale proventi finanziari	**500,00**	**198,78**	**-301,22**
TOTALE RICAVI	**142.560,00**	**136.466,63**	**-6.093,37**

Bilancio di previsione 2012 - RICAVI

DESCRIZIONE	IMPORTO
Contributi iscritti all'Albo	136.010,00
Contributi iscritti all'Albo anno precedente	3.640,00
Contributi nuovi iscritti	1.500,00
Contributi iscritti all'Albo anni precedenti(a ruolo)	952,88
Interessi di mora	100,00
Contributi a carico degli iscritti	**142.202,88**
Interessi attivi su conti correnti bancari	250,00
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	**250,00**
Recuperi e rimborsi diversi	1.047,12
Poste correttive e compensative di spese correnti	**1.047,12**
Titolo i - entrate correnti	**143.500,00**
TOTALE ENTRATE	**143.500,00**

Bilancio di previsione 2012 - COSTI

DESCRIZIONE	IMPORTO
Gettoni di presenza Consiglieri	4.500,00
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	4.500,00
Stipendi ed altri assegni fissi al personale	33.725,00
Compensi incentivanti la produttività	2.000,00
Oneri previdenziali e assistenziali a carico dell'Ente	8.543,00
Assicurazione INAIL	171,00
Irap	2.866,00
Oneri per il personale in attività di servizio	**47.305,00**
Acquisto di libri, riviste	0,00
Spese acquisto materiali di consumo, stampati, cancelleria e varie	1.000,00
Rimborso spese missioni (albergo, ristorante..)	1.000,00
Spese per attività di collaborazione e consulenza di professionisti	4.200,00
Manutenzione, riparazione e adattamento uffici e relativi impianti	1.000,00
Spese postali e spedizioni varie	2.400,00
Spese telefoniche e collegamenti telematici	1.500,00
Assistenza legale	2.000,00
Spese per l'energia elettrica	800,00
Spese di trasporto, rimborso km	5.000,00
Premi di assicurazione	1.130,00
Spese di pulizia locali Sede	2.600,00
Spese per emissione quote associative	2.200,00
Spese condominiali e oneri accessori	3.800,00
Spese per economato	150,00
Tasse sui rifiuti	500,00
Uscite per l'acquisto di beni di consumo e servizi	**29.280,00**
Riunioni e assemblee degli iscritti	200,00
Corsi d'aggiornamento consiglieri e impiegate	500,00
Spese rappresentanza	200,00
assistenza a favore degli iscritti	500,00
Contributi Federazione IPASVI	18.000,00
Spese per la formazione professionale degli iscritti	2.500,00
Quota finanziamento Coordinamento Regionale IPASVI Lombardia	1.500,00
Spese per tesserini di riconoscimento iscritti	50,00
Parliamone	4.500,00
Uscite per prestazioni istituzionali	**27.950,00**
Interessi passivi	450,00
Spese e commisioni bancarie e postali	250,00
Oneri finanziari	**700,00**
Imposte, tasse e tributi vari	1.700,00
Oneri tributari	**1.700,00**
residui passivi anni precedenti (quote arretrate Federazione)	11.192,00
Trasferimenti passivi	**11.192,00**
Spese impreviste	4.500,00
Spese non classificabili in altre voci	**4.500,00**
Acquisto di mobili e macchine d'ufficio	2.000,00
Acquisto software e licenze	3.000,00
Acquisto di immobilizzazioni tecniche	**5.000,00**
Accantonamento al tratt.to fine rapporto	3.373,00
Indennita' al personale cessato dal servizio	**3.373,00**
Rate di rimborso del mutuo ipotecario	8.000,00
Estinzione di prestiti	**8.000,00**
Uscite in conto capitale	**16.373,00**
TOTALE USCITE	**143.500,00**

ANALISI BILANCIO DI PREVISIONE 2012

ANALISI DELLE VOCI DI USCITA DEL RENDICONTO FINANZIARIO

Si sono previste uscite totali per **Euro 143.500,00** così ripartite nei centri di costo**:**

- **USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE**: ammontano a **4.500,00** e corrispondono ai gettoni di presenza
- **ONERI PER IL PERSONALE DI ATTIVITA' IN SERVIZIO:** ammontano a **47.035,00** includono stipendi, ritenute erariali, ritenute previdenziali, premio produttività n. 2 impiegate part-time.
- **ACQUISTO DI BENI DI CONSUMO E SERVIZI** ammontano a € **29.280,00**
  Rispetto all'anno precendete non si evidenziano grossi discostamenti nei capitoli tranne per quel che riguarda : **Assistenza legale: 2.000,00** capitolo incrementato di 1.000,00 Euro (Controllo a campione casellari giudiziali – attività che rientra nei compiti istituzionali del Collegio) e **Spese condominiali** aumentato di € 800,00.
- **USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI** ammontano a € **27.950,00**
  Rispetto all'anno precendete non si evidenziano grossi discostamenti nei capitoli tranne per quel che riguarda : il capitolo **spese per la formazione professionale degli iscritti** che ammonta a **2.500,00** poiché si ha intenzione di svolgere dei corsi residenziali; Parliamone che ammonta a **4.500, 00** previste due numeri anziché tre.
- **Residui passivi anni** precedenti ammonta a € **11.192,00** e corrisponde al saldo dei 2/3 delle quote relative al 2011 da versare alla Federazione.
- **SPESE IMPREVISTE** ammontano a **4.500,00,** ovvero il tetto massimo disponibile per fare fronte alle ulteriori spese non classificate in altre voci.
- **ACQUISTO DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE** ammontano a € **5.000,00** così suddivise**:** capitolo **Acquisto di mobili e macchine d'ufficio** € 2.000,00 stanziati per l'acquisto di un video proiettore e proseguimento arredo nuova sede: scaffalature per archivio e capitolo **acquisto Software e licenze** € **3.000,00** che include oltre alle licenze già in uso (canone programma di contabilità, hosting sito internet annuo) migliorie al sito internet:grafica, area sondaggi e area riservata alle pubbliche amministrazioni.

Rispetto all'anno precedente è stato azzerato il capitolo Biblioteca poiché è stato attivato SBBL (Sistema bibliotecario lombardo)
Per le altre voci non si evidenziano sostanziali scostamenti rispetto al preventivo.

ANALISI DELLE VOCI DI ENTRATA DEL RENDICONTO FINANZIARIO

Si sono previste entrate totali per **Euro 143.500,00** così ripartite nei seguenti capitoli**:**

- **Rinnvovo tessere:** si prevedono entrate per un totale di **136.010,00** (70,00 Euro x 1943 iscritti al 31/12/2011)
- **Rinnovo tessere anni precedenti: 3.640.00** corrispondenti ai non paganti quote associative anno 2011 per le quali si è provveduto ad emettere cartelle esattoriali tramite Equitalia
- **Quote prima iscrizione:** Previste entrate per 1.500,00
- **Quote iscritti all'Albo anni precedenti:** 952,88 corrispondenti cartelle esattoriali in essere per morosi anno 2010
- **Interessi di mora:** stimati in € **100.00,** corrispondono agli interessi dovuti all'iscritto per pagamenti cartelle esattoriali dopo 60 gg. dal ricevimento
- Interessi attivi su c/c bancario: 250,00

Recuperi e rimborsi diversi: 1.047,12 Sono entrate non classificabili in altre voci. Es. affitto vecchia sede o rimborsi per conguaglio energia elettrica..

** Tesoriere Collegio IPASVI Sondrio*

▶ CONTINUA DA PAGINA 3

L'infermieristica legale forense

consiste nell'applicazione delle conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche giudiziarie; consiste inoltre nell'applicazione di procedimenti propri della medicina legale in combinazione con una preparazione biopsicosociale dell'infermiere diplomato nel campo dell'indagine scientifica, del trattamento di casi di lesione e decesso di vittime di abusi, violenza ed incidenti traumatici.
In Italia è una specializzazione ancora in evoluzione ed è difficile darne una definizione propria.
Come ricorda S. Morano possiamo però affermare che, l'infermiere legale forense è un professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguarda l'esercizio della professione infermieristica. L'infermiere forense si pone come obiettivo lo studio degli aspetti concettuali metodologici e pratici della dimensione giuridica e legale dell'assistenza infermieristica.
Si accede al "Master di primo livello in infermieristica ed ostetricia legale e forense" dopo la laurea triennale in infermieristica.
Molti sono gli ambiti nei quali l'infermiere forense può coniugare l'attività assistenziale a quella legale:

- Nei centri di violenza sessuale (SVS), violenza domestica e sui minori
- Servizi di medicina legale
- Istituti penitenziari
- Uffici relazioni con il pubblico (URP) e uffici di pubblica tutela (UPT)
- Dipartimenti sanitari e dipartimenti di emergenza urgenza
- Dipartimenti di salute mentale
- Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

L'infermiere legale forense può fornire infatti assistenza e consulenza:

- in casi di abusi e violenza (donne, minori…),
- a professionisti,
- ad associazioni professionali infermieristiche
- ai tribunali per cause di responsabilità professionale

Per quanto riguarda la consulenza ai tribunali per cause di responsabilità professionale, l'infermiere forense può esser chiamato a rendere relazione peritale su situazioni in cui risulta avere specifiche competenze (CTU). Il Giudice ha il potere di nominare il perito, tra gli iscritti in appositi albi o tra persone che abbiano specifica competenza nella disciplina. In qualunque processo deve essere garantito anche un contraddittorio; questo consente all'infermiere legale forense di poter rendere consulenza per conto delle parti (CTP).
L'infermiere forense può quindi diffondere e divulgare ai propri colleghi le proprie conoscenze in ambito giuridico, al fine di ridurre il più possibile le conseguenze riconducibili a comportamenti legati magari a quegli automatismi comportamentali. Ricordando che al capo III articolo 14 del CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE (2009): "l'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito".

**Infermiere legale forense – Consigliere IPASVI*

Soggiorno estivo 2012 "12 Stelle" a Cesenatico

di Daniele Franceschini*

Nel periodo compreso tra il 13 ed il 23 di Giugno alcuni ragazzi (utenti) della RSD Tirano (Residenza Sanitaria assistenziale per Disabili gestita dalla cooperativa sociale San Michele) hanno partecipato ad un soggiorno marino sulla costa romagnola, ospiti della Colonia "12 stelle" di Cesenatico (FC).
Del gruppo facevano parte 10 ragazzi con differenti gradi di disabilità ed un'èquipe assistenziale/educativa composta da infermieri professionali, operatori socio-sanitari, ausiliari socio-assistenziali ed educatori professionali.
Durante il periodo di permanenza il clima è stato perfetto, con sole e temperature estive tutti i giorni, consentendo ai nostri ragazzi di godere appieno dei benefici fisici e psicologici che un'esperienza di questo tipo sa regalare.
Andiamoli ad analizzare più nel dettaglio.
Innanzitutto i benefici fisici, ottenuti dal riposo e dai riconosciuti pregi per l'organismo del soggiorno marino, sottoforma di aria salubre, acqua di mare e sole.
Secondi ma non meno importanti quelli psicologici, derivanti dal fatto di misurarsi con una realtà molto diversa rispetto alle solite abitudini. Vivere stimoli nuovi in un contesto semplice, rilassante ed al tempo stesso su misura, ha favorito l'interazione e la socializzazione tra i ragazzi ed il personale di riferimento, tra i ragazzi e gli altri gruppi di disabili presenti e tra i ragazzi ed il mondo esterno.
L'ambiente scherzoso e gioviale creato dal buon affiatamento di gruppo, i cambiamenti positivi nell'umore dei ragazzi, la condivisione di momenti e situazioni piacevoli e divertenti, sia all'interno della colonia che sul territorio.
Come operatore che ha preso parte a questa esperienza, posso affermare di esserne uscito arricchito sia umanamente che professionalmente.

* *Operatore Socio Sanitario Cooperativa San Michele*

Una positiva esperienza

di Ercole Piani

Conosco da tempo gli Operatori della Cooperativa San Michele e, forse più ancora, la realtà della Residenza Sanitaria Disabili dove nell'anno 2001 avevo svolto il ruolo di coordinatore. A distanza di anni è stata per me una gradita sorpresa aver ricevuto l'invito a partecipare al soggiorno marino dei ragazzi nel ruolo di infermiere. Unito al piacere dell'invito, grande preoccupazione per la richiesta di garantire adeguata assistenza infermieristica; quindi ho chiesto aiuto alle Colleghe Ilenia e Caterina, già mie studenti al corso di laurea in infermieristica, che con pazienza e disponibilità mi hanno edotto su tanti aspetti, a me sconosciuti, di quello che sarebbe stato il mio compito. Caterina inoltre ha preparato tutte le confezioni di farmaci e ha facilitato molto il mio lavoro, predisponendo tutto con cura e attenzione, che bello riscoprirsi ancora ignorante a fronte della presunzione di insegnare, mi fa piacere confermare ancora che non si finisce mai di apprendere.
Tralasciando molti aspetti relativi all'esperienza, sopra ben descritti dal Collega Daniele, devo, con piacere, informare tutti che aver vissuto questa esperienza mi è servito moltissimo; non solo perché ho avuto modo di apprendere nuovi aspetti del nostro lavoro ma perché ho visto come tutti gli Operatori con cui ho condiviso il soggiorno sanno mettere al centro il benessere degli utenti.
Ho pensato molto alle varie realtà assistenziali incontrate in tanti anni, sarebbe meraviglioso trovare ovunque questa disponibilità, questa attitudine, questo impegno e, senza retorica, questo amore per il proprio lavoro.
Quando a metà soggiorno sono stato sostituito da Caterina ho lasciato gli ospiti del nostro centro con una consapevolezza diversa della loro sofferenza e di quanto sia sincero l'affetto che nutrono per chi li assiste; ai miei Colleghi, che continuavano il soggiorno, devo tantissimo, non solo per la bella amicizia che si è instaurata ma anche per la grande Lezione che hanno saputo regalarmi. Spero di riuscire ad essere testimone del Loro impegno quando avrò modo di incontrare i nuovi studenti del nostro corso di laurea in infermieristica; di certo la lezione è servita.

È proibito piangere senza imparare, svegliarsi la mattina senza sapere che fare, avere paura dei tuoi ricordi.
E' proibito non sorridere ai problemi, non lottare per quello in cui credi e desistere per paura. Non cercare di trasformare i tuoi sogni in realtà.
E' proibito non dimostrare il tuo amore, far pagare agli altri i tuoi malumori.
E' proibito abbandonare i tuoi amici, non cercare di comprendere coloro che ti stanno accanto e chiamarli solo quando ne hai bisogno.

Pablo Neruda

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI

Circolare n. 24/2011 E-mail Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi
Prot. P-4228/III.02 **LORO SEDI**
Data 12 ottobre 2011

IPASVI SONDRIO CORRISPONDENZA 12 OTT 2011 Prot. N. 2011/782/III.2.11

Oggetto: DPCM riconoscimento
Equivalenza titoli

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

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

Sulla Gazzetta Ufficiale del 18/8/2011 – Serie Generale n. 191 è stato pubblicato il DPCM 26/7/2011 recante "*Criteri e modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999 n. 42*".

Sulla questione avevamo già dato notizia preliminare nel luglio 2010 allegando un articolo apparso sul Sole24sanità del 27 lug-2 ago titolato "Professioni, nuovi paletti alle equipollenze".

A seguito della pubblicazione del citato DPCM il Ministero della salute ha inviato una circolare esplicativa agli Assessori alla sanità delle Regioni e province autonome che si allega per opportuna conoscenza.

Si ritiene utile precisare quanto segue.

1. Tale procedura non riguarda i titoli già resi equipollenti ai diplomi universitari dai Decreti del Ministero della sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1 della legge 42/99. A tal proposito si ricorda che, per quanto riguarda le professioni di infermiere, Assistente sanitario e Vigilatrice d'infanzia/Infermiere pediatrico, tali decreti sono stati a suo tempo regolarmente emanati (DM 27/7/2000).

2. Sia il DPCM citato (art. 6) che la circolare esplicativa allegata (art. 3) dispongono in modo esplicito che *non sono valutabili ai fini del riconoscimento dell'equivalenza di cui al presente accordo i seguenti titoli/diplomi/attestati/qualifiche comunque denominati e da chiunque rilasciati*:

a) Infermiere generico (*legge 29 ottobre 1954, n. 1046, art. 6 D.P.R. n. 225/74*);
b) Infermiere psichiatrico (*art. 24 del R.D. 16 agosto 1909, n. 615, legge 29 ottobre 1954, n. 1046*);
c) Puericultrice (*articoli 12 e 13, legge 19 luglio 1940, n. 1098*);

omissis

i) Capo bagnino degli stabilimenti idroterapici (*art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265*);

omissis

m) titoli di operatore strumentista (C.C.N.L. ANISAP);

n) diplomi di infermiera volontaria di Croce Rossa che, con la *legge del 4 febbraio 1963, n. 95*, furono equiparati al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico;
o) titoli rilasciati agli infermieri militari previsti dall'ordinamento del personale civile dello Stato dal decreto del 25 febbraio 1971, n. 124, articolo 10 e dal *D.M. n. 19 del 12 dicembre 1990*.

Cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro

"Dopo la Malaombra", un progetto sperimentale per la prevenzione del suicidio in provincia di Sondrio

di Massimo Bevilacqua*

Nel settembre 2009 in provincia di Sondrio si è tenuto il convegno "La Malaombra. Il perturbante caso dei suicidi in una vallata alpina", un appuntamento promosso dalla Caritas Valtellina e Valchiavenna, in collaborazione con il mensile "Communitas" diretto dal prof. Aldo Bonomi. Obiettivo del convegno era la presentazione della prima ricerca sul fenomeno dei suicidi in Valtellina. A questo importante evento ha partecipato tutta la comunità valtellinese, dai servizi socio sanitari, alle istituzioni (tra cui enti pubblici, amministrazioni locali, scuola), al Terzo settore (associazionismo, cooperazione sociale), i sindacati e il mondo delle imprese locali. Quell'appuntamento è stato un primo traguardo di un percorso avviato nel 2008 e promosso della Caritas Valtellina e Valchiavenna che ha voluto la realizzazione di una prima ricerca sociologica sul fenomeno del suicidio in provincia di Sondrio, il tutto con la direzione scientifica dell'Istituto di ricerca AASTER di Milano.

Le tappe del progetto

A seguito del seminario, nell'ottobre 2009, è stato dato il via al gruppo di lavoro "La Malaombra", composto da tutti i soggetti promotori e partecipanti al seminario del settembre 2009 con la finalità di progettare e attivare azioni sperimentali e preventive rispetto al fenomeno del suicidio in provincia di Sondrio. A questa esperienza aderiscono e partecipano diversi soggetti del territorio provinciale che oggi costituiscono il partenariato del progetto di prevenzione del suicidio "Dopo la Malaombra". L'ente capofila del progetto è l'ASL della provincia di Sondrio e i partner associati sono l'Azienda Ospedaliera Valtellina e Valchiavenna (Dipartimento di Salute Mentale), il Consorzio di cooperative sociali Sol.Co. Sondrio, la Caritas diocesana Valtellina e Valchiavenna, l'Associazione Il Gabbiano Onlus, l'Associazione pro-salute mentale Navicella Onlus

Le cifre del fenomeno

Quello dei suicidi nella provincia di Sondrio è un fenomeno complesso e significativo, come dimostrano anche le cifre: secondo i dati dell'Azienda Ospedaliera della Valtellina e Valchiavenna, tra il 1989 e il 2007 485 persone si sono tolte la vita; in prevalenza (76,3%) si è trattato di uomini.

Nel recente rapporto di ricerca dell'EURES *Il suicidio in Italia al tempo della crisi*, la provincia di Sondrio risulta ai primi posti a livello nazionale per numero di suicidi all'anno, con un indice medio nel periodo 2005-2009 di 13,4 ogni 100.000 abitanti; nel periodo 2006-2010 la media è stata invece di 12,7 ogni 100.000 abitanti, collocando la provincia di Sondrio al terzo posto per incidenza a livello nazionale, dopo quelle di Vercelli e Belluno.

Numeri così drammatici evidenziano la necessità di prevenire il suicidio mediante interventi, basati sull'evidenza scientifica, che integrino l'ambito sanitario e l'ambito sociale. Questa collaborazione è l'elemento peculiare del progetto "Dopo la Malaombra", che fa interagire operatori professionali della clinica e operatori sociali, con le proprie diverse e complementari competenze, attenzioni e sottolineature.

I destinatari e le finalità del progetto

I destinatari principali del progetto sono in generale la popolazione della provincia di Sondrio, poi i cosiddetti "facilitatori di comunità", cioè persone significative per la comunità locale, il paese in cui vivono o lavorano, i medici di base, i gruppi con un alto rischio di comportamenti suicidari e i loro familiari.

Prof. Maurizio Pompili

Oltre alla specifica opera di prevenzione, "Dopo la Malaombra" si propone di sensibilizzare la comunità sul tema per favorire la diminuzione dello stigma associato ai comportamenti suicidari e di diffondere conoscenze nelle persone, perché abbiano maggiori strumenti per cogliere negli altri i segnali di allarme e sapere a quali servizi di cura e sostegno rivolgersi. Rispetto ai "facilitatori di comunità", l'obiettivo che si vuole raggiungere è di valorizzarne il ruolo di ascolto e prevenzione naturale nella comunità; nel target dei medici di medicina generale lo scopo è invece di migliorarne le conoscenze e le competenze nel riconoscere e trattare la depressione e le tendenze al suicidio, nell'utilizzo dei servizi di salute mentale e nelle modalità di invio ai servizi specifici.

Infine, rispetto ai gruppi ad alto rischio di suicidio e ai loro familiari l'équipe clinica si occuperà di monitorare le persone che hanno tentato il suicidio e sono entrate in contatto con il servizio sanitario; sarà inoltre implementata un'offerta di aiuto per i familiari di persone che hanno tentato il suicidio o che si sono tolte la vita, sia nella forma dell'aiuto professionale, sia dell'auto aiuto e di un sostegno per i pazienti ad alto rischio.

L'avvio del progetto e la formazione

In questa fase iniziale del progetto si è costituito il team degli operatori, che stanno seguendo un percorso di formazione iniziale sul tema con la collaborazione del dottor Mario Ballantini, medico psichiatra, direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Sondrio e la supervisione del prof. Maurizio Pompili, responsabile del Centro per la Prevenzione del Suicidio dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma (www.prevenireil-suicidio.it) e docente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Sapienza di Roma.

Si è già tenuto un primo incontro formativo con il prof. Pompili il 27 aprile scorso, presso il Centro Psico Sociale di Sondrio; lo stage, intitolato *La prevenzione del suicidio è possibile*, ha coinvolto gli operatori e il gruppo promotore del progetto. Molto interessante il contributo del dott. Pompili, che ha ricostruito il quadro teorico e scientifico nazionale e internazionale sulla problematica del suicidio, partendo da Edwin Shneidman e Norman Farberow, che furono i primi a utilizzare il concetto di suicidologia a partire dalla fine degli anni '50 del secolo scorso, disciplina dedicata allo studio scientifico del suicidio, per arrivare all'attualità e al dato allarmante relativo al numero di suicidi nel mondo, che sono circa un milione all'anno, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

È sempre l'OMS a definire il suicidio un fenomeno complesso, che è da ricondurre all'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, culturali, sociali ed ambientali. Si tratta dunque di un fenomeno che non può essere ignorato e rispetto al quale è cruciale la prevenzione, perché, come ha affermato il prof. Pompili, «*il suicidio è un rischio prevedibile e ogni individuo può fare qualcosa per aiutare a ridurre il numero delle persone che considerano il suicidio come soluzione al loro dolore mentale e alla loro sofferenza di vita. Il suicidio si può prevenire. La maggior parte degli individui con rischio di suicidio vuole assolutamente vivere; costoro non riescono però a trovare possibili alternative ai loro problemi. La maggior parte delle persone emette chiari segnali inerenti alla loro intenzione suicida, ma spesso gli altri non colgono il significato di tali messaggi, oppure non sanno come rispondere alla loro richiesta d'aiuto. Parlare del suicidio non induce nell'altro un proposito suicidario; al contrario, l'individuo in crisi e che pensa al gesto si sente sollevato, e ha l'opportunità di sperimentare un contatto empatico*». Su quest'ultimo punto è però necessario informare le persone su quali sono i segnali di allarme da cogliere.

Un altro punto nodale, su cui il prof. Pompili si è soffermato nell'incontro di formazione del 27 aprile, è l'attenzione alle modalità di comunicazione utilizzate per parlare di suicidio, citando le linee guida internazionali per identificare gli elementi mediatici che favoriscono o prevengono i suicidi. È quindi utile sensibilizzare e formare anche i giornalisti e coloro che si occupano di comunicazione e informazione, con l'obiettivo di non creare fenomeni di emulazione e imitazione di comportamenti suicidari, quello che è stato denominato l'"effetto Werther", dal nome del protagonista suicida dell'opera di Goethe *I dolori del giovane Werther*, che fu censurata proprio perché il suicidio del protagonista all'epoca venne replicato da molte persone.

La formazione con il prof. Pompili è stata un punto di partenza per l'avvio del progetto "Dopo la Malaombra" a livello provinciale, che ora svilupperà il proprio intervento sulla prevenzione del suicidio in maniera trasversale, integrando la clinica con il lavoro nelle comunità, con la popolazione, i facilitatori di comunità, i medici di medicina generale, i gruppi ad alto rischio di comportamenti suicidari, i loro familiari, le istituzioni, le associazioni e il Terzo settore in generale, i mass media, il mondo delle imprese e i sindacati.

Una pluralità di azioni e di soggetti, perché la prevenzione del suicidio in provincia di Sondrio è una sfida impegnativa che ci coinvolge tutti, come singoli cittadini, come reti sociali e professionali, come comunità e istituzioni.

Una sfida che ambisce anche a contribuire a ridare senso e strumenti, affinché il territorio non sia solo il luogo della manifestazione del disagio o della patologia ma anche quello della cura e dell'appartenenza. Come ha scritto il prof. Aldo Bonomi nel suo libro *La Malaombra* (Codice edizioni, 2011): «*Se da questa ricerca restasse una voglia di parola che andasse ad aumentare il capitale sociale del territorio di fronte al perturbante fenomeno dei suicidi, sarebbe già molto*». Ma ogni sfida, per tentare risposte, deve saper andare in profondità, facendo perno sul territorio e sulla comunità locale, come sempre invita a fare Aldo Bonomi: «*Ebbi a dire che la mia valle era una valle triste per questo. Ed è in questa tristezza e incertezza che occorre scavare, prima di tutto socialmente, mettendosi in mezzo tra i flussi e i luoghi, tra la Valtellina e la città infinita*».

* *Ufficio Stampa Progetto "Dopo La Malaombra"*

Relazione sui progetti "NYAMATA" e "CENTRO NUTRIZIONALE DI RULINDO"

a cura di Steffe Fulvia, Pavan Silvia e Gherardi Anna Maria*

Nyamata

VOLONTARI PRESENTI:
Steffe Fulvia,
Pavan Silvia
e Gherardi Anna Maria

DURATA DELLA LORO PRESENZA LORO ATTIVITÀ
Rwanda febbraio 2012

Soggiorno a Nyamata presso la struttura dell'orfanotrofio dal 15 al 18 febbraio 2012 (4 giorni) e dal 3 al 4 marzo (2 giorni)

ATTIVITÀ:

- Condivisione della vita quotidiana della comunità con i bambini e le suore
- Portati vestiti, pannolini, asciugamani e giocattoli e latte
- Giochi con i bambini (molto graditi i cartoni animati…), collaborazione cure igieniche bambini
- Colloqui con la responsabile di Nyamata, Sr Bernardette sulla gestione della struttura
- Visita alla scuola primaria e preparatoria della primaria dove frequentano i nostri 6 più grandi di Nyamata (3 alla primaria e 3 alla materna)
- 2 incontri con l'abbè Teophile, parroco della parrocchia di Nyamata a cui appartengono le strutture dell'orfanotrofio e Sr Bernardette della Comunità Abajambo, la comunità di suore locali cui è affidata la gestione dell'orfanotrofio e responsabile della struttura di Nyamata
- Firma del documento relativo al progetto di sostegno a distanza e delle modalità di gestione dei rapporti tra noi e loro
- Versamento somma da noi portata (proventi dalle "adozioni a distanza") sul conto intestato alla Comunità Abajambo di Nyamata presso la Bank of Kigali, sede di Nyamata
- Preparato format da compilare per i nuovi entrati e modello mail per gli aggiornamenti periodici e consegnati a Sr Bernardette(in attesa di incaricare una persona per questo compito)
- Visita alle strutture collegate di Rilima e Myange
- Fatte foto e raccolti aggiornamenti per l'aggiornamento alle famiglie "adottive"
- Fatti foto e filmati scopo preparazione video divulgativo del progetto"sostegno a distanza" (Fulvia)
- Regalate nuove divise alle bambine che vanno a scuola e pallone (Silvia)
- Fatto fare un altro armadio per il soggiorno dove tenere i vestiti da usare in giornata per i continui cambi dei piccoli

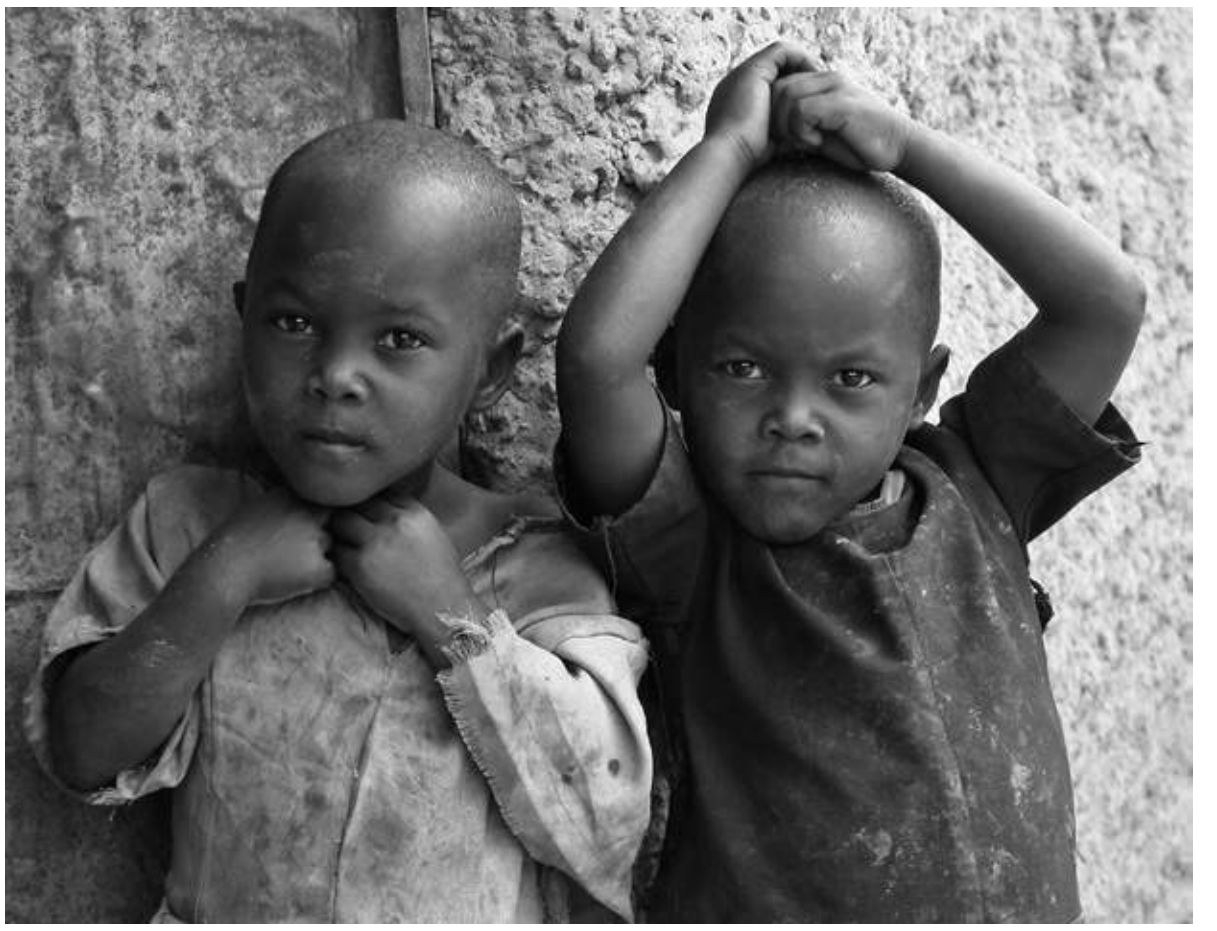
INTERLOCUTORI E OPERATORI LOCALI

Abbè Teophile, parroco della parrocchia di Nyamata
Sr Bernardette, responsabile della comunità di Nyamata
Le 2 suore studenti della scuola secondaria sup. Sr Olivia e Sr Josephine, le altre suore (3) e aspiranti suore (3) che fanno servizio a Nyamata
Le altre suore che prestano servizio a Rilima e a Myange

SITUAZIONE DELLA STRUTTURA

La struttura di Nyamata appare in condizioni discrete in relazione agli standards locali, ma per migliorarne la fruizione le migliorie da fare sarebbero numerose, ad esempio:

- tettoia tra la cucina e il locale soggiorno dove i bambini mangiano e il locale addetto alla loro igiene (quando piove è un andare e venire sotto la pioggia…)
- una piccola cisterna per far arrivare l'acqua nella doccia e wc del personale,
- completare l'impianto idraulico anche nella doccia e nel WC bambini (magari con un'altra cisterna piccola; raccogliere l'acqua dai tetti è utile perché l'acqua dell'acquedotto pubblico è molto costosa e spesso manca…)
- Tinteggiatura dei locali e fornitura di altri mobili (nelle camere c'è solo il letto o la stuoia)



La struttura di Rilima è in buone condizioni mentre la struttura di Myange è in cattive condizione, fatiscente, avrebbe bisogno di una ristrutturazione generale

BAMBINI PRESENTI E FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITA' PREVISTE DAL PROGETTO

1 bambina di 8 mesi; 3 di circa un anno ; 2 di 4 anni ; 5 tra i 5 e 8 anni; i restanti 14 hanno tra i 2 e 3 anni. In totale, attualmente a Nyamata sono 25.
Da quando noi collaboriamo (2 anni e mezzo) 3 bambini sono tornati presso i loro parenti e 1 è stato affidato a una famiglia locale.
Quando i bambini raggiungono l'età della scuola vengono trasferiti nella struttura di Rlima (le bambine) e in quella di Myange (i maschietti).
A Rilima ci sono 13 bambine tra i 8 e 14 anni; a Myange ci sono 9 bambini tra i 8 e 14 anni; vanno tutti alla scuola pubblica del luogo, gran parte di loro sono in ritardo nell'iter scolastico (iniziato tardi o ripetuto)
I bambini "adottati" attualmente sono 25 a Nyamata e 2 che lo scorso anno sono passati da Nyamata,1 a Rilima e 1 a Myange
A Rilima e a Myange abbiano fatto visite brevi per cui c'è ancora molto da conoscere sulla loro organizzazione. L'impressione è abbastanza positiva.
Tutti i bambini delle 3 strutture sono registrati all'anagrafe come residenti e presso il Centro Sanitario locale (ognuno ha la sua tessera sanitaria)
La struttura più impegnativa per la gestione è quella di Nyamata, perché i bambini sono molti di più, sono piccoli e danno molto più lavoro alle suore (igiene e cambio abiti, lavaggio a mano dei panni, pulizie degli ambienti, gestione della cucina e somministrazione dei pasti, sorveglianza e intrattenimento dei piccoli…)
Le suore lavorano molto, ma i risultati per quel che riguarda l'igiene e la pulizia non sono ancora soddisfacenti, anche se sono migliorati rispetto all'inizio della nostra collaborazione.
La nutrizione dei bambini dovrebbe essere migliorata in particolare nella qualità e nella varietà dei cibi
Circa l'intrattenimento educativo e il benessere psico affettivo dei bambini sono presenti alcune attività di socializzazione e gioco, ma ancora insufficienti e i bambini passano ancora parecchio tempo lasciati a loro stessi, anche se sorvegliati da una suora, con anche l'aiuto delle bambine più grandi, quando non sono a scuola.
L'istruzione e la preparazione delle suore come educatrici è scarsa e, per lo più, si comportano secondo le abitudini proprie delle donne dei villaggi che accudiscono i bambini in modo istintivo, col buon senso comune, ma senza una sufficiente conoscenza delle necessità educative legate allo sviluppo e alla crescita del bambino.
Sulla tenuta delle comunicazioni con noi in relazione all'adozione a distanza non sono ancora autonomi, finora questo è stato fatto da noi durante le visite.

VALUTAZIONE E PROPOSTE

Il nostro livello di conoscenza della realtà dell'orfanotrofio è aumentato in questi 2 anni e mezzo, anche se tante cose devono ancora essere conosciute e approfondite.
Questo sarà ancora l'obbiettivo delle prossime visite (occorre che i diversi volontari che si recano laggiù si coordino bene tra loro, passandosi accuratamente le informazioni)
L'impressione, a questo punto, è che la situazione complessiva dell'Orfanotrofio sia migliorata in questi 2 anni e mezzo, anche se non ancora del tutto soddisfacente; degli aspetti ancora carenti abbiamo parlato con i responsabili con la raccomandazione di migliorarli.
Sarebbe forse utile ed efficace un periodo lungo di lavoro insieme a loro da parte di un volontario qualificato (puericultrice o educatore) per passar loro un po' di competenze, cosa non semplice anche per via della lingua (loro parlano solo kinyarwanda) e sempre che i responsabili in loco lo accettassero e noi trovassimo la persona adatta.
Intanto abbiamo detto ai responsabili che il livello di istruzione delle suore andrebbe elevato e che se individuano tra loro qualcuna che abbia la volontà e la capacità si potrebbe pensare di sostenerla nel continuare la scuola (la maggior parte di loro hanno solo le elementari, solo 2 stanno facendo la scuola superiore attualmente, anche se sono già adulte)
Per quel che riguarda il protocollo di gestione, l'accordo è che potrà essere rivisto in base a valutazioni condivise durante le nostre visite
Il nostro contributo economico attualmente copre all'incirca la metà

dei costi di gestione; qualche altro aiuto arriva dalla parrocchia e dalla comunità Abajambo sotto forma di alimenti regalati loro dalla gente del paese.
Il denaro che inviamo loro deve essere utilizzato per le attività previste nel documento (nutrizione, salute e istruzione dei bambini e migliorie delle strutture), con l'accortezza di avvisarci prima e avere il nostro consenso, qualora decidessero di fare delle spese straordinarie, come manutenzioni o ristrutturazione degli edifici o progetti di studio per le suore.

Occorre continuare a promuovere il sostegno a distanza da parte di tutti noi volontari e amici facendolo conoscere nei nostri rispettivi ambienti; a questo scopo sarà presto disponibile un filmato.

Centro nutrizionale di Rulindo

VOLONTARI PRESENTI:

Steffe Fulvia,
Pavan Silvia
e Gherardi Anna Maria

DURATA DELLA LORO PRESENZA

LORO ATTIVITÀ

Soggiorno a Rulindo presso la Parrocchia e frequenza presso il Centro Nutrizionale nei giorni di apertura dello stesso tra il 9 febbraio e il 6 marzo per un totale di 10 giorni

ATTIVITÀ:

- Condivisione della vita quotidiana del CN con i bambini, le mamme e le operatrici
- Portati vestiti, giocattoli e latte
- Colloqui con Antoinette e Berancille sulla gestione della struttura
- Colloqui con Onesphore sulla gestione e problemi relativi al CN
- Valutazioni sulle "attività satelliti" condivise con Onesphore
- Valutazione e decisioni sulle necessità urgenti condivise con Onesphore
- Fatta scorta viveri con acquisto al mercato di Base (Fulvia)
- Fatte alcune manutenzioni e riparazioni urgenti (Fulvia)

INTERLOCUTORI E OPERATORI LOCALI

Mons. Onesphore Ntivugurwza parroco di Rulindo
Don Jean Bosco collaboratore temporaneo in parrocchia
Don Damien coadiuvante del parroco
Sig.ra Antoinette Mukandera responsabile del CN
Sig.ra Berancille Kabanyana collaboratrice del CN
Il presidente della Associazione mamme CN
Le donne dell'atelier di taglio e cucito
Sig.ra Chanthal Mukahirwa assistente sociale della Caritas Parrocchiale

SITUAZIONE DELLA STRUTTURA

L'edificio che ospita il Centro Nutrizionale è di proprietà della parrocchia così come il terreno confinante adibito in parte a pascolo e in parte a coltivazioni varie su terrazzamenti
Lo scorso anno sono stati fatte alcune migliorie e creato l'atelier di taglio e cucito
La struttura è piuttosto vecchia e necessita di altri interventi di manutenzione che verranno fatti entro aprile (predisposti con il contributo economico del gruppo di Fulvia):
- rifacimento del WC;
- sostituzione della porta del locale magazzino viveri (c'è stato un furto, porta e serratura scadenti);
- messa in posa del contatore per l'elettricità;
- acquisto di una macchina per lo zig zag e gli occhielli;
- acquisto ferro da stiro elettrico;
- 4 giornate di lavoro retribuito per le mamme (una cinquantina) per preparare i terreni delle terrazze e fare le nuove semine (è iniziata la stagione delle piogge e bisogna approfittare al più presto).

A beneficio del funzionamento del CN sono state create, anche con il contributo del gruppo Amici del Rwanda e Associazione Solidarietà Terzo Mondo, delle attività satelliti ospitate in strutture della parrocchia:
- terreno nella piana sottostante la collina di Rulindo con stalla e mucca da latte;
- allevamento di galline da uova;
- piccolo allevamento capre;
- minimarket,
- atelier di taglio e cucito.

FUNZIONAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL CENTRO NUTRIZIONALE

I bambini che ricevono assistenza nel CN attualmente sono 62.
Essi frequentano il CN divisi in 3 gruppi, ciascuno un giorno la settimana, il lunedì, mercoledì e venerdì.
Una parte di loro viene regolarmente, altri in modo più discontinuo (per esempio quando le mamme trovano qualche lavoro a giornata saltano la presenza al CN)
Nei giorni di frequenza i bambini vengono:
- pesati per controllarne l'accrescimento e valutati se ci sono dei disturbi;
- dati consigli alle mamme su come nutrirli, prevenire le malattie e inviati al Centro di sanità se necessario;
- intrattenuti nella sala giochi mentre le mamme vanno alcune nel campo e altre cucinano per tutti;
- lavati prima del pasto;
- mangiano con le loro mamme e nel pomeriggio tornano a casa (molti devono fare tanta strada a piedi);
- a periodi alterni ricevono un miscuglio di 3 farine da portare a casa (1 parte di mais,1 parte di sorgo e ½ parte di soja) in quantità sufficiente per una settimana per il bambino per pasti equilibrati;
- il venerdì è presente Grace, un'operatrice addetta al consultorio per il controllo delle nascite. Il suo compito è di ricevere le mamme o le coppie che lo desiderano per sensibilizzarli a una maternità responsabile; li informa sui vari metodi per prevenire il concepimento e li supporta nella loro scelta.

Il martedì e il giovedì sono presenti Antoinette e Berancille per preparare per il giorno dopo, per seguire mamme del cucito e alcune mamme che vengono senza bambini per lavorare il campo del CN. Queste ultime in genere lavorano come volontarie; nei casi in cui c'e più lavoro del solito nel campo e la necessità di fare in fretta, lavorano per più ore e vengono pagate

VALUTAZIONE E PROPOSTE

Per quel che riguarda le attività proprie del CN funzionano abbastanza bene, la direzione di Antoinette è buona, appare una persona capace di organizzare le cose:
- il lavoro delle mamme nel campo che poi affida a Berancille per la gestione;
- l'intrattenimento dei bambini che fa anche un pò giocare e tiene lì con l'aiuto di una mamma mentre le altre lavorano;
- sa come usare qualche medicinale di uso comune come antifebbre, antivermi intestinali, anti ameba e crema contro le micosi che sono i disturbi spesso presenti nei bambini;
- ragiona sulle cose ed è capace di fare proposte per cercare di migliorare la gestione del Cn e di perseguire lo scopo di una sua autonomia economica;
- ha fatto le trattative con la scuola per la commessa delle uniformi;
- ha una certa autorità nei confronti delle mamme.

Alla scadenza del suo incarico, a maggio, Onesphore valuterà se sarà possibile mantenere questo incarico a Antoinette e se lei vorrà restare

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo dire che il nostro principale referente in loco, Mons. Onesphore, è stato molto disponibile con noi sia nell'ospitalità che nello spiegarci i vari aspetti e problemi delle attività nelle quali collaboriamo, sempre con il suo grande spirito di amicizia verso di noi.
Per quel che riguarda il proseguimento della nostra collaborazione a Rulindo, noi pensiamo che con gli interventi fatti sulla struttura del Centro Nutrizionale, si sono create le condizioni perché il CN possa continuare la sua attività a beneficio dei bambini che soffrono la malnutrizione. Le attività satelliti, pensate per dare al centro nutrizionale una autonomia economica, stanno dando qualche guadagno (campi coltivati, affitto locale ex minimarket e atelier di cucito); inoltre si sono messe le basi per una produzione continuativa di uova e latte che andrà a regime nel giro di un anno e mezzo senza bisogno di altri finanziamenti esterni.
Invece c'è la situazione di Gitabage, dove Padre Onesphore sta aprendo la scuola media e dove vorrebbe aprire una sezione del Centro Nutrizionale che avrebbe bisogno di essere aiutata .
Di seguito la descrizione di GITABAGE, una frazione del distretto di Rulindo che vive in grande isolamento e povertà.
Gitabage è un villaggio che appartiene al distretto di Rulindo e alla parrocchia di Rulindo. E' situato nella parte più alta di una vallata molto lontana dalle zone provviste di qualche servizio pubblico e vive nell'isolamento.
Infatti lassù (circa 1900 mt di altitudine) non arriva una strada praticabile da auto; arrivarci col fuoristrada è un'avventura e durante le piogge è impossibile a causa degli smottamenti che invadono la pista. Questa pista taglia la montagna e sale a tratti con gran pendenza.
Nel villaggio non c'è nessuna rete elettrica, non ci sono negozi né uffici pubblici.
Gli abitanti sono esclusivamente contadini con piccolissime proprietà, quindi tutti poveri. Lo si vede anche dal tipo di abitazioni del piccolo centro e di quelle sparpagliate sulla montagna: sono tutte molto modeste.
Gli abitanti, per andare a vendere i loro prodotti devono scendere a piedi, portandoli in spalla, fino ai paesi o cittadine a valle camminando per 2,3 ore all'andata e altrettante al ritorno.
Il posto più vicino dove passa un autobus è a 2 ore a piedi; il Centro di Sanità più vicino è a 3 ore a piedi. C'è la scuola elementare, ma per la scuola media e superiore bisogna camminare 3 ore e quando ci sono le piogge è praticamente impossibile andarci.
A causa dell'isolamento e della povertà i ragazzi che frequentano la media sono pochissimi.
Nel villaggio c'è un livello elevato di ignoranza, dannose superstizioni, molte ragazze madri senza nessun reddito e la malnutrizione è maggiore che altrove, specialmente nei bambini.
Gli abitanti sono circa 6000.
La parrocchia è presente con una piccola chiesa e altri 3 vecchi edifici che Onesphore sta cercando di ristrutturare e utilizzare a beneficio della gente.
Uno di essi è adibito a scuola elementare (gli insegnanti sono pagati dallo Stato).
Un altro è in fase di ristrutturazione e, a partire dal gennaio di quest'anno, ospita una sezione di scuola media (il primo anno), anche se il tetto è ultimato solo sopra le 3 aule, ma manca sulla parte di edificio che dovrà ospitare i due uffici e la toilette. Inoltre vanno fatte tutte le finiture.
Il terzo edificio è stato ristrutturato, in parte e, da circa un anno, ospita 4 suore che Onesphore è riuscito a insediare lì con lo scopo di creare un punto di riferimento per la gente.
La presenza stabile di queste suore disponibili all'accoglienza nei confronti delle persone con i loro bisogni morali e materiali contribuirà a superare in parte il senso di isolamento di cui qui si soffre.
La presenza del prete è possibile solo una volta al mese (in quella occasione Onesphore si ferma lì qualche giorno).
Delle 3 suore, la responsabile insegna nella nuova scuola media e contemporaneamente studia all'università, dove si reca nei fine settimana con un trasferimento di 2 ore a piedi e 4 ore di autobus; le altre 3 tengono aperto il piccolo centro sociale; campano col raccolto di un piccolo campo e qualche aiuto da parte di Onesphore. Una di loro frequenta la scuola media, un'altra sa cucire e potrebbe insegnare il mestiere alle ragazze, se avesse delle macchine da cucire.
Sarebbe intenzione di Onesphore far gestire a queste suore anche una piccola sezione distaccata del Centro Nutrizionale e un'attività di educazione e di aiuto per combattere l'ignoranza e la malnutrizione, in particolare nei confronti delle ragazze madri del villaggio.

** Volontari*

PROGETTO RIORGANIZZATIVO IN UNA UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA GENERALE:

da un modello organizzativo per compiti ad un modello organizzativo per settori

a cura di Emilietta Bedognè*

I tempi di riferimento per la determinazione del fabbisogno di personale infermieristico nelle unita operative di Medicina Generale adottate dalla Regione Lombardia, prevedono un numero di minuti di assistenza che appare sottostimato. Lo studio in questione, vuole analizzare le attività assistenziali degli infermieri in un Unita Operativa di Medicina Generale di un Azienda Ospedaliera Lombarda, basandosi su un calcolo che prende in considerazione i carichi di lavoro effettivi sulla base del grado di dipendenza delle persone assistite, mettendo a confronto questi dati con quanto previsto dalla normativa vigente.

PREMESSA

Le Medicine Interne sono Unità Operative caratterizzate da una molteplicità di ricoveri di elezione e urgenti in crescita progressiva. Oltre agli ingressi da PS si aggiungono quelli derivanti dai trasferimenti dei pazienti già degenti presso altre Unità Operative, secondo una metodologia consolidatasi negli anni, che considera la Medicina Interna non una branca specialistica al pari delle altre, ma un'area di degenza "comune" che puo' accogliere qualsiasi tipologia di paziente, medico o chirurgico, finanche critico, instabile o persino terminale. I pazienti ricoverati, non richiedono cure intensive in senso vero e proprio, ma presentano bisogni assistenziali maggiori di quelli forniti normalmente in un reparto tradizionale. Questi pazienti possono richiedere un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o intereventi diagnostico-terapeutici e/o di *nursing* mirati.

Il risultato finale e'un pressoché costante sovraffollamento del reparto, con pazienti ricoverati in letti in soprannumero con ovvie limitazioni sia per quanto riguarda lo standard clinico-assistenziale che il *comfort* alberghiero. L'attività quotidiana di reparto spesso è finalizzata esclusivamente a risolvere le situazioni di emergenza-urgenza clinica e organizzativa, senza poter programmare alcun'altra iniziativa, di reparto.

Inoltre tali criticità, protrattesi negli anni, hanno prodotto rilevante demotivazione nel personale e instaurato un elevato grado di conflittualità tra le diverse categorie professionali.

NORMATVA DI RIFERIMENTO

Si è ritenuto opportuno prendere in rassegna la legislazione nazionale di riferimento, in quanto permette di individuare come sono state determinate nel nostro Paese le responsabilità nella stima della dotazione organica e la gestione del personale ospedaliero.

L'analisi dell'evoluzione della normativa ci ha permesso di individuare i criteri e i metodi con cui sono state effettuate, fino ad oggi, le assegnazioni di personale a livello delle unità operative. Di seguito e sinteticamente, si riportano i provvedimenti legislativi che, nello specifico, hanno dato direttive per la determinazione delle dotazioni organiche relative al personale sanitario in genere e, nello specifico quelle relative agli infermieri.

DPR 128/1969 "*ordinamento interno dei servizi ospedalieri*"
Dà indicazioni sulla quantificazione del personale e ne stabilisce il numero occorrente per garantire un livello di assistenza infermieristica, espresso in minuti medi die per posto letto di degenza (Artt. 8-11-18);

L'art.8; recita "*La dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120 minuti nelle 24 ore e deve prevedere:*
- *un capo sala*
- *un infermiere professionale sempre presente in ogni sezione nelle 24 ore e inoltre un adeguato numero di infermieri professionali e generici* ".

Questo DPR individua alcuni settori assistenziali e ne determina il tempo minimo di assistenza infermieristica per malato, nell'arco delle 24 ore:
- Servizi diagnosi e cura : 120'
- Sezioni neonatali : 420'
- Anestesia e rianimazione: 420'

Legge 833 /'78 e successive modifiche
Determina, a livello organizzativo le modifiche con la nascita delle Unità Sanitarie Locali e degli organi di gestione e governo delle medesime e preposte a garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione locale.

Delibera CIPE/ '84 (comitato interministeriale per la programmazione economica)
Fornisce indicazioni di massima per le Regioni e le USL affinché adottino standard organizzativi e di attività comuni, con riferimento anche alla dotazione di personale, suddiviso per qualifica, in ambito sia ospedaliero che territoriale.

I parametri indicati sono il bacino di utenza, le patologie prevalenti, la degenza media e l' apporto tecnologico.

La parametrazione del personale infermieristico ospedaliero nelle 24 ore e per posto letto è così definita:
- settori di degenza di base 70'- 90'
- settori di terapia sub-intensiva 200' - 240'
- settori di terapia intensiva 500'- 600'.

La delibera individua le tipologie di reparto anche in base ad un generico carico di lavoro, senza peraltro definire la metodologia ed i soggetti che devono valutare tale carico.

DM 13/9/88- Determinazione degli standard del personale ospedaliero
Indica gli standard per l'assegnazione del personale per moduli di posti letto strutturati in sezioni o divisioni . In particolare, vengono individuate 6 aree.

Per ogni area, un modulo base in posti letto definiva il numero totale di personale medico infermieristico. Per adeguare la dotazione ci si basava sul modulo base di posti letto e in proporzione si utilizzava un multiplo o sottomultiplo. Questo strumento di calcolo del personale non è più utilizzato in quanto la Legge 407 / 90 ne ha dichiarato il superamento.

DLgs n° 502/92 e 517/93" riordino della disciplina in materia sanitaria"
- Le regioni, devono definire le linee generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende, **le modalità di finanziamento regionale ed i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e le mobilità;**

Per la definizione delle dotazioni organiche la legge fa **riferimento al DLgs 29/93** e successive modificazioni.

Il Decreto fissa l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di ridefinire le proprie piante organiche sulla base di criteri relativi alla determinazione dei carichi di lavoro.

Questi devono essere effettuati con riferimento alla quantità di atti e operazioni prodotte, ai tempi standard di esercizio delle attività e del grado di copertura del servizio reso in rapporto alla domanda espressa o potenziale.

PSN 1994 è un modello di programmazione sanitaria che attribuisce competenze programmatorie allo Stato **e competenze alle regioni in relazione all'organizzazione dei servizi, all'allocazione delle risorse e all'attuazione dei controlli assegnati, Circolare 23 Marzo 1994 n° 6 il** Ministero della funzione pubblica "carichi di lavoro delle amministrazioni pubbliche e dotazioni organiche delle amministrazioni dello Stato".

Per carico di lavoro si intende *"la quantità di lavoro necessario, dato un contesto operativo e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti ad una unità organizzativa*".

La circolare del Ministero ha poi fornito maggiori indicazioni operative a questo titolo, lasciando però facoltà ai singoli Enti di provvedere sulla base di metodologie proprie, seppure soggette a preventivo giudizio di congruità.

Di recente anche la L. n. 550 /95 (finanziaria 1996) ha richiamato la necessità di provvedere alla valutazione dei carichi di lavoro, confermando l'assetto già descritto. Nella copiosa normativa nazionale si ravvede quindi una chiara conferma della natura gestionale dello strumento, le cui finalità sarebbe certamente riduttivo circoscrivere ai meri scopi di reintegro dell'organico.

Il riferimento normativo più recente, è il Dl.g 165/01, artt. 1 e 6. Le disposizioni del presente decreto disciplinano l'organizzazione degli uffici e i rapporti di lavoro e di impiego alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, al fine di:
a) accrescere l'efficienza in relazione a quella dei corrispondenti uffici e servizi dei Paesi dell'U. europea.
b) Razionalizzare il costo del lavoro pubblico, contenendo la spesa complessiva per il personale, diretta e indiretta, entro i vincoli di finanza pubblica.
c) Realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane.

La normativa italiana, in materia di determinazione del fabbisogno del personale di assistenza, non ha tenuto conto dell'evoluzione che negli ultimi anni ha investito la professione infermieristica, delle modificazioni delle tecnologie e del modificarsi della epidemiologia della popolazione afferente alle strutture ospedaliere.

Data questa discrepanza, credendo che gli attuali livelli di organico definiti per legge non consentano agli infermieri di rispondere al ruolo che la società ha loro attribuito per mezzo della legislazione specifica, abbiamo cercato se esistono delle evidenze scientifiche che sostengano l'importanza di un congrua definizione dell'organico infermieristico all'interno dei reparti ospedalieri.

LA RICERCA: La Ricerca effettuata è di tipo quantitativo con carattere di verifica di ipotesi. Si basa sull'osservazione obbiettiva della realtà e sulla misurazione dei dati raccolti che hanno convalidato l'ipotesi.

IPOTESI: Nasce dalla constatazione che i minuti assistenziali previsti dalla vigente normativa per l'area della Medicina Generale riguardanti il personale infermieristico sono sottostimati.

OBIETTIVO: E' quello di conoscere e di verificare gli elementi che compongono l'ipotesi

CAMPIONE: Il campione e' rappresentato da **105 PAZIENTI presenti IN MEDICINA IN FEBBRAIO 2012**
Sono state compilate 723 schede di osservazione.

STRUMENTI E METODI

Sono state utilizzate delle tabelle presentate in un convegno "L'INFERMIERE DIRIGENTE NELLA SANITA'IN CAMBIAMENTO",S.MARINO 25, 27 NOVEMBRE 1994. Le tabelle prese in considerazione sono cinque..

CAMPO DI INDAGINE: La ricerca è stata condotta all'interno di un U.O. di Medicina Generale di un'Azienda Ospedaliera Lombarda. Con i seguenti **INDICATORI DI STRUTTURA** riferiti all'anno 2011:

POSTI LETTO:	**28**
NUMERO RICOVERI:	**870**
GIORNATE TOTALI DI DEGENZA:	**8408**
DEGENZA MEDIA:	**9,6 GIORNI**

RACCOLTA DATI

Lo strumento che si e' ritenuto opportuno utilizzare per la raccolta dati, è la SCHEDA DI OSSERVAZIONE (tabella 1) poiché risulta essere più attendibile e più rappresentativa per il contesto trattato. Viene compilata durante il periodo di osservazione, a fine giornata , per ogni paziente, vengono presi in considerazione due parametri: IL LIVELLO DI INTENSITA' DI DIPENDENZA E IL LIVELLO DI DISCREZIONALITA'. L'intensità del livello di dipendenza è ottenuto tramite l'utilizzo **della seconda tabella**. In questa tabella viene assegnato un punteggio da 0 a 5 per ogni variabile, la cui somma fornisce appunto questo parametro. Il livello di discrezionalità rappresenta un giudizio soggettivo espresso da colui che rileva i dati. Questo giudizio, serve per vedere se vi sono differenze apprezzabili tra la realtà del paziente e la sua configurazione nel livello di dipendenza (per ogni variabile). A tale livello viene assegnato un range trà 0 e 10; quando non esistono differenze tra la realtà del paziente e la sua configurazione, nel livello di dipendenza viene assegnato valore 0, quando invece esistono tali differenze viene assegnato un livello da 1 a 10. Questo perché può accadere di assegnare ad una variabile un valore gravissimo di dipendenza quando in realtà non è cosi'.(ad esempio: paziente totalmente dipendente nel bisogno delle cure igieniche e mobilizzazione ma gestito in parte dai familiari)

I DATI RACCOLTI MEDIANTE LA SCHEDA DI OSSERVAZIONE SONO STATI ESPOSTI NELLE TABELLE, SUDDIVISI IN TRE FASI:

PRIMA FASE: Tramite rilevazioni giornaliere (tabella3) è stato calcolato il livello medio di dipendenza ottenuto dal totale dell'intensità più il totale della moda della discrezionalità e dividendo il risultato per il numero dei pazienti
SECONDA FASE: Con la rilevazione mensile (tabella 4) è stato calcolato il livello di dipendenza (rapporto totale di dipendenza diviso la moda del numero dei pazienti)
TERZA FASE: in base al livello di dipendenza con la tabella 5 si individuano i minuti di assistenza infermieristica da erogare ad ogni singolo paziente nell'arco delle 24 ore

DESCRIZIONE	INTENZIONALITÀ	DISCREZIONALITÀ
1. ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		
2. ELIMINAZ.INTESTINALE URINARIA-GESTIONE STOMIE		
3. IGIENE E COMFORT		
4. RIPOSO SONNO		
5. MOBILITA'		
6. STATO PSICHICO E DI COSCIENZA		
7. COMUNICAZIONE VERBALE		
8. VESTIRSI E SPOGLIARSI		
9.PROCEDURE DIAGNOSTICHE		
10. PROCEDURE TERAPEUTICHE		
VALORI SINTETICI	1.	2.
	3.	4.

Tabella 1 - Scheda di osservazione della intensita' del livello di dipendenza infermieristica

1. somma del livello di intensità di dipendenza da 0 a 5 secondo codifica
2. somma del livello di discrezionalità consentito da 1 a 10 (0 nullo)
3. somma dei livelli da riportare nella tabella riepilogativa
4. Moda della discrezionalità (frequenza maggiore)

QUARTA FASE: Tramite il calcolo basato sul numero dei posti letto per i minuti assistenziali diviso il tempo di attività lavorativa per ogni infermiere, è stato individuato il personale infermieristico che dovrebbe essere presente nell Unita Operativa presa in considerazione.

UNITA'OPERATIVA DI MEDICINA GENERALE	
DATA RILEVAZIONE	PAZIENTE

PAZIENTI

Tabella 2 - Scheda di codifica dei livelli di intensità di dipendenza

ALIMENTAZIONE/IDRATAZIONE
0 Nutrizione parenterale totale (NTP) o parziale
1 Nutrizione enterale totale(NET) sonda naso-gastrica o parziale
2 Bisogna imboccare
3 Necessita di molto aiuto
4 Mangia da solo con molto aiuto
5 Mangia da solo

ELIMINAZIONE INTESTINALE/URINARIA
0 Incontinenza urinaria e intestinale permanente
1 Catetere vescicale a permanenza,incontinenza fecale
2 Incontinenza urinaria occasionale (pannolini) continenza fecale
3 Padella,comoda,pappagallo
4 Comoda,bagno con aiuto,padella per la notte
5 Autonomo,in bagno da solo

IGIENE E COMFORT
0 Intera igiene corporea a letto
1 Igiene corporea a letto con l'aiuto del malato
2 Igiene intima a letto,in bagno con aiuto
3 Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi
4 Il malato necessita di minimo aiuto
5 Autosufficiente

RIPOSO/SONNO
0 Disturbo dell'addormentamento, del ritmo sonno veglia
1 Irrequietezza occasionale
2 Tranquillo con sedativi o senza sonnifero
3 Tranquillo senza sedativi ,prende sonnifero
4 Dorme poco (insonnia da mantenimento)
5 Dorme bene, tranquillo di giorno

MOBILITA'
0 Allettato
1 Allettato,cambia posizione da solo
2 Mobilizzazione su sedia
3 Cammina con l'aiuto di una o due persone
4 Deambula con i presidi sanitari
5 Deambula autonomamente

STATO PSICHICO E DI COSCIENZA
0 Soporoso-coma-assopito
1 Disorientamento continuo
2 Disorientamento continuo con sintomi psicotici-nevrotici
3 Disorientamento occasionale
4 Disorientamento lieve
5 Orientato vigile

COMUNICAZIONE VERBALE
0 Non parla, non apprende
1 Parla ma non apprende
2 Non parla,apprende o apprende a tratti
3 Parla poco,apprende tutto
4 La comunicazione è possibile con qualche interruzione
5 Comunica senza disturbi

VESTIRSI/SVESTIRSI
0 Non autonomo
1 Con molto aiuto
2 Con poco aiuto
3 Con stimolazione del personale
4 Da solo o con tanta fatica
5 Autonomo

PROCEDURE DIAGNOSTICHE
0 Condizioni di monitoraggio nelle 24 ore
1 Condizioni di monitoraggio >1h
2 Esami di routine più altri esami
3 Esami diagnostici di routine
4 Condizioni di monitoraggio < 1h
5 Nessun esame diagnostico

PROCEDURE TERAPEUTICHE
0 CVC, perfusione continua nelle 24 h
1 CVC, perfusione >6 h
2 Terapia per OS,IM,EV
3 Terapia per OS,IM
4 Terapia per OS
5 Nessuna terapia

Tabella 3 - **Riepilogo giornaliero dell'intensità del livello di ipendenza infermieristicadell'unita' operativa**

PAZIENTI	INTENZIONALITÀ	DISCREZIONALITÀ
TOTALE DIPENDENZA		

TOTALE DIPENDENZA: TOT. INTENSITA'/N. PAZIENTI

Livello di dipendenza 735
Moda del n° dei pazienti 28
735/28 =26

GIORNI	TOTALE PAZIENTI	TOTALE DIPENDENZA
1	23	26
2	23	23
3	21	24
4	20	23
5	23	23
6	24	27
7	28	27
8	27	29
9	28	28
10	22	26
11	24	27
12	25	27
13	28	29
14	27	29
15	24	26
16	26	26
17	24	24
18	26	25
19	28	26
20	28	25
21	28	23
22	23	22
23	27	24
24	21	24
25	25	25
26	26	24
27	27	25
28	25	25
29	22	23
LIVELLO DI DIPENDENZA		
		735

Tabella 5: Tabella di riferimento dei tempi (espressi in minuti per paziente nelle 24 ore)

RANGE	0	RANGE	1	RANGE	2	RANGE	3	RANGE	4	RANGE	5
0	600	10	499	20	399	30	299	40	199	50	99
1	590	11	490	21	390	31	290	41	190		90
2	580	12	480	22	380	32	280	42	180		80
3	570	13	470	23	370	33	270	43	170		70
4	560	14	460	24	360	34	260	44	160		
5	550	15	450	25	350	35	250	45	150		
6	530	16	430	26	330	36	230	46	130		
7	520	17	420	27	320	37	220	47	120		
8	510	18	410	28	310	38	210	48	110		
9	500	19	400	29	300	39	200	49	100		

IN QUESTA TABELLA SONO ESPOSTI I LIVELLI DI DIPENDENZA, AD OGNUNO DEI QUALI CORRISPONDE UN TEMPO E CIOÈ I MINUTI ASSISTENZIALI DA EROGARE AL SINGOLO PAZIENTE NELLE 24 ORE

MINUTI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE 120

MINUTI STUDIO 330

PERSONALE INFERMIERISTICO NECESSARIO PER L'UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA GENERALE ESAMINATA

MINUTI ASSISTENZIALI PREVISTI DALLO STUDIO 330

NUMERO POSTI LETTO 28

TEMPO ATTIVITA LAVORATIVA INFERMIERE
330X28/360 = 25 NUMERO DI INFERMIERI NECESSARISECONDO LO STUDIO

PERSONALE INFERMIERISTICO ATTUALMENTE IN SERVIZIO	FABBISOGNO INFERMIERISTICO SECONDO LA RICERCA
15	25

DISCUSSIONE

Dai dati raccolti è emersa la conferma dell'ipotesi formulata nella ricerca, si evidenzia infatti la sottostima dei minuti previsti dalla vigente normativa per l'area di Medicina Generale e la sottostima del personale necessario, tutto questo, porta sia all'insoddisfazione dei pazienti, sia all'insoddisfazione degli infermieri i quali vengono demotivati professionalmente. Risulta che il tempo di assistenza da dedicare al singolo paziente non è sufficiente, infatti, l'assistenza che viene erogata dal personale infermieristico è mirata per la maggior parte a svolgere azioni pratiche (assistenza per compiti) mentre viene a mancare l'instaurarsi della relazione tra paziente ed infermiere che è necessaria per prendersi cura della persona e portarla verso il recupero dello stato di indipendenza.
Il modello attualmente in atto nell'Unità Operativa è l'**organizzazione funzionale** caratterizzata dall'assegnazione di compiti da svolgere per ogni operatore. Questi compiti (giro medicazioni, giro terapia, parametri vitali, ecc) vengono in genere fatti ruotare, ma in questo modo l'operatore non è responsabile del paziente in senso globale, ma del compito assegnatoli.
Con questa organizzazione ogni operatore sa sicuramente cosa fare, ma gli viene negata la possibilità di conoscere globalmente il suo assistito che nello stesso tempo non può avere nessun punto di riferimento nel gruppo degli operatori.

Per le degenze a media ed elevata assistenza

Molti studi sostengono che Il modello organizzativo più idoneo è quello "**per settori**" dove l'infermiere si occupa di **x** pazienti. L'attività prioritaria dovrà essere quella di identificare i bisogni dei pazienti, pianificare gli interventi, erogare gli interventi infermieristici, assegnare i compiti al personale di supporto, verificare il raggiungimento dei risultati ed esercitare una sistemica supervisione su quanto fanno gli operatori di supporto.
Nelle organizzazioni sanitarie il gruppo di lavoro, nella fattispecie l'equipe assistenziale, rappresenta il motore principale per il raggiungimento dei risultati della cura delle persone. L'equipe è il mezzo ma anche uno strumento di lavoro, non è solo un'attitudine personale ma una competenza che va aumentata nel tempo. E' per tale motivo che occorre conoscere ed implementare diverse strategie per lavorare in gruppo. La presenza di operatori di supporto(OSS, OTA, ASA) all'interno dell'equipe assistenziale è da qualche anno sempre più cospicua.
Ciò determina necessariamente la revisione dei tradizionali modelli organizzativi e l'acquisizione di strumenti di integrazione multidisciplinare. L'attribuzione delle attività agli operatori di supporto da parte degli infermieri, in qualità di responsabili generali dell'assistenza infermieristica, deve essere intesa come un processo dinamico in cui siano considerati una serie di elementi, tra cui il livello di complessità clinica delle persone assistite.
Da qui la necessità di trovare uno strumento idoneo che ci indirizzi verso la nostra realtà, dove già da vari anni le innovazioni introdotte hanno determinato la necessità di approntare nuovi strumenti organizzativi per rispondere in maniera soddisfacente ad una richiesta di assistenza sempre più attenta e sempre più ricca di aspettative da parte degli utenti ma cercando nel contempo di razionalizzare le risorse a tutti i livelli, comprendendo in questo aspetto anche le risorse umane.
Il punto di partenza per rispondere alla necessità del paziente diventa la comprensione dei suoi bisogni, affiancata alla conoscenza e competenza a rispondere e documentare questi ultimi.

Conclusioni

Attraverso il costante rilevamento dei dati, gli infermieri ottengono quotidianamente la misurazione della complessità per singolo malato, con un sistema di misurazione obiettivo, verificabile e riproducibile.
Il modello della Complessità Assistenziale si pone come un sistema integrato di supporto organizzativo in grado di favorire l'applicazione dei modelli assistenziali e di garantire un adeguato processo decisionale dell'infermiere. La raccolta dei dati è finalizzata alla misurazionedell'intensità delle cure, assicurando altresì la definizione e pianificazione delle attività e il fabbisogno di competenze richieste dall'operatore.
Il modello della Complessità Assistenziale utilizza un linguaggio comune, con una omogeneizzazione dell'assistenza: la valutazione quotidiana del proprio lavoro diventa un metodo che porta ad un feedback continuo sulle proprie prestazioni, permettendo un report mensile di pianificazione degli interventi e monitorando in continuo la complessità nel reparto.
Questo studio ci ha offerto l'immagine di una realtà assistenziale dinamica, nella quale con forme oggettive si è in grado di prendere decisioni sulla base dei dati raccolti.
L'utilizzo del modello della Complessità Assistenziale ha permesso di specificare i bisogni di assistenza infermieristica e del personale di supporto e di renderli misurabili rispetto all'impegno di infermieri e OSS.

**Capo sala*

BIBLIOGRAFIA

1) PERIODICO NURSING _Feb.09 Pag 52 STUDI SU OSTUNI LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE IN UNA TESI DI LAUREA di GIANPIERO GRAVINA

2) www.infermieri.com REGIONE LAZIO: IL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO NELL'AREA DI MEDICINA GENERALE – Lina Serraino-Ivo Camicioli

3) PERIODICO L'INFERMIERE DIRIGENTE anno 95 CAVALIERE BRUNO METODOLOGIA DI DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO PER CARICHI DI LAVORO CONVEGNO "L'INFERMIERE DIRIGENTE NELLA SANITÀ IN CAMBIAMENTO S.Marino 25-26 Novembre 94

4) CANTARELLI MARISA IL MODELLO DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE MASSON Anno 96

5) LA COMPLESSITA'ASSISTENZIALE CONCETTUALIZZAZIONE, MODELLO DI ANALISI E METODOLOGIA APPLICATIVA- Annalisa Silvestro-Rita Maricchio-Aldo Montanaro-Monica Molinar-Paola Rossetto - MC GRAWH ILL

6) NAS Miranda DR, Nap R, deRijk A, Schaufeli W, Iapichino G AND THE TISS WORKING GROUP. NURSING ACTIVITIES SCORE. CRIT - Care Med 2003; 31:374-82

7) MEDICINA E SANITÀ IL RICOVERO NEI REPARTI DI MEDICINA INTERNA - ECCESSO DI DOMANDA COME CAUSA DI INAPPROPRIATEZZA www.arienti-v.com

8) CARSON SS, SHORR AF (2003) IS THE IMPLEMENTATION OF RESEARCH FINDINGS IN THE CRITICALLY ILL HAMPERED BY THE LACK OF UNIVERSAL DEFINITIONS OF ILLNESS? CURR OPIN CRIT CARE 9:308–315 V. Arienti - S. Pretolani •- C. Luppi - M.- Pescerelli C. Bottari

9) LA MEDICINA INTERNA E LA MEDICINA D'URGENZA www.sin-italy.org/Governo.../toscana_FADOI_Intens_cure.doc

10) PRIMO RAPPORTO COMITATO NAZIONALE SCIENZE INFERMIERISTICHE E SCIENZE OSTETRICHE www.ipasvicomo.it - http://www.ministerosalute.it

11) QUALITÀ ORGANIZZATIVA E PERCORSI DI APPRENDIMENTO a cura di Ciro Scognamigliohttp://www.area-c54.it

12) PROGETTO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA, OSTETRICA E DI SUPPORTO NELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE DEL POLICLINICO S. ORSOLA-MALPIGHI http://www.aosp.bo.it/

13) REVISIONE EBN ANNO 2007 DEFINIZIONE DEGLI ORGANICI INFERMIERISTICI: EVIDENZE SCIENTIFICHE - Ivana Fraulini – OPD – Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico Catia Biavati – Infermiera – Centro Studi EBN Daniela Mosci – Infermiera coordinatrice – Centro Studi EBN

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 Aldo Moro, 32
23100 Sondrio
E-mail: info@ipasviso.org

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

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

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

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

HANNO COLLABORATO:
Marisa Ambrosini - Emilietta Bedognè - Massimo Bevilacqua - Riccardo Canova - Danila e Tiziana - Daniele Franceschini - Alberto Caramilla - Aurelia giudice Novellino - Anna maria Gherardi - Silvia Pavan - Maria Emilia Porta - Oriana - Fulvia Steffe - Gisella Tridella - Elena Valli

Il volontariato sanitario: presentiamo AISM

La sclerosi multipla (SM), o sclerosi a placche, è una malattia a decorso cronico della sostanza bianca del sistema nervoso centrale.
Nella sclerosi multipla si verificano un danno e una perdita di mielina in più aree (da cui il nome «multipla») del sistema nervoso centrale. Queste aree di perdita di mielina (o «demielinizzazione») sono di grandezza variabile e prendono il nome di placche.
Alla base della SM dunque vi è un processo di demielinizzazione che determina danni o perdita della mielina e la formazione di lesioni (placche) che possono evolvere da una fase infiammatoria iniziale a una fase cronica, in cui assumono caratteristiche simili a cicatrici, da cui deriva il termine «sclerosi».
Nel mondo, si contano circa 2,5-3 milioni di persone con SM, di cui 400.000 in Europa e circa 63.000 in Italia una persona ogni 1200 a Como e provincia. La distribuzione della malattia non è uniforme: è più diffusa nelle zone lontane dall'Equatore a clima temperato, in particolare Nord Europa, Stati Uniti, Nuova Zelanda e Australia del Sud. La prevalenza della malattia al contrario sembra avere una progressiva riduzione con l'avvicinarsi all'Equatore.
La SM può esordire a ogni età della vita, ma è diagnosticata per lo più tra i 20 e i 40 anni e nelle donne, che risultano colpite in numero doppio rispetto agli uomini.
Per frequenza, nel giovane adulto è la seconda malattia neurologica e la prima di tipo infiammatorio cronico. La causa o meglio le cause sono ancora in parte sconosciute, tuttavia la ricerca ha fatto grandi passi nel chiarire il modo con cui la malattia agisce, permettendo così di arrivare a una diagnosi e a un trattamento precoce che consentono alle persone con SM di mantenere una buona qualità di vita per molti anni. La SM è complessa e imprevedibile, ma non riduce l'aspettativa di vita, infatti la vita media delle persone ammalate è paragonabile a quella della popolazione generale.

AISM – Associazione Italiana Sclerosi Multipla è oggi l'unica organizzazione in Italia che interviene a 360 gradi sulla sclerosi multipla. Il suo impegno si sviluppa in tre ambiti determinanti per le persone con SM:

- Promuovere ed erogare servizi
- Rappresentare e affermare i diritti
- Sostenere e promuovere la ricerca

Oggi AISM è il punto di riferimento per le circa 63.000 persone con sclerosi multipla e per i loro familiari. L'Associazione crede fermamente che le persone colpite dalla malattia abbiano diritto ad una buona qualità di vita e alla piena integrazione sociale. Per questo l'Associazione è attiva sul territorio con moltissimi volontari impegnati a diffondere una corretta informazione sulla malattia, sensibilizzare l'opinione pubblica, promuovere ed erogare servizi socio sanitari adeguati dove il servizio pubblico non arriva, promuovere iniziative di raccolta fondi per sostenere la ricerca scientifica.

La Sezione Aism di Como, presente sul territorio dal 1983, è diventata un punto di riferimento importante per le persone che convivono con la SM e per i loro familiari.
Oggi conta circa 400 soci. Tutte le componenti della Sezione sono impegnati nella realizzazione di attività, iniziative e manifestazioni a sostegno delle persone con SM e dei loro familiari. Il Centro è stato inaugurato il 5 maggio 2001. Nato dal desiderio di creare un luogo di aggregazione e socializzazione sul territorio, nel tempo il Centro ha acquisito competenze tali da strutturare servizi dedicati alle persone con SM senza comunque perdere la sua caratteristica più importante, ovvero l'accoglienza. Nato come sogno e sfida, il Centro si è strasformato in una realtà consolidata che si pone sempre nuovi obiettivi da raggiungere negli ambiti di: Autonomia - Socializzazione – Riabilitazione.

La presenza di AISM Como a Sondrio
Marisa Bordoni, da molti anni vicina all'Associazione, è la referente per la Sezione di Como dei volontari in provincia di Sondrio, dove è presente , dal 2004, un gruppo distribuito lungo la valle da Madesimo a Livigno, impegnato principalmente in attività di raccolta fondi per la ricerca.
Le due manifestazioni nazionali che li vedono impegnati nelle piazze della provincia sono in marzo *La gardenia dell'AISM* e in ottobre *Una mela per la vita*, ma molte altre manifestazioni a scopo benefico si sono svolte in questi anni grazie alla collaborazione con alcuni gruppi di artisti locali che propongono serate di intrattenimento e divertimento per informare e sensibilizzare . Tra queste si possono ricordare l'*Happy Chorus* a Delebio, *Raggi di speranza* a Berbenno, diverse serate musicali con cover band di Ligabue, Lucio Battisti e Vasco Rossi all'Aprica, *Uno Stradivari per la gente* a Morbegno, Chiavenna e Aprica oltre alla presenza dell'Associazione con il proprio banchetto informativo a eventi, feste e sagre sparse per la Valtellina.
Il gruppo dei volontari in questi anni è cresciuto in numero e impegno, tra questi c'è Giuseppe che, dopo la diagnosi nel 2010, si mette alla ricerca delle risposte alle moltissime domande che ha. Ed è così che si imbatte in un forum sulla sclerosi multipla e "dopo poche settimane di frequentazione nel forum - dice Giuseppe - ed avere trovato una buona parte delle risposte che cercavo, chiesi di poter fare il moderatore. Ora è quasi un anno e mezzo che interagisco quotidianamente con persone con SM e loro familiari aiutandoli nel dare informazioni, consigli e rassicurazioni". Un'esperienza, questa, che si può definire di volontariato a distanza. Tutto questo fa ben sperare che si possa in un futuro non lontano avviare il percorso che porti alla nascita di una Sezione AISM an-

I volontari in Sezione e i volontari per la Sezione
Era il 1999 quando Lella, grazie alla conoscenza di Giorgio, allora Presidente provinciale AISM, inizia la sua collaborazione con l'Associazione. "Quando mi avvicinai all'Associazione - spiega - lo feci per mettermi in gioco e allo stesso tempo per mettermi a disposizione degli altri. Conoscevo la patologia ma non conoscevo nessuno a cui fosse stata diagnosticata. Nel '99 esisteva la Sezione ma non ancora il Centro AISM di Via Pasquale Paoli quindi la nostra attività era per lo più sviluppata nelle visite domiciliari".
Era questa la sua prima esperienza di volontariato attivo e con essa è cresciuta conoscendo nuove persone, ridimensionando e riposizionando le priorità della propria vita. Il rapporto creatosi con le persone che giornalmente sono presenti in Sezione è un reciproco dare e avere.
Oggi in sezione, Lella è una delle volontarie di lungo corso e negli anni il suo impegno è cresciuto di pari passo alle sue esperienze. Nel 2001 infatti, grazie a una grossa raccolta fondi in collaborazione a 30 ore per la vita, nasce la *Casa AISM* e con essa un punto di riferimento per le persone con SM del territorio. Iniziano le prime attività socio culturali e Lella entra nel Consiglio Direttivo della Sezione. Oggi è al terzo mandato nel Consiglio, è referente per i volontari del Servizio Civile Nazionale e responsabile del laboratorio creativo, grazie al quale vengono creati oggetti di artigianato (nella foto un esempio).

Oggi l'attività di Sezione si divide prevalentemente tra il supporto all'autonomia e le attività socio culturali. Insieme ai diversi laboratori, oltre a quello creativo è attivo anche quello del giornalino, di inglese, scientifico, letterario e delle tradizioni, si organizzano gite e visite culturali, i pranzi sociali, le feste di Pasqua, carnevale e Natale.
Per il futuro Lella auspica un incremento dei volontari e guarda con particolare attenzione ai giovani, alle loro forze e alla loro volontà.
E ci sono proprio i giovani tra i protagonisti del futuro della sezione e di quella fetta di volontariato che non si sviluppa prevalentemente all'interno del Centro AISM. Per motivi di tempo, infatti, molto spesso i giovani, studenti e lavoratori, non possono essere presenti durante le attività diurne. Questo però non significa che siano assenti, al contrario il loro lavoro per l'Associazione si costruisce durante gli incontri serali e durante le attività di informazione, sensibilizzazione e raccolta fondi.
Un esempio è Virginia, 22 anni studentessa alla facoltà di psicologia dell'università degli studi di Milano-Bicocca. "Mi sono avvicinata ad AISM - dice - nel 2006, dopo la diagnosi di SM data a mia madre nell'inverno del 2005. Ho iniziato partecipando ai banchetti di raccolta fondi delle manifestazioni nazionali *Una mela per la vita* e *La gardenia dell'AISM*.
Ho sempre desiderato fare qualcosa di più, ma la minore età me lo impediva. Nella primavera del 2010, ormai maggiorenne, ho seguito come volontaria il laboratorio pomeridiano del giovedì per la redazione del giornalino di sezione e in quell'estate ho iniziato a fare volontariato "estivo" presso la casa vacanze AISM *I Girasoli* vicino ad Arezzo, in Toscana, dove anche quest'anno mi recherò per la terza estate consecutiva."
Sempre dal 2010 Virginia inizia a prendere parte alle riunioni mensili del Gruppo Operativo di sezione e da ottobre dello stesso anno si unisce all'allora neonato movimento giovani dell'Associazione, chiamato *Young!*, che comprende giovani con SM e volontari tra i 18 e i 25 anni, che collaborano nelle sezioni e a livello nazionale, soprattutto per quanto riguarda il coinvolgimento di altri giovani all'interno dell'Associazione.
"Con l'aiuto dell'attuale presidente Bruna Muscionico - continua Virginia - ho creato un gruppo Young di sezione, che collabora agli eventi organizzati da quest'ultima e ne promuove di nuovi, come il Convegno Giovani territoriale svoltosi ad aprile, ed il reclutamento nelle scuole superiori e nelle università in programma per il nuovo anno scolastico."
"Dall'attività di volontariato - conclude - non credo di aver mai avuto aspettative. Posso dire però che con il tempo mi sono resa conto che la soddisfazione più grande è il sorriso delle persone che beneficiano del tempo e dell'impegno che dedico all'Associazione, sia esso in attività di sostegno alla persona o di organizzazione di convegni per dare risposte concrete alle persone con SM. Le mie prospettive per la mia attività di volontariato prevedono sicuramente una continuità nell'Associazione, con anche l'intenzione di candidarmi nel prossimo Consiglio Direttivo Provinciale, per concretizzare ancor di più il mio impegno nella mia sezione e portare la voce del gruppo Young di Como, anche proponendo idee innovative."
Sono questi solo alcuni esempio tra i molti che si potevano fare e che vedono protagonisti persone, simpatizzanti, amici, gruppi e associazioni di diversa provenienza e con diverse motivazioni che lavorano però per lo stesso obiettivo: un mondo libero dalla SM!
Chiunque può venirci a trovare in Sezione a Como, in via Pasquale Paoli 26 (tel. 031/523358 - mail aismcomo@aism.it - sito www.aism.it/como). Per chi volesse, invece, informazioni su come aiutare AISM nel suo quotidiano lavoro di informazione, sensibilizzazione e raccolta fondi a Sondrio può contattare Marisa Bordoni al 328/1094134.

E' possibile effettuare versamenti sul c.c.p 12598223,
presso la Cassa Rurale ed Artigiana di Cantù - Filiale di Albate, IBAN *IT 52 M 08430 10904 000000091914*
presso Cariparma - Filiale di Como IBAN *IT 09 G 06230 10920 000046478491*

L'**AISM** è **Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale** e le offerte sono deducibili
ai sensi dell'**art. 13** del **D.L. 4-12-97 n. 460**,
allegando alla dichiarazione dei redditi una attestazione del versamento.

La donazione è vita...

Il Collegio IPASVI SONDRIO invita ad una numerosa partecipazione

S.Antonio V. - Passo Gavia

(m. 1338 slm) (m. 2621 slm)

S.ANTONIO V. - PASSO GAVIA
GARA CICLISTICA
(riservata ai tesserati)
CICLORADUNO (aperto a tutti)
Domenica 22 luglio 2012

aido
IL VALORE DELLA DONAZIONE

ISCRIZIONI
Le iscrizioni sono aperte dal 1 giugno 2012 fino al 20 luglio 2012, le iscrizioni sul posto sono possibili sabato 21 e domenica 22 luglio (fino alle ore 8.30 del mattino).

QUOTA D' ISCRIZIONE
dal 01/06/2012 al 30/06/2012 € 18,00
dal 01/07/2012 al 20/07/2012 € 25,00
nei giorni 21 e 22 luglio in loco € 25,00
Comprensiva di:
Servizio trasporto indumenti al Passo Gavia - Rifornimento lungo il percorso e all'arrivo - Servizio Sanitario - Gadget Pranzo - Premi a sorteggio

PERCORSI (KM/DISLIVELLO)
S. Antonio Valfurva, Gembresca, S. Caterina Valfurva, Plaghera, Ponte dell'Alpe, Rifugio Berni, Passo Gavia.
KM. 22 – dislivello 1283 metri

RITIRO PETTORALI
S. ANTONIO VALFURVA PALAZZO SCOLASTICO (Piazza Capitano Berni n.1)
SABATO 21 LUGLIO
dalle ore 14,00 alle ore 19,00
DOMENICA 22 LUGLIO
dalle ore 7,00 alle ore 8,30

PARTENZA
ore 9,00 partenza agonistica amatoriale
ore 9,10 partenza cicloraduno

PRANZO E PREMIAZIONI
Dalle ore 13,00 in Piazza Magliavaca a S.Caterina Valfurva. A seguire premiazioni individuali, a squadre ed estrazione premi a sorteggio.

ULTERIORI INFO
UNIONE SPORTIVA BORMIESE
tel. 0342/901482
e-mail info@usbormiese.com

POSSIBILITÀ DI SOLO PRANZO € 10

Art. 40 codice deontologico 2009
"L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e ricevere".

Regione Lombardia
ASL Sondrio

SONDALO SONDRIO MORBEGNO CHIAVENNA
Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna