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

Parliamone

Anno 25 - N. 1 - Settembre 2015

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)

SONO GLI ANZIANI I PAZIENTI FRAGILI... E ora parliamone

di Ercole Piani

Riprendo in parte il titolo del primo articolo apparso sul numero uno di Parliamone nel 1991, perché dopo venticinque anni il Consiglio Direttivo del nostro Collegio unitamente alla Redazione ha deciso di portare online il nostro notiziario lasciando all'edizione cartacea un solo numero l'anno.
Ho ancora così presente la scelta editoriale e il nome da dare alla nostra rivista, i Colleghi e varie Persone che, a diverso titolo, hanno contribuito al successo della rivista, le "campagne " in difesa dei diritti dei bambini, degli Anziani e dei portatori di disagio psichico, la difesa della nostra sezione del corso di Laurea, progetti innovativi come CIVES che hanno accompagnato ogni numero di Parliamone.
Ancora penso alla difficoltà che la stesura di ogni numero ha comportato, la ricerca di contributi, la scelta delle fotografie e a quanti hanno creduto nella rivista, per tutti ricordo Giuseppina Vanotti e Giovanni Gandossini che alla nostra professione hanno donato tanto.
Che cosa resta ancora da realizzare? Credo tanto, ma sono anche convinto che la nostra professione avrà il tempo e la forza per vivere nuovi progetti.
Chi scrive ha un sogno che mi auguro un giorno si realizzi, per spiegarlo dobbiamo partire dall'inizio di quella che per me è stata un'esperienza fantastica.
Ho visto tutti i passaggi della nostra evoluzione sino all'autonomia che rende responsabile il nostro operare, ma ancora manca un obiettivo fondamentale perché questo permetterà la vera autonomia dell'assistenza infermieristica. Andiamo per gradi...
L'aver svolto il ruolo di responsabile di un centro post acuti mi ha ancor più convinto della validità del nostro operare disgiunto dalla gestione medica. Questo non vuol significare che gli infermieri possono operare da soli, assolutamente no, la presenza del medico è fondamentale, ma nello specifico del proprio ruolo lasciando all'infermiere la possibilità di operare nell'erogare assistenza infermieristica in piena autonomia; ciò renderebbe veramente autonome e anche complementari le due professioni.
Come si può continuare a lavorare come cinquant'anni fa? **Le esigenze dei cittadini la formazione e le competenze dei professionisti sono cambiate**, il contesto sanitario è in continua evoluzione e nei nostri reparti le attività d'assistenza sono ancora vincolate ai compiti e alle funzioni. Questa situazione, diffusa nelle corsie italiane, **non contribuisce al riconoscimento, da parte dei pazienti e dei loro familiari, dell'infermiere quale professionista autonomo e responsabile**, in grado di prendersi cura della persona e di pianificare il processo assistenziale e educativo conseguente alla situazione clinica assistenziale accertata.
Ancor più importante sarà porci l'obiettivo di cambiare radicalmente il modo di erogare assistenza. Negli ospedali vanno create strutture nuove dove potremo trovare pazienti con patologie diverse ma ospitati in reparti, nei quali sarà garantita assistenza infermieristica su parametri che rispondono alla richiesta d'intensità di cura.
Molto spesso oggi vedo **pazienti, soprattutto anziani che rappresentano oggi la Categoria d'utenza più fragile**, allettati per troppo tempo, mi sembra del tutto evidente che l'anziano allettato diventa vulnerabile e con fatica potrà ritrovare autonomia, il destino, dopo un episodio acuto, è l'istituzionalizzazione e la totale dipendenza se non la morte per le complicanze dell'ospedalizzazione.
Questo oggi avviene perché lo scarso numero di Colleghi, presenti in queste strutture, non riesce a erogare un'assistenza di qualità e demanda ai familiari parte di assistenza e di vigilanza, spesso la contenzione dell'ospite viene utilizzata in modo arbitrario ed

improprio.
Diverso sarebbe il destino di tanti pazienti se l'infermiere in un reparto di assistenza ad alta intensità potrà garantire i cardini della nostra professione che restano: **relazione, igiene, alimentazione, movimentazione, giuste terapie**. Basta con le geriatrie, le chirurgie, le medicine che sono feudi mal gestiti; è tempo di credere che un paziente anziano possa stare vicino a un paziente chirurgico o ortopedico e, per spiegarmi meglio, un paziente con problemi cardiaci superato il periodo acuto potrà essere ospitato in un reparto a bassa assistenza infermieristica perché ormai non necessita più di grande sorveglianza avendo recuperato le sue capacità gestionali nella precedente struttura ad alta assistenza infermieristica.
Dove si è sperimentato questo nuovo modello d'assistenza alcuni colleghi Medici hanno avanzato obiezioni mentre la gran parte ha capito il vantaggio e il benessere dei loro assistiti, il disturbo semmai è legato a dover esercitare la propria professione in strutture diverse perché i "propri pazienti"si troveranno in reparti diversi.
Questa è la sanità che sogno e che mi auguro anche nella nostra Provincia grazie a Voi tutti trovi realizzazione.

STRUMENTI DI ACCERTAMENTO MIRATO DEI COMPORTAMENTI NELLA GESTIONE DEGLI EPISODI AGGRESSIVI

di Negri Lucia*

L'aggressività è un comportamento normale e presente in tutte le persone, ognuno di noi nel corso della propria vita ha manifestato un comportamento simile, sia mediante condotte reali che simboliche; è un fenomeno che fa parte della vita quotidiana e che può essere accentuato dall'insoddisfazione, dall'ansia e dalla frustrazione. Tutto ciò contribuisce alla normale costruzione della nostra personalità, unica e inimitabile. Nella persona affetta da patologia mentale questo comportamento può manifestarsi in maniera accentuata e senza controllo.
Durante i miei studi universitari per diventare infermiera ho effettuato diversi periodi di tirocinio, durante uno di questi ho per la prima volta incontrato e conosciuto il comportamento aggressivo. Di primo impatto non sapevo come affrontare questo problema, molto destabilizzante e di difficile gestione quindi sono nati in me diversi quesiti e dubbi riguardo a questo difficile argomento: "Come comportarsi? Cosa fare? Come gestire tali comportamenti? Si possono prevenire tali comportamenti?". Il periodo di tirocinio corrispondeva al periodo in cui avrei dovuto pormi un quesito per l'approfondimento bibliografico da discutere alla mia laurea, per me è stato facile individuare l'argomento di discussione: l'aggressività. Il DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) non dà una specifica definizione al termine aggressività ma lo attribuisce a specifiche diagnosi quali schizofrenia, sintomi attivi di psicosi, disturbi della personalità, disturbo del pensiero, allucinazioni uditive e disorganizzazione concettuale. Questi comportamenti risultano problematici all'interno delle unità psichiatriche perché sono di difficile gestione e rendono l'assistenza complessa, inoltre questi comportamenti destabilizzano gli utenti creando un ambiente agitato e di difficile gestione.
Una volta individuato l'argomento sono emerse una serie di problematiche per centrare bene l'argomento su ciò che realmente volevo conoscere e approfondire quindi mi sono principalmente concentrata sulla possibilità di identificare i segni predittivi di auto-eterolesionismo nella persona affetta da patologia psichiatrica. Esaminando la bibliografia sono emersi alcuni strumenti di accertamento mirato che venivano usati in diversi studi per classificare, evidenziare e predire i comportamenti aggressivi.

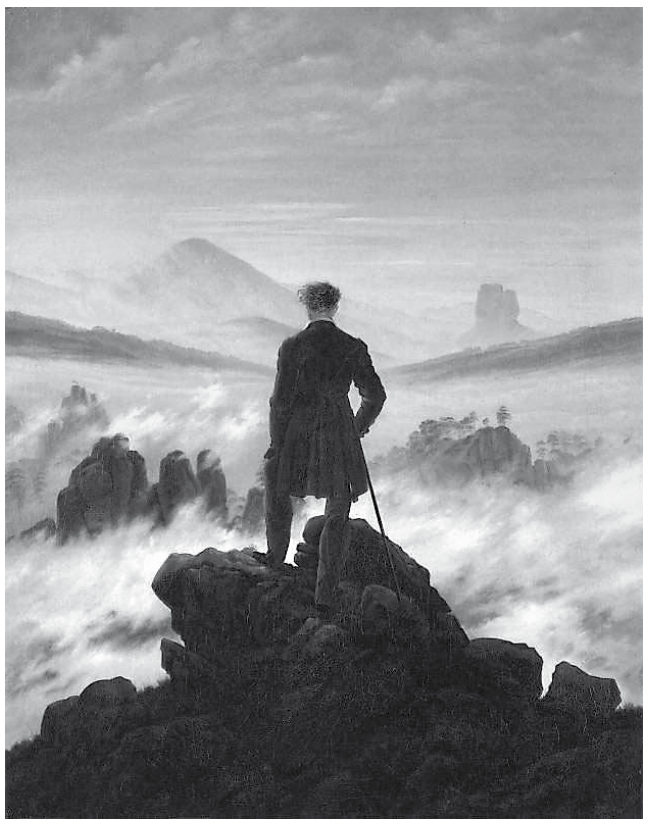
Gli strumenti maggiormente rappresentati sono:
La **BPRS** che descrive lo stato psichico delle persone. Fu ideata da Overall e Gorham nel 1962, con 12 items, successivamente viene modificata nella versione con 18 e 24 items entrambe in uso. Gli

CONTINUA A PAGINA 2 ▶

All'interno

Bilancio consuntivo e di previsione	4-5
Risposta ai bisogni dell'anziano fragile	6-7-8
Associazione solidarietà terzo mondo Progetto Rwanda	9
Corsi di aggiornamento	10-11
La leucemia nel bambino	12-13
Suicidio, dramma che tocca tutti noi	15
Festa di laurea	16

▶ Continua dalla prima pagina



elementi sono raggruppati in 5 items: 1) ansia-depressione, 2) tensione-eccitazione, 3) grappolo psicotico (che contiene disorganizzazione, grandiosità, allucinazioni e pensiero insolito), 4) ostilità-diffidenza e 5) ritiro-ritardo. Ecco una rappresentazione:
Valuta i seguenti sintomi e vi attribuisce un punteggio da 0 (non valutato) a 7 (estremamente severo).

1. Preoccupazione somatica
2. Ansietà
3. Ritiro emotivo
4. Disorganizzazione concettuale
5. Sentimenti di colpa
6. Tensione
7. Manierismi
8. Grandiosità
9. Umore depresso
10. Ostilità
11. sospettosità
12. Allucinazioni
13. Rallentamento motorio
14. Mancanza di cooperazione
15. Contenuti insoliti del pensiero
16. Appiattimento affettivo
17. Eccitamento
18. Disorientamento

La **BPRS-EC**, misura l'aggressione e l''eccitazione, prendendo spunto dalla *Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component* (PANSS) istituita come misura di aggressione ed eccitazione, aggiungendo alla classica BPRS le voci eccitamento, ostilità e non collaborazione.
La **OAS** è utilizzata sottoforma di checklist di comportamenti standard attraverso i quali vengono classificati gli episodi di aggressione in: 1) aggressione verbale, 2) aggressione fisica contro oggetti, 3) aggressione fisica contro se stessi 4) aggressione fisica contro gli altri. Questa scala permette di valutare, nel lungo tempo, l'escaletion dei comportamenti aggressivi ed è in grado di far identificare all'operatore il passaggio successivo, ad esempio, se una persona nei diversi comportamenti aggressivi, dopo l'aggressività verbale manifesta aggressività fisica verso se stesso, è possibile intervenire prima che ciò avvenga cercando di circoscrivere l'aggressività verbale evitando che scaturisca poi nella successiva aggressività contro se stesso.

1. Aggressione verbale
3. Aggressione fisica contro se stessi
2. Aggressione fisica contro oggetti
4. Aggressione fisica contro gli altri

Dagli studi presi in esame emerge un ulteriore scala detta MOAS che consiste in una versione modificata della OAS:
La **Modified OAS - MOAS** (Kay, 1988) fornisce una valutazione settimanale dell'aggressività, piuttosto che descrivere l'incidente critico di per sé. La MOAS parte da una lista di controllo comportamentale per arrivare ad un sistema di stima in 5 punti che rappresenta crescenti livelli di gravità. Include forme importanti di aggressività, come il tentato suicidio e l'intimidazione. Fornisce, inoltre, un punteggio totale che riflette la gravità globale dell'aggressività. La MOAS è una scala che fornisce un punteggio totale (da 0 a 40) e punteggi relativi all'"Aggressività Verbale" (punteggio da 0 a 4), all'"Autoaggressività" (punteggio da 0 a 8), all'"Aggressività Contro la Proprietà" (punteggio da 0 a 12) e all'"Aggressività Fisica verso altre persone" (punteggio da 0 a 16). La valutazione dell'aggressività effettuata con la MOAS è relativa alle 24 ore che seguono il ricovero (T0) ed alla dimissione (T1). Sono stati definiti "comportamenti aggressivi" quelli dei soggetti che ottenevano un punteggio totale > 0 nelle 24 ore seguenti il ricovero. (*E. di Giovambattista et al., 2006)*.
La **MAES:SF** che consiste in un colloquio che si concentra sulla percezione dei soggetti, al momento del ricovero, di coercizione, sulla pressione di essere ricoverati e su quello che pensano loro a riguardo.
La **PSP** (Personal and Social functioning scale, scala del funzionamento personale e sociale) si utilizza un punteggio da 1 a 100 per valutare il funzionamento personale e sociale della persona, in base al funzionamento sociale della persona si può individuare se questa avrà o meno maggior predisposizione a porre in essere comportamenti aggressivi. Le 4 "aree principali" riconosciute in questa scala sono:

Attività socialmente utili	Lavoro e studio
	Attività come lavori domestici, hobbies utili etc.
Relazioni interpersonali e sociali	Rapporto con il partner
	Rapporti sociali
	Rapporti familiari
Cura di sé	Igiene personale
	Cura dell'aspetto e dell'abbigliamento
Comportamenti disturbanti e aggressivi	Valuta tutte le componenti, dalla semplice scortesia fino ad atti aggressivi non occasionali

Gli studi che ho preso in considerazione prendono in esame i seguenti punti: L'ostilità e l'aggressione, lo stile interpersonale e la coercizione percepita, la psicopatologia.
Da molti studi emerge che l'ostilità può essere utile per identificare i fattori predisponenti all'aggressività. Infatti su un campione di 347 soggetti ricoverati nel corso di un anno si osservano i comportamenti aggressivi prima e dopo l'ingresso in unità psichiatrica, identificando la clinica e i fattori socio-demografici associati all'aggressione prima e durante l'ospedalizzazione. Grazie ai dati ottenuti i comportamenti aggressivi vengono divisi in verbali e contro oggetti (VOA) e aggressione fisica (PA), i risultati vengono poi confrontati con i soggetti non aggressivi. I soggetti presi in esame vengono sottoposti alla BPRS al momento dell'ammissione e quotidianamente vengono valutati sulla OAS. I risultati hanno dimostrato che i livelli elevati di ostilità sono predittivi di un peggioramento nel comportamento aggressivo se al momento del ricovero vi era solo aggressione verbale. I soggetti maschi, giovani, con una storia passata di abuso di sostanze sono maggiormente predisposti a comportamenti aggressivi. I punteggi elevati sulla BPRS sono associati con il comportamento aggressivo; punteggi bassi sulla BPRS ansia-depressione dimostrano che il disturbo depressivo maggiore è protettivo dai comportamenti aggressivi (*Amore et. Al. 2008, Troisi et al. 2003*).
L'ostilità viene analizzata anche in uno studio in 12 unità di terapia intensiva psichiatrica (PICU) confermano i risultati ottenuti negli studi precedenti sull'ostilità e sui dati socio-demografici, concordando anche sul ruolo della depressione come protettiva da comportamenti aggressivi (*Raja et al. 2005*). Questo studio viene approfondito valutando la proporzione e le caratteristiche dell'ostilità e della violenza e cercando di identificare i predittori dell'aggressività. Per fare questo analizzano le variabili socio-demografiche e cliniche su un campione di 1324 soggetti. Li sottopongono alla BPRS-24 e alla PSP che valuta in modo standardizzato la funzione sociale dei soggetti. Emerge che i soggetti ostili e violenti maschi, giovani, che vivono da soli, disoccupati, poco istruiti, con storia di abuso di alcol e in TSO con diagnosi di schizofrenia, mania, disordini bipolari, abuso di sostanze ed elevati punteggi sulla scala BPRS e punteggi ridotti sulla PSP sono maggiormente predisposti a comportamenti aggressivi (*Biancosino et al. 2009*).
La seconda variabile utile per valutare i comportamenti aggressivi è lo stile interpersonale e la coercizione percepita studiata su un campione di 152 soggetti sottoposti alla BPRS, alla OAS e al MAES:SF. Dallo studio emerge che grazie alla OAS si è potuto osservare che il 90,1% dei soggetti ha manifestato un qualunque tipo di episodio aggressivo. I punteggi sulla BPRS nell'items pensiero disturbato evidenziano aggressività infatti lo stile interpersonale ostile dominante è ad esso correlato perché sono soggetti che hanno bisogno di dominio e cercano di garantire la loro posizione in modo ostile. La MAES:SF dimostra che l'aggressività non ha relazione con la coercizione percepita (*Daffern et al. 2010*).
L'ultima variabile come fattore predisponente a comportamenti aggressivi è la psicopatologia. In uno studio vengono presi in esame 152 soggetti nel primo episodio di psicosi, dei quali si conoscevano i dati clinici e socio-demografici, sottoponendoli alla BPRS-EC. I risultati dimostrano che l'8,6% dei soggetti ha manifestato aggressione grave associata ai dati socio-demografici e ai sintomi maniacali misurati sulla BPRS. Grazie a questo studio si è potuto attribuire forza e significato alla BPRS-EC che viene validata e definita un valido strumento per misurare come una sindrome psicopatologica con eccitazione e impulsività è collegata a comportamenti aggressivi. Infine le caratteristiche cliniche e psicopatologiche contribuiscono in modo indipendente nel predire il rischio di aggressione (*Huber et al., 2012*).
Grazie all'analisi di questi studi possiamo evidenziare che i segni predittivi possono essere individuati nei dati socio-demografici: soggetti maschi, giovani, che vivono soli, non sposati, disoccupati, poco istruiti, con una storia passata di alcolismo e trattamento sanitario obbligatorio. Le diagnosi che spesso comportano comportamento aggressivo sono la schizofrenia soprattutto paranoide, mania e disordini bipolari; la depressione risulta "protettiva" dall'assumere comportamenti aggressivi. Infine le scale da considerarsi maggiormente utili sono la BPRS che è un valido strumento perché differenzia i comportamenti aggressivi. La OAS standardizza e identifica le diverse forme di aggressività e può diventare uno strumento molto utile nella pratica clinica sia per classificare gli episodi aggressivi che per prevenire futuri comportamenti. La BPRS-EC permette di misurare comportamenti aggressivi in relazione alla psicopatologia.
In conclusione, vorrei fare un esempio relativo alla mia esperienza personale. Mi è capitato di affrontare un comportamento aggressivo rivolto alla mia persona: presa di mira, non sapevo cosa fare o come comportarmi, avevo paura e anche se la mia formazione mi aveva preparato ad affrontare tali circostanze, mi sono resa conto che a volte la teoria non

Quando hai paura fermati,
fai un passo indietro, guarda meglio.

Wolfgang Fasser

In ognuno di noi è nascosta una zona di povertà dalla quale fuggiamo, ci nascondiamo e ci difendiamo. Nell'illusione che negare quella debolezza ci renda più forti. In realtà nessuno di noi è profondamente se stesso sino a quando non riesce ad abbracciare con libertà, delicatezza e affetto, la "sua" fragilità.
In quell'incontro è nascosto il segreto della nostra autenticità. Non importa il ceto sociale da cui proveniamo, l'attività professionale o il prestigio di cui godiamo.
La parte "piegata" in noi ci ricorda che siamo chiamati ad alzarci per ritrovare primavera e speranza. Sempre. Per noi e per chi ci è accanto.

Don Ciotti

è poi così facile da applicare alla pratica. Vanno prese in considerazione anche le sensazioni e i sentimenti personali che a volte possono prendere il sopravvento e far perdere l'obiettivo, quindi l'unico modo che ho trovato per difendermi è stato il contro attacco verbale. Subito mi sono resa conto che la cosa non aveva affatto migliorato la situazione, anzi l'aveva peggiorata, rendendo l'interlocutore ancora più aggressivo. Il risultato del mio comportamento? Ho subito aggressione fisica, lieve ma istruttiva: quello non era il comportamento migliore da adottare. Ho quindi dovuto/voluto riflettere bene su cosa avessi sbagliato, su cosa avrei dovuto fare di pratico per evitare che questo evento si ripetesse e soprattutto su come avessi potuto controllare le mie reazioni emotive. Ho ripassato la teoria e ho provato ad applicarla nei successivi episodi di aggressività di questa persona: ad ogni tentativo la paura diminuiva, prendevo maggior consapevolezza e sicurezza dei miei comportamenti e delle mie reazioni; nel contempo la persona manifestava sempre di più una risposta positiva, diminuendo la sua aggressività e tranquillizzandosi, ciò mi ha dato forza nel perseverare con quello che è poi risultato, in questa circostanza, il metodo migliore: non rispondere in egual maniera ma affrontare la cosa in modo più pacato, assecondando la persona e utilizzando un tono della voce basso, fermo e allo stesso tempo deciso, cercando di comprendere ciò che la disturba e tenendo presente che quel comportamento deriva da una sua insofferenza, da un suo problema e che quindi è la soluzione di questo che tranquillizzerà la persona non il mio contro attacco. Questa esperienza, che mi ha insegnato molto, mi permette di centrare l'attenzione sull'importanza di evitare la **contro aggressività**: si può manifestare tramite impazienza, rifiuto, riducendo l'importanza delle motivazioni che hanno spinto la persona ad adottare un simile comportamento. Ciò che realmente risulta efficace è la relazione e il dialogo, che devono essere prudenti ma decisi, un atteggiamento autoritario o l'assenza di direttive favoriscono l'aggressività. Quindi, in caso di comportamento aggressivo è importante agire in equipe, seguire lo sguardo della persona, se necessario allontanarsi con la persona dal resto del gruppo favorendo un ambiente tranquillo, avere controllo emotivo e attenzione verso i problemi della persona, accettarlo senza approvare il comportamento, lasciar esprimere l'aggressività, mai rinforzare il senso di colpa, permettere alla persona di esprimersi verbalmente. Mantenere un tono di voce fermo ma deciso. Quando però l'aggressività si manifesta con violenze è indispensabile arginarla: si potrà intervenire tramite l'uso della contenzione farmacologica e fisica, su indicazione medica, ma solo quando tutti i tentativi precedenti sono falliti, quindi la contenzione dovrà sempre essere l'atto finale, estremo ed inevitabile per **tutelare** la persona.

** Infermiera presso RSD Cooperativa San Michele Tirano*

Un grande Premio Nobel per l'economia ci ha lasciati

n.d.r.

Matematico ed economista, premio Nobel per l'economia nel 1994, è stato l'inventore della cosiddetta "teoria dei giochi".
John Nash è divenuto celebre (tra i non addetti ai lavori) per l'interpretazione di Russell Crowe nel film premio Oscar "A beautiful mind".
E' rimasto ucciso nel mese di maggio insieme alla moglie Alicia Lopez Harrison de Lardé Nash, in un incidente in taxi nel New Jersey. John Forbes Nash Junior era nato in West Virginia ed era divenuto famoso nell'ambiente scientifico per le sue teorie dei giochi e anche, purtroppo, per la sua malattia psichiatrica (schizofrenia) di cui Russell Crowe ha dato una commovente interpretazione nel film di Ron Howard, che ha vinto il premio Oscar nel 2002.
Nash aveva appena ricevuto il prestigioso premio Abel: era stato a marzo in Norvegia per la cerimonia di consegna.

Migranti contribuiscono a Pil, con investimenti e demografia

di Paolo Biondi

In un periodo di vacche magre, persino l'emergenza dei migranti, che stanno premendo sulle frontiere meridionali e orientali europee e mettendo sotto pressione governi e istituzioni del vecchio continente, rappresenta una risorsa per la crescita.
Il primo a dirlo senza remore è stato il ministro delle Finanze tedesco Wolfgang Schaeuble che in Parlamento ha detto che i maggiori investimenti per fronteggiare l'emergenza immigrazione incideranno positivamente sul Pil tedesco per uno 0,2%.
Oggi, sul Corriere della sera, è Federico Fubini a provare a far di conto su quanto i maggiori investimenti incideranno sulla crescita italiana, rischiando la cifra di una incidenza positiva sul Pil dello 0,4% in zone dell'asfittico Sud dove più forte è l'incidenza dei centri di accoglienza, al netto della possibile chiusura del Cara di Mineo (che comunque dovrà essere sostituito).
Ma c'è un altro fattore dell'immigrazione che impatta sul Pil, che già si fa sentire da qualche anno: la crescita demografica, che nel nostro Paese dopo avere avuto un saldo negativo negli anni scorsi è ancora vicina allo zero. A scuoterla un po' è la presenza sul territorio di immigrati, come rilevato anche dall'Istat negli ultimi anni.
Più immigrati vuol dire più nascite, più nascite vuol dire più crescita. Un fattore che incide sull'economia più stabilmente di quello, si spera transitorio, degli investimenti per l'emergenza rifugiati.

Il nero color

I suoi piedi doloranti
eppur ancora giovane
nel caldo torrido di un'estate
con i suoi occhi neri e profondi
è intenta a guardar i suoi figli
e con lo sguardo rivolto al mare
stringe a sé la sua vita
mentre le onde di grigio funesto
sembran scuotere le sue radici
nel buio completo
sotto un cielo stellato.
Da lontano una voce,
dopo il tanto navigar,
l' abbraccia per la morte scampata.
Il giorno dopo non più persona
ma, chiusa in una gabbia,
non ha più lacrime per un'umanità cieca,
lei vestita di stracci
come può far tremare governi e persone
se a tremar son le sue esili e fragili gambe;
poi disperata guarda il cielo
in cerca di un angelo che arrivi
a portar un amor mai avuto
o di quel Dio che disse di amar
il prossimo come se stessi.

Baldo Bruno

BILANCIO CONSUNTIVO 2014

di Elena Valli

Il 12 maggio 2015, presso la sala Vitali del Credito Valtellinese si è tenuta in concomitanza al Corso Residenziale "APPROFONDIMENTI CLINICI: DALLA TEORIA ALLA PRATICA" l'assemblea generale del collegio.

A me è toccato in qualità di tesoriere presentare il BILANCIO CONSUNTIVO 2014 e il BILANCIO DI PREVISIONE 2015.

Entrambi i bilanci vengono pubblicati su questo numero di parliamone e sul nostro sito, quindi la mia relazione di presentazione sarà breve. Faccio presente che la gestione del Collegio nell'esercizio 2014 si è svolta nel rispetto dei principi di oculata e prudente gestione, come evidenziato dal Collegio dei Revisori dei Conti

Riassumo il conto CONSUNTIVO facendo presente che le uscite complessive di competenza ammontano a euro 147.666,09 e le entrate ammontano a euro 151.875,77 evidenziando un avanzo dell'esercizio di euro 4.209,68.

Le entrate e le uscite sono comprensive delle partite di giro pari a euro 12.472,13, tali operazioni rilevate non hanno rilievo economico ma soltanto finanziario e contabile.

Trattasi di capitoli in cui si evidenziano le trattenute previdenziali ed erariali da versare quale sostituto d'imposta.

I capitoli per i quali è stato necessario attingere maggiormente dalle SPESE IMPREVISTE (che ricordo costituiscono il 3% del totale delle uscite correnti), sono stati:

- gettoni di presenza consiglieri
- assistenza legale
- formazione.

CONSUNTIVO 2014

RICAVI

CODICE			DESCRIZIONE	PREVISIONE	UTILIZZO	DISPONIBILITA'
01	001	0010	Contributi iscritti all'Albo	136.290,00	135.450,00	840,00
01	001	0020	Contributi iscritti all'Albo anno predente	0,00	280,00	-280,00
01	001	0030	Contributi nuovi iscritti	1.500,00	1.350,00	150,00
01	001	0040	Contributi iscritti all'Albo anni predenti (a ruolo)	0,00	140,00	-140,00
01	**001**	**CONTRIBUTI A CARICO DEGLI ISCRITTI**		**137.790,00**	**137.220,00**	**570,00**
01	002	0040	Recupero spese corsi di aggiornamento e formazione	1.800,00	970,92	829,08
01	**003**	**ENTRATE DERIVANTI DA PRESTAZIONE DI SERVIZI**		**1.800,00**	**970,92**	**829,08**
01	003	0020	Interessi attivi su conti correnti bancari e postale	200,00	16,78	183,22
01	**002**	**REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI**		**200,00**	**16,78**	**183,22**
01	004	0010	Recuperi e rimborsi diversi	500,00	1.193,69	-693,69
01	**004**	**POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI SPESE CORRENTI**		**500,00**	**1.193,69**	**-693,69**
01	005	0030	Arrotondamenti e abbuoni attivi	0,00	2,25	-2,25
01	**005**	**ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI**		**0,00**	**2,25**	**-2,25**
01	***01***	***TITOLO I - ENTRATE CORRENTI***		***140.290,00***	***139.403,64***	***886,36***
03		**TITOLO III PARTITE DI GIRO**		**9.470,00**	**12.472,13**	**-3.002,13**
TOTALE ENTRATE				**149.760,00**	**151.875,77**	**-2.115,77**

COSTI

CODICE			DESCRIZIONE	IMPORTO	UTILIZZO	DISPONIBILITA'
11	001	0010	Gettoni di presenza Consiglieri	6.000,00	6.000,00	0,00
11	**001**	**USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE**		**6.000,00**	**6.000,00**	**0,00**
11	002	0010	Stipendi ed altri assegni fissi al personale	33.000,00	32.971,31	28,69
11	002	0030	Compensi incentivanti la produttività	2.000,00	2.000,00	0,00
11	002	0070	Oneri previdenziali e assistenziali a carico dell'Ente	9.379,00	9.379,00	0,00
11	002	0080	Assicurazione INAIL	187,00	187,00	0,00
11	002	0100	Irap	3.148,00	3.148,00	0,00
11	**002**	**ONERI PER IL PERSONALE IN ATTIVITA' DI SERVIZIO**		**47.714,00**	**47.685,31**	**28,69**
11	003	0020	Spese acquisto materiali di consumo, stampati, cancelleria e varie	2.600,00	2.597,40	2,60
11	003	0030	Rimborso spese missioni(albergo, ristorante..)	1.000,00	1.000,00	0,00
11	003	0040	Spese per attività di collaborazione e consulenza di professionisti	4.200,00	4.024,73	175,27
11	003	0050	Manutenzione, riparazione e adattamento uffici e relativi impianti	1.000,00	1.000,00	0,00
11	003	0060	Spese postali e spedizioni varie	2.500,00	2.500,00	0,00
11	003	0070	Spese telefoniche e collegamenti telematici	1.900,00	1.806,75	93,25
11	003	0080	Assistenza legale	2.500,00	2.500,00	0,00
11	003	0090	Spese per l'energia elettrica	1.300,00	1.300,00	0,00
11	003	0100	Spese di trasporto, rimborso km	5.000,00	4.543,82	456,18
11	003	0110	Premi di assicurazione	1.150,00	1.086,85	63,15
11	003	0130	Spese di pulizia locali Sede	2.600,00	2.600,00	0,00
11	003	0200	Spese per emissione quote associative	3.563,01	3.563,01	0,00
11	003	0210	Spese condominiali e oneri accessori	3.800,00	3.467,94	332,06
11	003	0220	Spese per economato	160,00	160,00	0,00
11	003	0230	Tasse sui rifiuti -TARES	500,00	267,00	233,00
11	003	0240	RSPP: Sicurezza ufficio/impiegati	800,00	800,00	0,00
11	**003**	**USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI DI CONSUMO E SERVIZI**		**34.573,01**	**33.217,50**	**1.355,51**
11	004	0010	Riunioni e assemblee degli iscritti	500,00	500,00	0,00
11	004	0020	Corsi d'aggiornamento consiglieri e impiegate	800,00	733,50	66,50
11	004	0030	Spese rappresentanza	300,00	197,60	102,40
11	004	0040	assistenza a favore degli iscritti	750,00	608,35	141,65
11	004	0050	Contributi Federazione IPASVI	15.576,00	15.576,00	0,00
11	004	0060	Spese per la formazione professionale degli iscritti	4.500,00	4.500,00	0,00
11	004	0070	Quota finanziamento Coordinamento Regionale IPASVI Lombardia	1.500,00	427,61	1.072,39
11	004	0080	Spese per biglietti da visita	90,00	0,00	90,00
11	004	0090	Parliamone	4.600,00	4.600,00	0,00
11	**004**	**USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI**		**28.616,00**	**27.143,06**	**1.472,94**
11	005	0010	Interessi passivi	100,00	0,00	100,00
11	005	0020	Spese e commisioni bancarie e postali	250,00	250,00	0,00
11	**005**	**ONERI FINANZIARI**		**350,00**	**250,00**	**100,00**
11	007	0010	Imposte, tasse e tributi vari	2.500,00	1.562,55	937,45
11	**007**	**ONERI TRIBUTARI**		**2.500,00**	**1.562,55**	**937,45**
11	010	0100	Spese impreviste	3.578,99	3.578,99	0,00
11	**010**	**SPESE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI**		**3.578,99**	**3.578,99**	**0,00**
11	TITOLO I - USCITE CORRENTI			123.332,00	119.437,41	3.894,59
12	001	0020	Acquisto di mobili e macchine d'ufficio	2.000,00	2.000,00	0,00
12	001	0040	Acquisto software e licenze	3.800,00	3.786,60	13,40
12	**001**	**ACQUISTO DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE**		**5.800,00**	**5.786,60**	**13,40**
12	003	0010	Accantonamento al tratt.to fine rapporto	3.658,00	2.629,10	1.028,90
12	**003**	**INDENNITA' AL PERSONALE CESSATO DAL SERVIZIO**		**3.658,00**	**2.629,10**	**1.028,90**
12	004	0010	Rate di rimborso del mutuo ipotecario	7.500,00	7.340,85	159,15
12	004	ESTINZIONE DI PRESTITI		7.500,00	7.340,85	159,15
12	***TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE***			***16.958,00***	***15.756,55***	***1.201,45***
13	***TITOLO III - PARTITE DI GIRO***			***9.470,00***	***12.472,13***	***-3.002,13***
TOTALE USCITE				**149.760,00**	**147.666,09**	**2.093,91**
Avanzo di amministrazione dell'esercizio					**4.209,68**	

E DI PREVISIONE 2015

BILANCIO DI PREVISIONE 2015

RICAVI

CODICE			DESCRIZIONE	PREVISIONE
01	001	0010	Contributi iscritti all'Albo	135.590,00
01	001	0030	Contributi nuovi iscritti	1.500,00
01	**001**		**CONTRIBUTI A CARICO DEGLI ISCRITTI**	**137.090,00**
01	002	0040	Recuperi spese corsi di aggiornamento e formazione	1.720,00
01	**002**		**ENTRATE DERIVANTI DALLA PRESTAZIONE DI SERVIZI**	**1.720,00**
01	003	0020	Interessi attivi su conti correnti bancari	200,00
01	**003**		**REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI**	**200,00**
01	004	0010	Recuperi e rimborsi diversi	1.000,00
01	**004**		**POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI SPESE CORRENTI**	**1.000,00**
01	**01**		**TITOLO I - ENTRATE CORRENTI**	**140.010,00**
03			**TITOLO III PARTITE DI GIRO**	**9.470,00**
TOTALE ENTRATE				**149.480,00**

COSTI

CODICE			DESCRIZIONE	PREVISIONE
11	001	0010	Gettoni di presenza Consiglieri	7.550,00
11	**001**		**USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE**	**7.550,00**
11	002	0010	Stipendi ed altri assegni fissi al personale	33.500,00
11	002	0030	Compensi incentivanti la produttività	2.000,00
11	002	0070	Oneri previdenziali e assistenziali a carico dell'Ente	9.236,00
11	002	0080	Assicurazione INAIL	182,00
11	002	0100	Irap	3.064,00
11	**002**		**ONERI PER IL PERSONALE IN ATTIVITA' DI SERVIZIO**	**47.982,00**
11	003	0010	Biblioteca	250,00
11	003	0020	Spese acquisto materiali di consumo, stampati, cancelleria e varie	1.800,00
11	003	0030	Rimborso spese missioni(albergo, ristorante..)	1.000,00
11	003	0040	Spese per attività di collaborazione e consulenza di professionisti	6.000,00
11	003	0050	Manutenzione, riparazione e adattamento uffici e relativi impianti	800,00
11	003	0060	Spese postali e spedizioni varie	1.500,00
11	003	0070	Spese telefoniche e collegamenti telematici	1.900,00
11	003	0080	Assistenza legale	4.000,00
11	003	0090	Spese per l'energia elettrica	1.500,00
11	003	0100	Spese di trasporto, rimborso km	5.000,00
11	003	0110	Premi di assicurazione	1.150,00
11	003	0120	Canone e assistenza software	2.300,00
11	003	0130	Spese di pulizia locali Sede	2.800,00
11	003	0200	Spese per emissione quote associative	4.550,00
11	003	0210	Spese condominiali e oneri accessori	4.737,00
11	003	0220	Spese per economato	160,00
11	003	0230	Tasse sui rifiuti -TARES	500,00
11	003	0240	RSPP - Sicurezza ufficio/impiegati	550,00
11	**003**		**USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI DI CONSUMO E SERVIZI**	**40.497,00**
11	004	0010	Riunioni e assemblee degli iscritti	200,00
11	004	0020	Corsi d'aggiornamento consiglieri e impiegate	800,00
11	004	0030	Spese rappresentanza	300,00
11	004	0040	assistenza a favore degli iscritti-acquisto P.e.c.	750,00
11	004	0050	Contributi Federazione IPASVI	13.559,00
11	004	0060	Spese per la formazione professionale degli iscritti	6.000,00
11	004	0070	Contributo Collegi Lombardia	2.500,00
11	004	0080	Spese per biglietti da visita e tesserini	90,00
11	004	0090	Parliamone	2.900,00
11	**004**		**USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI**	**27.099,00**
11	005	0020	Spese e commisioni bancarie e postali	250,00
11	**005**		**ONERI FINANZIARI**	**250,00**
11	007	0010	Imposte, tasse e tributi vari	1.000,00
11	**007**		**ONERI TRIBUTARI**	**1.000,00**
11	010	0100	Spese impreviste	3.724,00
11	**010**		**SPESE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI**	**3.724,00**
11			***TITOLO I - USCITE CORRENTI***	***128.102,00***
12	001	0020	Acquisto di mobili e macchine d'ufficio	1.000,00
12	001	0040	Acquisto software e licenze	500,00
12	**001**		**ACQUISTO DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE**	**1.500,00**
12	003	0010	Accantonamento al tratt.to fine rapporto	2.908,00
12	**003**		**INDENNITA' AL PERSONALE CESSATO DAL SERVIZIO**	**2.908,00**
12	004	0010	Rate di rimborso del mutuo ipotecario	7.500,00
12	**004**		**ESTINZIONE DI PRESTITI**	**7.500,00**
12			***TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE***	***11.908,00***
13			***TITOLO III - PARTITE DI GIRO***	***9.470,00***
TOTALE USCITE				**149.480,00**

Il BILANCIO DI PREVISIONE 2015 è stato approvato nel Consiglio Direttivo del 22 dicembre 2014 con variazione nel Consiglio Direttivo del 20 aprile 2015 in quanto la FEDERAZIONE ha diminuito la quota ad essa dovuta per ogni singolo iscritto passando da euro 8 a euro 7, ci siamo così ritrovati euro 1937 da "spalmare" sui vari capitoli.
Abbiamo deciso di incrementare i seguenti capitoli:

- gettoni di presenza per consiglieri in quanto pur mantenendo da oltre 10 anni il compenso a 10 euro per presenze che si protraggono sino a due ore e 20 euro se si superano le due ore di presenza, abbiamo superato il limite previsto essendoci stato un impegno maggiore da parte dei consiglieri dovuto anche alla preparazione dei numerosi corsi di formazione organizzati a favore degli iscritti;
- assistenza legale in quanto abbiamo speso più del previsto a fronte di un'aumentata richiesta di tale servizio dovuta ad un'adeguata tutela della professione infermieristica;
- spese condominiali e oneri accessori in quanto sono previsti lavori di sostituzione delle esistenti caldaie di ogni singolo appartamento della nuova sede per rendere questi ultimi termo autonomi.

Le variazioni sono riportate a fianco dei sopraindicati capitoli.
Per l'anno 2015 sono previsti gli acquisti di software per l'implementazione dei preesistenti programmi e di una parete attrezzata per il locale archivio.
Ricordo inoltre che per quanto riguarda il mutuo ipotecario acceso per l'acquisto della nuova sede, il capitale residuo al 31 dicembre 2014 ammonta a euro 66.775,64.
E' gradita l'occasione per confermare la mia disponibilità a fronte di quesiti o di interrogazioni.

**Tesoriere Collegio IPASVI*

LA RISPOSTA AI BISOGNI DELL'ANZIANO FRAGILE

Realtà assistenziali a gestione infermieristica

di Cinzia Di Cara*

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle sfide sociosanitarie più importanti e largamente studiate nel corso degli ultimi decenni. L'allungamento della vita media e l'incremento dell'invecchiamento sono stati motivo della nascita di una nuova figura di notevole rilievo clinico, che è stata oggetto di studio negli ultimi decenni: l'anziano fragile.

La letteratura ancora oggi non è concordante nel definire questa tipologia di utenza, in quanto non esistono oggettivazioni che possano fornire una definizione omogenea; ma è possibile ritrovare dei modelli significativi che tentino di creare un profilo clinico di fragilità. In particolare:

- Fried nel 2004 segue un paradigma biomedico per definire la fragilità, identificandola in "…una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli "stressors" risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse…";
- Rockwood nel 2007 propone invece un'alternativa nella definizione di fragilità introducendo il *Frailty Index (FI),* uno strumento che valuta i deficit accumulati nel tempo dalla persona anziana; seguendo questa impostazione la fragilità è definita come uno stato di disorganizzazione caotica dei sistemi fisiologici;
- Gobbens nel 2010 ne parla seguendo un paradigma bio-psico-sociale e definendo la fragilità come "… uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute..." (Sistema Nazionale Linee Guida, 2013).

Il primo capitolo dell'elaborato tratta delle specifiche caratteristiche definenti l'invecchiamento e la fragilità e di come esse si collocano nel contesto attuale, approfondendo nello specifico le conseguenze che comporta l'invecchiamento della popolazione sulla società e, viceversa, come la società e i suoi fattori intervengono sulla persona anziana e il suo eventuale stato di fragilità. La stima del fabbisogno assistenziale degli anziani in Italia fa riferimento alla capacità dell'anziano di assolvere alle attività di vita quotidiane di base (ADL- *Activities of Daily Living*) e le attività strumentali di vita quotidiana (IADL- *Instrumental Activities of Daily Living*). In base ad esse si stabilisce il margine di autonomia dell'anziano e di conseguenza, il genere di assistenza di cui necessita. In Italia la rete dei servizi è varia e di diversa natura, e accanto alle istituzioni formali si è sviluppata un'offerta informale, che costituisce quindi una delle macroaree dell'assistenza all'anziano fragile. Il secondo capitolo ha lo scopo di descrivere i principali servizi di tipo formale offerti in Italia, con un accenno anche all'assistenza informale in crescendo negli ultimi decenni, ma caratterizzata da prestazioni a basso livello di complessità assistenziale (Burgio *et al.,* 2012).

Così come in Italia, anche il restante panorama Europeo mostra un'importante disomogeneità nella fruizione dei servizi offerti, infatti nel Nord-Europa gli anziani che ricevono assistenza di tipo residenziale sono il 12% della popolazione ultrasessantacinquenne, contro il 3% in Italia e l'1% in Grecia.

Il capitolo si completa con la trattazione dei principali servizi erogati a favore dell'anziano fragile secondo alcune politiche estere, in particolare: Stati Uniti, Canada, Germania e Regno Unito. La scelta ricade su tali realtà, a causa della diversità che ciascun sistema presenta rispetto all'altro, al fine di creare un quadro generale del panorama internazionale e relativo all'assistenza all'anziano.

L'accesso ai servizi è garantito attraverso una valutazione globale, obiettiva e oggettiva dei bisogni dell'utente eseguita secondo criteri omogenei e con l'impiego di scale validate, al fine di identificare e pianificare interventi assistenziali specifici e individuali. Il terzo capitolo ha, quindi, lo scopo di descrivere la Valutazione Multidimensionale (VMD), il suo impiego e il fine di creare un Piano di Assistenza Individuale (PAI) che si concretizzi a breve, medio o lungo termine. Nel 1987 il *National Istitute of Health* definisce la VMD: "una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati, quando possibile, e nella quale vengono inquadrate le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per i problemi" (Romanelli, 2011).

In seguito sono state riportate le principali diagnosi infermieristiche, che la letteratura fa emergere più frequentemente in merito all'assistenza all'anziano (Güler *et al.,* 2012; Nebuloni, 2013), ed enunciate secondo tassonomia Nanda-I- *North American Nursing Diagnosis Association International* (2012). Non è chiaro il modello concettuale di riferimento utilizzato dallo studio di Güler, né da Nebuloni, tuttavia per chiarezza nella stesura del capitolo è stato utilizzato il termine "bisogno", così come inteso dal modello concettuale di Virginia Henderson, secondo l'approccio metodologico di Bizier (1993): "La peculiare funzione dell'infermiere è quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà o la conoscenza necessarie, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile" (Henderson V., 1955). Dallo studio dei servizi offerti all'anziano e dal ruolo che assume anche nella VMD emerge che la professione infermieristica si presenta quale principale fautrice di una progettazione dell'assistenza, che veda approcciarsi all'anziano con la visione globale delle sue dimensioni (D'Addio, 2004).

Uno dei metodi per poter rispondere con efficienza ed efficacia alla richiesta di assistenza, alla sua complessità e alla sua continuità è la realizzazione di modelli organizzativi che non siano finalizzati solo alla gestione burocratica dei servizi, ma che si sviluppino sulla base di un'assistenza individualizzata e mirata alla persona e non sulle mere prestazioni.

Nel quarto capitolo vengono evidenziati quattro dei principali modelli organizzativi che meglio si adeguano alla gestione della fragilità nell'anziano, nello specifico: *Case Management* (CM)*, Chronic Care Model* (CCM), *Nurse Improving Care for Health System Elders* (NICHE), *Program of All Inclusive Care for the Elderly* (PACE).

Dallo studio di tali aspetti è emerso che la professione infermieristica svolge un ruolo portante nell'esecuzione dell'assistenza rivolta all'anziano fragile e l'assistenza infermieristica geriatrica è considerata, anche da parte della stessa professione, un'area specializzata e complessa di assistenza sanitaria e pertanto prevede un'acquisizione di competenze specifiche. Una revisione sistematica della letteratura del 2009 ha identificato nell'infermiere la figura di "*leader* clinico" per l'assistenza all'anziano, testimoniando che la *leadership* infermieristica è un segno distintivo di gestione efficace (Fussell *et al.,* 2009). Su tali basi si sono sviluppati dei modelli organizzativi, tra cui il *Case Management,* che sottolinea tra le nuove caratteristiche quella dell'autonomia/tipologia di attività di ciascun infermiere, correlato al livello di formazione acquisito o all'esperienza maturata (Barelli, 2006).

È proprio dal costante sviluppo del fenomeno dell'invecchiamento, dal carico che esso rappresenta dal punto di vista sociale, istituzionale e assistenziale e dal ruolo che l'infermiere assume nell'assistenza all'anziano fragile che nasce l'idea di questo lavoro. Esso si prefigge lo scopo di descrivere realtà assistenziali a totale gestione infermieristica, che rispondano in modo adeguato ai bisogni espressi dall'anziano fragile, e di sottolineare come l'infermiere si conforma all'interno di queste realtà ai fini di gestione e responsabilità. Una delle caratteristiche che la professione infermieristica vede sviluppare è proprio il concetto di gestione, che trova già collocazione in quanto stabilito dal DM 739/94, nel Codice Deontologico 2009 e nel D.Lgs. 42/99. A tal proposito, il quinto capitolo si dedica alla descrizione di realtà assistenziali rappresentano un'evoluzione nei servizi rivolti alla cronicità, quali Ambulatori Infermieristici e/o Unità Operative di Degenza Infermieristica (UODI), che vedono affermarsi nell'infermiere una figura manageriale e organizzativa rivolta all'assistenza diretta della persona che necessita di un metodo d'intervento specifico e omogeneo.

Attualmente le strutture a gestione infermieristica che occupano maggiormente il panorama nazionale sono rappresentate dalle Unità Operative di Degenza Infermieristica (UODI) e Unità Operative per Post Acuti (UOPA). Nel corso del capitolo vengono descritte le realtà reperite nel corso della ricerca, quali: UODI dell'ospedale "SS Salvatore" di Palombara Sabina, UOPA dell'ospedale "Infermi" di Rimini e l'unità operativa *low care* dell'ospedale "Niguarda Cà Granda" di Milano.

La descrizione di tali esperienze mostra come si evolve l'offerta dei servizi in merito allo sviluppo di realtà rivolte alle cure intermedie e come la professione infermieristica si inserisce nella gestione della persona anziana, spesso caratterizzata da fragilità e cronicità.

Il capitolo si conclude con la valutazione di alcune esperienze di *leadership* infermieristica fornite dalla letteratura.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta tramite l'interrogazione di banche dati internazionali, la consultazione di motori di ricerca e la lettura di testi specifici sull'argomento di interesse.

Al fine di acquisire informazioni generali inerenti l'ambito di indagine, sono stati interrogati motori di ricerca, per reperire documenti che potessero fornire anche *key words* specifiche da utilizzare, poi, nella consultazione delle banche dati. Quest'ultima è stata condotta inserendo *key words* combinate attraverso gli operatori booleani *AND, OR, NOT*, mantenendo l'utilizzo dei vocaboli in lingua inglese tradotti dai vocabolari medici "*Pneumonet*" e "*Word References*", consultati sul sito ufficiale di *Evidance Based Nursing* (EBN), nella sezione "Aiuti e Link". Sono stati esclusi trasversalmente a tutti i momenti della ricerca su banche dati studi antecedenti il 2008 e non inerenti la specie umana. Una volta recuperati i documenti di interesse, ne viene valutata la pertinenza attraverso la lettura critica di *abstract* e introduzione, credenziali degli autori e anno di pubblicazione. Ritenuto ciascun risultato pertinente

all'obiettivo pianificato, per verificarne la validità metodologica viene utilizzata la scheda di valutazione critica di McCarthy e O'Sullivan (2008) e metodologia IMRaD per studi sia di tipo quantitativo che di tipo qualitativo.
Il periodo di riferimento utilizzato per ritenere idonei alcuni risultati reperiti tra le fonti normative e amministrative, è compreso tra il 2001 e 2013; in quanto il 2001 coincide con l'anno di pubblicazione del DGR 7435 del 14 Dicembre 2001 pubblicato dalla regione Lombardia e riguardante "La Carta dei diritti della Persona anziana". Tale riferimento legislativo ha fornito un buon punto di partenza per riflettere sulle necessità assistenziali dell'anziano.
Per svolgere tale revisione è stata condotta una strategia di ricerca per fasi.
Fase 1: è stata intrapresa ricercando articoli in lingua italiana su motori di ricerca in merito al concetto di **anzianità e invecchiamento**; individuando anche siti web di pertinenza specifica, quali SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria). Dalla ricerca sono stati prodotti 8 risultati di tipo qualitativo, ritenuti pertinenti all'argomento di interesse in seguito a lettura di introduzione/*abstact,* e la conseguente analisi degli stessi ha suggerito l'utilizzo di alcune parole chiave, impiegate successivamente nella ricerca in banche dati.
Infatti utilizzando le parole "*older persons", "frailty"* e "*low care",* combinate con l'operatore booleano *AND,* viene interrogata la banca dati *TRIPDatabase*, escludendo dalla ricerca risultati precedenti al 2010.
I risultati reperiti comprendono 1 revisione sistematica della letteratura e 1 studio di tipo qualitativo pertinente al concetto di **fragilità** nell'anziano. Dalle *key words* suggerite dagli studi reperiti è stata eseguita un'ulteriore indagine su banca dati *Pubmed,* ma data la grande entità di risultati ottenuti si è tentato di ridurre gli stessi escludendo dalla ricerca i termini "*dementia"* e "*Cardiovascular desease",* in quanto rappresentavano argomenti specifici non inerenti allo scopo della ricerca, utilizzando l'operatore booleano *NOT,* imponendo come limiti studi datati con decadenza non superiore a cinque anni e ottenendo 2 risultati pertinenti. Successivamente la ricerca si riferisce a un'indagine specifica in banche dati *Pubmed* e *Cochrane Library,* utilizzando *key words* ottenute dall'analisi degli studi precedentemente reperiti, introducendo anche termini *MESH,* quali "*nursing home*", "*elderly people"* e "*frailty"* e ottenendo 2 risultati pertinenti.
I criteri di inclusione di questa fase della ricerca riguardano la definizione del target della popolazione di interesse, nello specifico, anziani fragili o a rischio di fragilità e determinanti specifici del fenomeno dell'invecchiamento. A tal proposito sono state reclutate delle Linee Guida inerenti la fragilità, studi descrittivi che evidenziassero il fenomeno dell'invecchiamento dal punto di vista demografico e riferimenti normativi inerenti i diritti della persona anziana.
Dai risultati della ricerca sono stati esclusi tutti gli studi appartenenti a patologie specifiche dell'anziano, in quanto prevedevano interventi mirati e non rilevanti per lo scopo della ricerca.
Fase 2: acquisite le informazioni specifiche che definissero il *background* dell'argomento di interesse, la ricerca si è sviluppata mediante individuazione di risultati che si riferissero alla situazione attuale dei servizi offerti all'anziano fragile. Per tale motivo sono stati ricercati dei riferimenti legislativi che definissero tale contesto. Pertanto viene effettuata una *search engines* che ricercasse i Piani Socio-Sanitari Regionali italiani, reperendo 20 risultati pertinenti, e ulteriori 10 studi inerenti i "servizi per l'anziano" e "l'assistenza infermieristica all'anziano fragile", tra cui 1 linea guida, 1 revisione sistematica della letteratura e ulteriori studi di tipo qualitativo tra cui 2 fenomenologici.
Questa fase comprende tutti i risultati appartenenti alla rete dei servizi offerta nel territorio italiano ed estero, includendo ogni forma di servizio assistenziale diretto alla persona anziana, non necessariamente fragile. Sono stati visionati i più recenti Piani Socio-Sanitari Regionali in quanto la letteratura mostra disomogeneità territoriale nell'erogazione dei servizi per gli anziani. Dalla ricerca sono stati esclusi tutti i documenti normativi relativi all'organizzazione di specifiche residenze assistenziali, poiché non pertinenti alla descrizione della rete dei servizi per anziano, ma prettamente identificative in merito a organizzazioni interne. Per la medesima motivazione sono state escluse le relative Carte dei Servizi rinvenute.
Fase 3: prevede l'indagine su motori di ricerca attraverso l'inserimento di parole chiave quali "modelli organizzativi" e "modelli organizzativi per l'anziano fragile" e reperendo 5 risultati pertinenti di cui, 1 revisione sistematica e 1 studio di coorte longitudinale.
In seguito a lettura del materiale trovato, sono state individuate ulteriori *key words* impiegate nella consultazione di banche, nello specifico *"long term care elderly"* e *"nursing models of care",* incrociati con l'operatore booleano *AND*.
Nella ricerca condotta su *Pubmed* sono stati reperiti 235 risultati di cui 8 pertinenti, utilizzando come limiti della ricerca, la datazione non superiore a cinque anni e documenti riferiti solo alla specie umana. Interrogando la banca dati *CINAHL with Full Text* (EBSCO), non sono stati reperiti documenti di interesse.
In questa fase della ricerca sono stati inclusi tutti i risultati che descrivessero i modelli organizzativi più in uso in merito all'assistenza all'anziano fragile, e adottati nelle regioni italiane. Tale indicazione è stata utile al fine di escludere dai risultati della ricerca, modelli organizzativi che si rivolgessero a un target di popolazione non indicato dallo scopo della ricerca e che non venissero frequentemente utilizzati nelle realtà assistenziali o sottolineati dalla letteratura.
Fase 4: è stata interrogata la banca dati *Pubmed*, inserendo le parole chiave *"long term care", "community care" e "organization models"* combinate con l'operatore booleano *AND,* con *search strategy* in *full text,* reperendo 209 risultati di cui 4 pertinenti.
Al fine di ottenere risultanti attinenti allo scopo specifico prefissato per la stesura dell'elaborato, è stata condotta una *search engines,* utilizzando le parole "ospedali di comunità", "cure intermedie" e ottenendo 3 documenti pertinenti.
Analizzati suddetti documenti è stata, nuovamente, interrogata la banca dati *Pubmed* utilizzando le parole "*nursing home care"* e "*leadership nursing*", incrociate con l'operatore booleano *AND,* reperendo 118 risultati di cui 2 pertinenti, uno dei quali è una revisione sistematica.
Da questa fase della ricerca sono stati esclusi tutti i risultati appartenenti a strutture residenziali non gestite da personale infermieristico e sono state reperite tutte le esperienze inerenti talune realtà assistenziali che fornissero una risposta a quanto specificato nello scopo della ricerca, ritenendo pertinenti anche documenti riferiti alla gestione di utenti post-acuti e cronici.

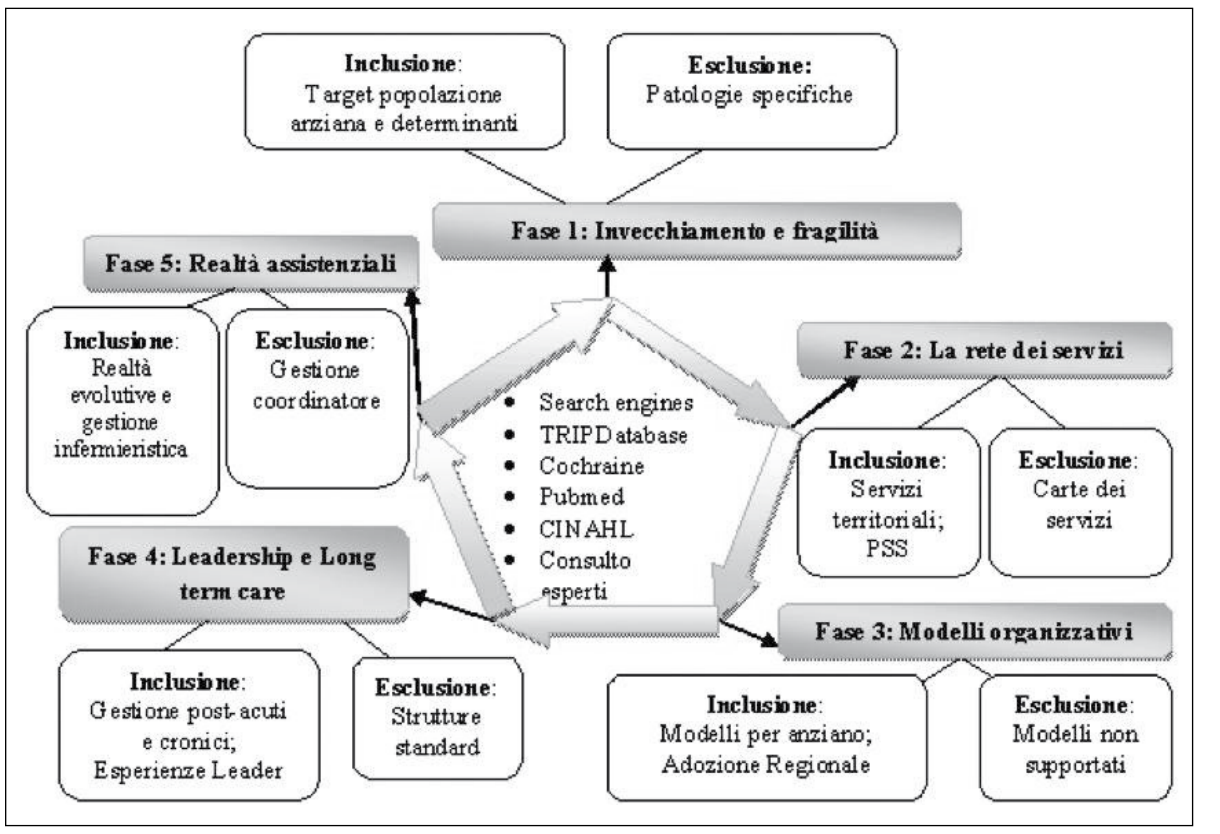


Figura 1: Strategia per fasi.

Fase 5: in seguito all'analisi degli studi ottenuti riguardanti le esperienze di leadership infermieristica sono state ricercate, attraverso motori di ricerca, "strutture a gestione infermieristica", ottenendo come risultati, ulteriori studi qualitativi. Attraverso la consultazione del sito ufficiale di Agenzia di Sanità della regione Lazio è stato visionato materiale specifico in merito alla ricerca condotta e riguardo lo scopo ultimo del lavoro.
Ulteriore materiale di riferimento è stato reperito attraverso la lettura di testi e mediante l'analisi della bibliografia enunciata dagli articoli e dal materiale di riferimento trovati, secondo metodologia precedentemente descritta, e non dall'interrogazione diretta delle suddette banche dati. Inoltre a integrazione della strategia di ricerca, sono stati consultati esperti dotati di competenza specifica nel settore, che hanno fornito informazioni e materiali appartenenti a "letteratura grigia", in particolare la Dott.ssa Ermellina Zanetti, responsabile della sezione di nursing del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia; e Alessandro Davide Negri, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.
In quest'ultima fase sono stati ritenuti pertinenti tutti i documenti che riportassero esperienze di *leadership* all'interno di realtà assistenziali escludendo dal concetto di *leadership* tutti i risultati che si riferissero al ruolo svolto dall'infermiere coordinatore delle diverse realtà assistenziali; reperendo i documenti descrittivi di realtà a gestione infermieristica.
La figura 1 si propone di schematizzare in modo diretto le caratteristiche principali di ciascuno stadio della ricerca, evidenziando in concreto la strategia di base utilizzata.
In definitiva, dalla ricerca sono stati reperiti 84 risultati, di cui 66 rinvenuti attraverso ricerca in banche dati e in *search engines;* 3 testi specifici e 15 in bibliografia citata da precedenti risultati ottenuti.
Nello specifico si distinguono: 2 Linee Guida, 4 Revisioni Sistematiche della Letteratura, 3 Studi di Coorte, 1 Case Report, 45 Studi primari, di cui 44 di tipo qualitativo e 1 di tipo quantitativo non sperimentale descrittivo, 2 documenti di Letteratura Grigia e infine 24 documenti riconducibili ad aspetti legislativi e amministrativi.

CAPITOLO 1

Il fenomeno dell'invecchiamento

L'inversione della curva epidemiologica verificata nella seconda metà del XX secolo, ha condotto alla riduzione di patologie infettive tipiche del XIX secolo, che colpivano le fasce più giovani e riducevano così l'aspettativa di vita, sostituite da patologie di tipo degenerativo (Cosmacini, 2011).
La compresenza tra aumento dell'incidenza e della frequenza delle malattie croniche mette a rischio la capacità di svolgere autonomamente le normali attività di vita quotidiana (ADL), così che una delle preoccupazioni principali della popolazione anziana è il crescente rischio di disabilità; infatti (Fig.1.1), nelle principali nazioni europee il numero degli ultrasessantacinquenni con gravi limitazioni

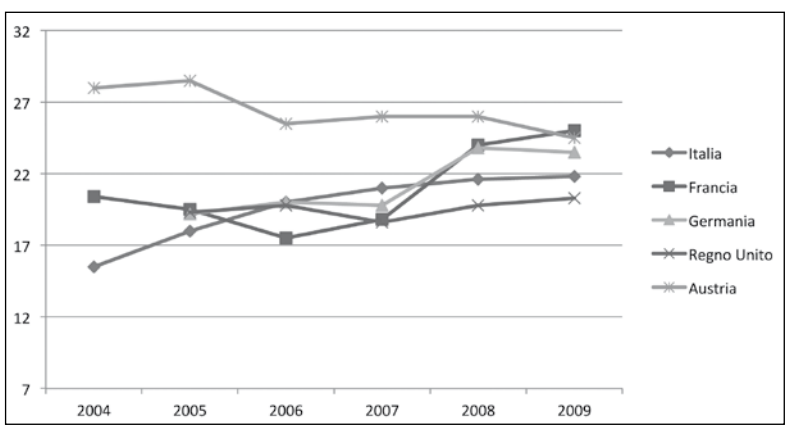


Figura 1.1 - Tassi di disabilità grave percepita nella popolazione over 65enne in cinque Paesi Europei. (Fonte: Chiatti C., Barbabella F., Lamura G., Gori C. (2011) *La "bussola" di N.N.A.* In: Maggioli Editore. *L'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.* (3° rapporto).

dell'autonomia personale sembra in costante aumento (Chiatti *et al*., 2011).
Dai molteplici determinanti che influiscono sull'invecchiamento, tutti correlati ai fattori intrinseci ed estrinseci che li determinano è possibile identificare due tipi di invecchiamento, riconosciuti dalla letteratura, invecchiamento attivo (normale o di successo) e invecchiamento patologico, in cui sembra delinearsi il concetto di fragilità. Non esiste in letteratura un concetto univoco di fragilità, in quanto non ne esiste un profilo clinico oggettivabile. Tuttavia alcuni ricercatori hanno identificato una sindrome di fragilità caratterizzata da un paradigma biomedico e un paradigma biopsicosociale. Tutti gli autori concordano nel far coincidere il concetto di disabilità con quello di fragilità, e secondo le Linee Guida emanate nel 2012 dalla regione Toscana tutti gli ultrasettantacinquenni sono da ritenersi fragili.

CAPITOLO 2
I servizi per gli anziani

Dal bisogno di salute espresso dall'anziano deriva una domanda di salute a cui fa fronte una risposta offerta da Assistenza Formale e Assistenza informale.
La prima si concretizza in servizi quali assistenza domiciliare di base; assistenza domiciliare integrata; assistenza semiresidenziale; assistenza residenziale, spaziando da bassi livelli assistenziali ad alta complessità assistenziale.
In Italia, però i servizi sono caratterizzati da una forte disomogeneità regionale, sia in merito a terminologia usata che in merito alle utenze di riferimento.
L'assistenza informale è prestata da parenti, amici e volontari.
La fruizione dei servizi per l'anziano dipende anche dalla conoscenza che l'utenza ha degli stessi. In seguito alla somministrazione di un questionario rivolto agli anziani ultrasessantacinquenni in uno studio pilota del 2008, la quota maggiore ha risposto che il servizio più conosciuto e quello relativo agli aiuti economici (91,3%). In figura 2.1 sono rappresentate le percentuali dei servizi più usati nel territorio nazionale, (Clemente, 2008).

CAPITOLO 3
L'accesso ai servizi e il processo di assistenza geriatrica

L'accesso ai servizi è fortemente condizionato dai Sistemi Sanitari del Paese di riferimento. In Italia si elabora una strategia di valutazione globale delle problematiche espresse dall'anziano, la Valutazione Multidimensionale. È effettuata da un team multidisciplinare i cui attori principali sono il medico geriatra, l'infermiere e l'assistente sociale

Tabella 3.1 - Principali diagnosi infermieristiche riconosciute da Guler (2012)

Inefficaci prestazioni di ruolo (86,5%)	Inefficace mantenimento della salute (81,2%)
Rischio di cadute (77%)	Compromissione della mobilità (73%)
Insufficienza di attività diversive (67,6%)	Deficit nella cura di sé (60,8%)
Compromissione delle interazioni sociali (60,8%)	Compromissione della deambulazione (58,1%)

Tabella 3.2 - Principali diagnosi infermieristiche riconosciute da Nebuloni (2012) per ciascuna problematica riguardante la persona anziana

FUNZIONI COMPROMESSE	DIAGNOSI INFERMIEISTICHE enunciate secondo Tassonomia NANDA-I
Declino cognito	Ansia Rischio di scarsa autostima situazionale Rischio di cadute
Riduzione della mobilità e sindrome da immobilizzazione	Intolleranza all'attività Rischio di intolleranza all'attività Rischio di cadute
Rischio di cadute	Scarsa autostima situazionale Rischio di cadute Coping difensivo
Polipatologia	Ansia Scarsa autostima situazionale Compromissione degli scambi gassosi
Polifarmacologia	Rischio di avvelenamento Conflitto decisionale Coping inefficace
Depressione	Ansia Rischio di automutilazione Rischio di scarsa autostima situazionale
Incontinenza urinaria e fecale	Rischio di scarsa autostima situazionale Coping inefficace Deficit nella cura di sé
Stipsi	Diarrea Disfunzione della motilità intestinale Incontinenza fecale
Malnutrizione e disidratazione	Fatigue Deficit nella cura di sé Compromissione della deglutizione
Morte	Dolore acuto – Dolore cronico Rischio di sindrome da immobilizzazione Lutto

e si pone tra gli obiettivi quelli di:
- Determinare le capacità funzionali residue;
- Descrivere la rete minima assistenziale di servizi socio-sanitari per una assistenza continuativa;
- Creare un Piano di Assistenza Individuale (PAI).

Ciò presuppone anche una definizione di diagnosi infermieristiche, le cui più comuni sono state identificate da Guler in uno studio pilota nel 2012 (Tabella3.1).La tabella 3.2 riporta le prime tre principali diagnosi infermieristiche che Nebuloni identifica per ciascuna problematica.

CAPITOLO 4
Modelli organizzativi per la fragilità

L'individuazione dei modelli organizzativi è utile per identificare un modello unico di assistenza. L'efficacia dei modelli può essere valutata in base a quattro criteri: la qualità delle cure erogate, la soddisfazione dei pazienti, la soddisfazione degli infermieri, i costi (Tiedeman e Lookinland, 2004).
Nel corso della ricerca effettuata si è evidenziato che alcuni modelli organizzati si prestano maggiormente all'assistenza rivolta all'anziano fragile. In particolare il *Case Management* e il *Chronic Care Model*, risultano anche adottati da alcune regioni italiane quali Emilia Romagna e Toscana. Il NICHE e il PACE sono modelli fortemente supportati dalla letteratura in merito all'assistenza all'anziano e si distinguono per l'ambito di intervento, quali strutture ospedaliere per il NICHE e il domicilio per il PACE.
La tabella 4.1 rappresenta una sintesi delle caratteristiche principali di ciascun modello organizzativo.

CAPITOLO 5
Realtà assistenziali a gestione infermieristica

Sulla base dei diversi modelli organizzativi si sono sviluppate negli anni alcune nuove realtà che risultano in evoluzione, quali: gli Ospedali di Comunità (o Case di Salute o PTP), riconosciuti dal PSN 2006-2008, ma non accreditati da tutte le regioni come realtà rivolte alla cronicità. All'interno di essi si sviluppano Ambulatori Infermieristici, gestiti totalmente da Infermieri. Ma le realtà che maggiormente si distinguono per il ruolo manageriale infermieristico sono le UODI o UOPA. La diversità dei termini identifica ancora una sostanziale disomogeneità. Tali strutture non nascono specificatamente rivolte agli anziani fragili ma offrono un esempio di evoluzione dei servizi rivolti alla cronicità, si pongono come strutture intermedie tra il ricovero ospedaliero e il domicilio e sono basati sul modello del *case management*. È infatti l'infermiere *case manager* che hanno la responsabilità della continuità dell'assistenza degli utenti.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto descritto nell'elaborato, si possono trarre degli spunti di riflessione che potrebbero essere oggetto di interesse di ulteriori studi.
In particolare la definizione di uno stato di fragilità nell'anziano risulta ancora irrisolto, soprattutto nell'oggettivarne un profilo clinico specifico. Inoltre da quanto stabilito dagli studi presentati nel corso dell'elaborazione, i servizi offerti all'anziano si mostrano alquanto disomogenei, sia nella realtà italiana che in quella internazionale. Uno degli scopi della figura infermieristica diventa, pertanto, quello di creare dei modelli organizzativi che tendano ad uniformare l'assistenza rivolta all'anziano fragile, e che siano sviluppati in modo da dirigersi all'assistenza diretta alla persona e non solo all'organizzazione interna. Dalla realizzazione di nuovi modelli assistenziali è possibile delineare, quanto già noto nel profilo professionale infermieristico, e cioè l'autonomia gestionale sia dei coordinatori infermieristici che l'autogestione dell'infermiere stesso, in funzione al livello di formazione e alle competenze raggiunte.
Inoltre da quanto stabilito dagli studi precedentemente riportati, la funzione manageriale svolta dal personale infermieristico diviene, non solo un'assicurazione di miglioramento qualitativo assistenziale, ma anche un aumento della soddisfazione personale nella pratica lavorativa (Barelli, 2006; Venturato,Drew, 2010). Infatti la maggioranza dei risultati ottenuti in seguito alla valutazione del ruolo di *leader* infermieristico, ha evidenziato un impatto positivo sia riguardo l'efficienza e la produttività del personale, sia nella qualità delle cura (Pearson *et al*., 2007), senza però aver mai indagato il punto di vista del vissuto professionale dell' infermiere-*leader*.
Le esperienze di *leadership* infermieristica vissute dal punto di vista del professionista, non avevano infatti trovato riscontro in letteratura fino al 2011, e pertanto uno dei limiti della ricerca risiede appunto nella scarsità di informazioni fornite in merito a tali esperienze nella gestione dell'anziano fragile a fronte delle innumerevoli fonti relative alla fragilità e alle problematiche ad essa connesse.
Lo sviluppo di realtà a totale gestione infermieristica, risulta in evoluzione e sembrano tutte conformarsi al modello di *case management*. Tali strutture non nascono specificatamente per soddisfare le richieste espresse dai bisogni dell'anziano fragile, ma rappresentano una evoluzione nei servizi rivolti alla cronicità. Tra queste si identificano gli Ospedali di Comunità, strutture a cure intermedie che già nel 2002 riconoscevano nella figura infermieristica l'artefice e l'esecutrice di modelli assistenziali specifici e rivolti principalmente ad anziani fragili (Pedace *et al*., 2002).Ma nonostante quanto definito dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, molte regioni non hanno mai accreditato gli Ospedali di Comunità, rappresentandoli come presidi che offrono servizi e prestazioni mirate a patologie riacutizzate, o a esiti di interventi chirurgici o a patologie terminali e non mirati alla cronicità.
Nell'agosto 2013, il coordinamento dei collegi IPASVI della regione Lazio ha riferito di un incontro con i vertici della regione in cui si è definito il ruolo dell'infermiere nella rete sanitaria territoriale. È stato riconosciuto, da parte del Comitato tecnico, un ruolo gestionale affidato alla figura infermieristica con capacità manageriali nei riguardi di criticità cliniche di tipo cronico-degenerative e soggetti fragili, e applicabile attraverso l'istituzione di Ambulatori Infermieristici, anche specialistici, in cui gli infermieri partecipano attivamente alla gestione di patologie cronico-degenarative (IPASVI Roma, 2013).
Ulteriori testimonianze del riconoscimento del ruolo gestionale dell'infermiere sono documentate da esperienze svolte in Unità Operative di Degenza Infermieristica (UODI) e/o Unità Operative per Post Acuti (UOPA), organi che, secondo le direttive regionali di appartenenza, fanno parte delle Case della Salute (altrimenti dette Presidi territoriali di Prossimità (PTP)).
La tipologia di assistenza erogata dalle UODI/UOPA possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando un nuovo servizio fondamentale della rete di assistenza territoriale.
Il nostro paese si sta adeguando a una necessità di assistenza che si adatti ai cambiamenti sociali, demografici e organizzativi e che tenda ad uniformare l'assistenza al fine di trarne dei vantaggi in termini di qualità e continuità di cure, in particolare nella gestione dell'anziano fragile.

La bibliografia del presedente articolo è disponibile presso la segreteria del Collegio Ipasvi di Sondrio.

*Infermiera c/o RSA "Città di Tirano"

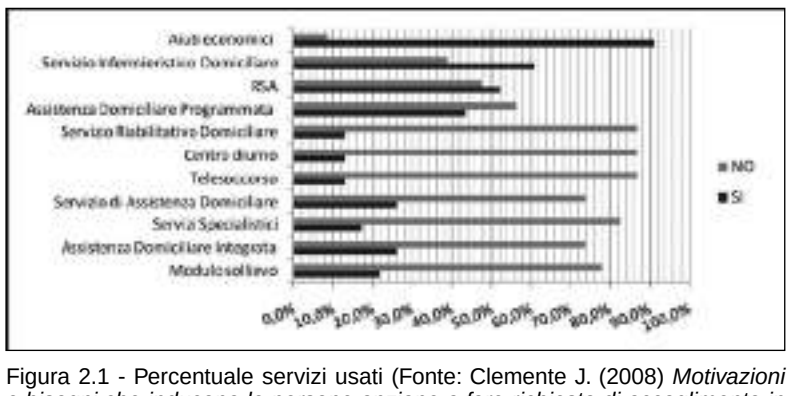


Figura 2.1 - Percentuale servizi usati (Fonte: Clemente J. (2008) *Motivazioni e bisogni che inducono le persone anziane a fare richiesta di accoglimento in casa di riposo: Strategie infermieristiche per una presa in carico anticipata. Un'indagine pilota sulle liste d'attesa.*[tesi]).

Tabella 4.1 - Modelli organizzativi a confronto.
Sintesi delle caratteristiche principali di ciascun modello organizzativo sviluppato

Modelli organizzativi	Ambito di interesse	Utenza di riferimento	Figure professionali coinvolte
CM	In tutti i servizi socio-assistenziali	Tutti i generi di utenza	Un professionista che ha il ruolo di coordinare gli interventi, di pianificare e attuare l'assistenza socio-sanitaria
CCM	In tutti i servizi socio-assistenziali	Pazienti affetti da malattie croniche	Approccio multidisciplinare, *team-based* diretto alla pro-attività
NICHE	In strutture ospedaliere	Anziani ricoverati	Gruppo di infermieri con competenze avanzate in geriatria
PACE	Nei servizi domiciliari	Anziani fragili a domicilio	Gruppi interdisciplinari

ASSOCIAZIONE SOLIDARIETA' TERZO MONDO
PROGETTO RWANDA

Aggiornamento giugno 2015
NYAMATA, RILIMA E MYANGE

La Casa di Accoglienza di Nyamata, attualmente accoglie 47 bambini tra zero e sei anni, per la maggior parte sotto i tre anni.
La Casa di Rilima ospita 9 ragazze e quella di Myange 7 ragazzi dai 7 anni in su.
Dalla nostra precedente visita di novembre 2014 (Anna e Morena) sono entrati 11 nuovi bambini, tutti di età inferiore ai 2 anni; alcuni neonati.
I bambini che nello stesso tempo, hanno potuto essere reinseriti nelle famiglie di origine sono 2.
I motivi dell'ingresso nella Casa di Accoglienza sono sempre legati a gravi difficoltà sociali ed economiche della famiglia. Quasi sempre i bambini che arrivano sono orfani di mamma o di entrambi i genitori o hanno i genitori gravemente malati fisici o mentali. Spesso all'ingresso soffrono di malnutrizione. Ci sono diversi casi di abbandono di neonati.
Due dei nuovi entrati soffrono di malnutrizione. Una bambina ha una malattia cronica del sangue. Gli altri stanno bene ,salvo qualche malanno intercorrente non grave.
I bambini dai tre anni ai sei, frequentano la scuola materna di Nyamata, quelli più grandi la scuola primaria o secondaria di Rilima e di Myange.
I bambini supportati con l'adozione a distanza da diverse famiglie italiane sono 44 su un totale di 63. Il contributo proveniente dai sostenitori copre buona parte del fabbisogno per la nutrizione, la salute, l'istruzione dei bambini e il mantenimento delle 3 Case.
L'Associazione invia ogni 3 mesi la somma di 2700 euro e una somma variabile per necessità straordinarie che ci sono sempre e che vengono decise di comune accordo con

le suore responsabili in base all' importanza e alle disponibilità di denaro.
Due volte l'anno dei volontari si recano sul posto per visitare i bambini e le suore, stare un pò con loro per conoscersi sempre meglio e valutare insieme l'andamento delle 3 Case e le cose da migliorare.
Sarebbe bello se qualcuno dei sostenitori che hanno aderito all'adozione a distanza o anche altri amici potessero aggregarsi per questi viaggi "solidali"; peraltro il Rwanda è un luogo interessante; la Natura ancora molto bella e il clima sempre gradevole….
A proposito degli interventi di manutenzione e miglioramento della struttura di Nyamata fatti finora con il nostro contributo le suore sono contente e affermano che funzionano bene (impianti idraulici e serbati dell'acqua, cucina, docce e toilettes, impianti elettrici, lavatrice, scaldabagno, letti e fasciatoio, alcune stanze completate con il sottotetto e altre migliorie)
Nella stalla ci sono ora tre mucche e un vitello (la mucca acquistata da noi lo scorso novembre sta bene).

Le suore Dancille e Olivia che studiano all'università col sostegno di nostri amici continuano la frequenza e fanno gli esami previsti. Sono molto contente di poter studiare anche se con fatica perché nel frattempo lavorano presso la comunità e l'orfanotrofio.
Le altre suore che si occupano dei bambini sono sempre le stesse dello scorso anno; sono un pò come delle mamme per loro.
In occasione della visita da parte dell'amica Ornella, sua sorella e un loro amico dello scorso maggio, abbiamo richiesto alle responsabili di Nyamata di segnalarci i problemi che hanno sulla struttura e sull'organizzazione che ritengono più urgenti.
Ecco quello che ci segnalano:
Sarebbe utile avere un medico che visiti regolarmente i bambini (attualmente vengono portati al punto sanitario quando si ammalano)
Periodicamente occorre acquistare dei medicinali.
Mancano ancora dei lettini perché i bambini piccoli sono aumentati.
A Rilima occorrerebbe sostituire dei letti e dei materassi.
Sarebbe necessario mettere il sottotetto ad altre stanze per rendere gli ambienti meno caldi e più protetti (il tetto è in lamiera)
Ci sarebbe la possibilità di comperare un campo che è in vendita, nelle vicinanze della Casa …. se fosse possibile lo coltiverebbero a sorgo, fagioli, verdure, banane ecc.

CARTA DEI DIRITTI DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI IN OSPEDALE

1. I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere sempre la migliore qualità delle cure. Possibilmente a domicilio o in ambulatorio e, qualora non esistessero alternative valide, in ospedale. A tale fine deve essere garantita loro una assistenza globale attraverso la costruzione di una rete organizzativa che integri ospedale e servizi territoriali, con il coinvolgimento dei pediatri di famiglia.
2. I bambini e gli adolescenti hanno il diritto di avere accanto a loro in ogni momento (giorno, notte, esecuzione di esami, anestesia, risveglio, terapia intensiva) i genitori o un loro sostituto adeguato al compito e a loro gradito (nonni, fratelli, persona amica, volontari…), senza alcuna limitazione di tempo o di orario.
3. L'ospedale deve offrire facilitazioni (letto, bagno, spazio per effetti personali, pasti a prezzo convenzionato) ai genitori dei bambini e adolescenti ricoverati e deve aiutarli e incoraggiarli – se ciò è compatibile con le loro esigenze familiari – a restare in ospedale. Inoltre, perché possano adeguatamente prendersi cura del loro figlio, i genitori devono essere informati sulla diagnosi, sull'organizzazione del reparto e sui percorsi terapeutici in atto.
4. I bambini gli adolescenti hanno diritto ad essere ricoverati in reparti pediatrici – e mai in reparti per adulti – possibilmente aggregati per fasce d'età omogenee affinché si possano tenere in debita considerazione le differenti esigenze di un bambino o di un adolescente. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori, compatibilmente con il rispetto delle esigenze degli altri bambini e adolescenti ricoverati e alle necessità assistenziali del bambino o adolescente stesso.
5. Ai bambini e agli adolescenti deve essere assicurata la continuità dell'assistenza pediatrica da parte dell'equipe multidisciplinare ospedaliera 24 ore su 24 sia nei reparti di degenza sia in pronto soccorso.
6. I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere a loro disposizione figure specializzate (pediatri, infermieri pediatrici, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, volontari) in grado di creare una rete assistenziale che risponda alle necessità fisiche, emotive e psichiche loro e della loro famiglia.
7. I bambini e gli adolescenti devono avere quotidianamente possibilità di gioco, ricreazione e studio – adatte alla loro età, sesso, cultura e condizioni di salute – in ambiente adeguatamente strutturato ed arredato e devono essere assistiti da personale specificatamente formato per accoglierli e prendersi cura di loro.
8. I bambini e gli adolescenti devono essere trattati con tatto e comprensione e la loro intimità deve essere rispettata in ogni momento. A bambini e adolescenti devono essere garantiti il diritto alla privacy e la protezione dall'esposizione fisica e da situazioni umilianti, in relazione all'età, alla cultura e al credo religioso loro e della loro famiglia.
9. I bambini e gli adolescenti – e i loro genitori – hanno diritto ad essere informati riguardo la diagnosi e adeguatamente coinvolti nelle decisioni relative alle terapie. Le informazioni ai bambini e agli adolescenti, specie quando riguardano indagini diagnostiche invasive, devono essere date quando possibile in presenza di un genitore e in modo adeguato alla loro età, capacità di comprensione e sensibilità manifestata.
10. Nell'attività diagnostica e terapeutica che si rende necessaria, devono essere sempre adottate tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico dei bambini e degli adolescenti e la sofferenza della loro famiglia.

Approvata dal CdA di Fondazione ABIO Italia il 2 agosto 2007;
Approvata dal Consiglio Direttivo SIP il 27 luglio 2007.

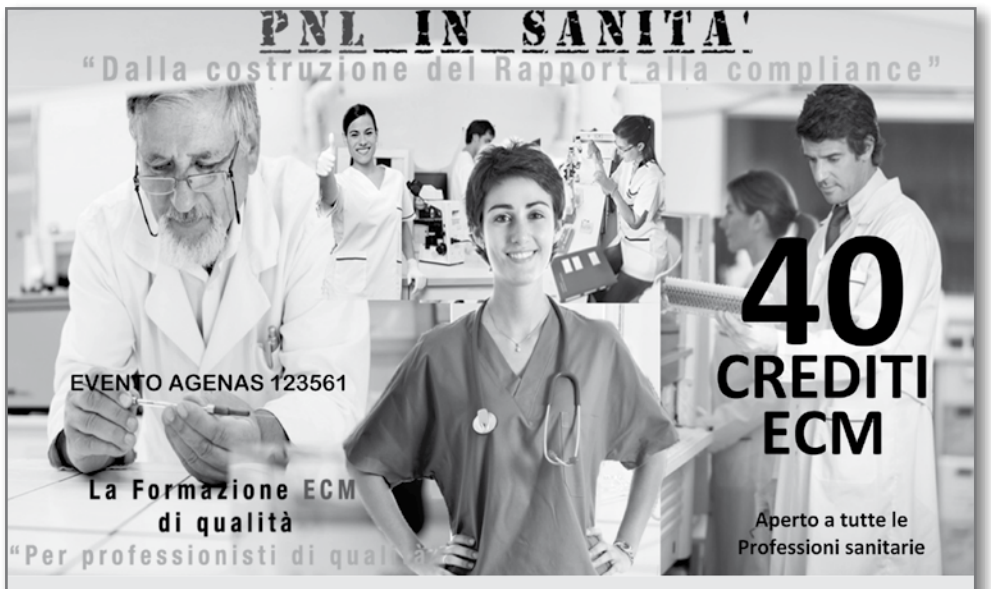
Preghiera Laica

Mare nostro che non sei nei cieli
e abbracci i confini dell'isola e del mondo
sia benedetto il tuo sale
e sia benedetto il tuo fondale
accogli le gremite imbarcazioni
senza una strada sopra le tue onde
pescatori usciti nella notte
le loro reti tra le tue creature
che tornano al mattino
con la pesca dei naufraghi salvati

Mare nostro che non sei nei cieli
all'alba sei colore del frumento
al tramonto dell'uva di vendemmia,
Che abbiamo seminato di annegati
più di qualunque età delle tempeste
tu sei più giusto della terra ferma
pure quando sollevi onde a muraglia
poi le riabbassi a tappeto
custodisci le vite, le visite cadute
come foglie sul viale
fai da autunno per loro
da carezza, da abbraccio, da bacio in fronte
di padre e di madre prima di partire

Erri De Luca

Lampedusa 2 ottobre 2014
da Agorà speciale Rai3, 3 ottobre 2014
Sperando che qualcuno la metterà in musica



Corso di formazione con il rilascio di:

40 CREDITI ECM (2016)

RISERVATO AGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI DI SONDRIO

27 Gennaio 2016 (1° Giornata) 23 Febbraio (2° Giornata) dalle 8.30 – 18.30

Il corso si svolgerà presso la Sala Vitali del Credito Valtellinese in Via Delle Pergole 10 Sondrio

Il costo del corso grazie al Collegio Ipasvi di Sondrio è di 100 € per gli iscritti
Prezzo ufficiale Agenas 292 €.
Corso aperto a tutte le professioni sanitarie

Obiettivi del corso: potenziare gli strumenti comunicativi, di osservazione e di analisi, dei partecipanti, sviluppando una maggiore acutezza sensoriale che porti ad aumentare la compliance nella gestione degli interventi terapeutici, nei rapporti con il pubblico e nella gestione dei Team Infermieristici.
Molta pratica in aula (nei due giorni indicati) + 30 ore di auto-formazione grazie ad un Manuale dettagliato per potersi esercitare 30 giorni con follow up di verifica dopo un mese ed esame per il rilascio dei crediti.
Un corso per tutti e particolarmente indicato per medici, infermieri, manager, responsabili e coordinatori ed in generale per tutto il personale professionistico del comparto Sanità aperto anche a coloro che pur non necessitando dei crediti ECM vogliamo scoprire per poi utilizzare la Programmazione Neuro Linguistica.
Nei due giorni divertenti ed interattivi di corso, si affronteranno dal punto di vista teorico e sopratutto pratico, una serie ditematiche legate al mondo della PNL che si potranno approfondire con gli esercizi giornalieri delpiano di addestramento.
Le origini ed i perchè della PNL, gli illimitati campi di applicazione, i livellidi comunicazione, le forme linguistiche funzionali all'instaurazione del Rapport, il linguaggio del corpo e le micro espressioni facciali, l'uso della voce, la compliance come funzione dell'ascoltare, la prossemica, i microsegnali subliminali, i metaprogrammi più utili i segnali di accesso oculare, calibrazione, ricalco verbale ed extraverbale e guida, i livelli logici di Dilts e le sue applicazioni.

Il primo presupposto della comunicazione sostiene che **"non si può non comunicare"** noi diciamo che **"non si può non partecipare".** 40 crediti ECM, circa 20 ore di aula, 90 pagine di manuale e 40 esercizi per fare pratica.

Per iscriversi andare sul sito http://www.nocom.it/pnl-sanita-sondrio il pagamento, va effettuato tramite bonifico su cc **IBAN IT69Z0558403211000000003827** intestato a Nocom snc indicando dati del partecipante data e titolo del corso dopo aver effettuato l'iscrizione online. Nella pagina online troverai interviste ai partecipanti ed ulteriori dettagli. **ISCRIZIONI ENTRO IL 30 NOVEMBRE**

Per informazioni:
Nocom: Tel. 06 45668497 oppure 3493221130 mail: formazione@nocom.it
Ipasvi Sondrio: Tel. 0342 218427 -mail : info@ipasviso.org -ipasvi.sondrio@pec.it

INFERMIERI della MENTE
Commissione Infermieri
Area Salute Mentale
Regione Lombardia

IPASVI
Provincia di Bergamo

CONVEGNO REGIONALE

IL RECOVERY IN PSICHIATRIA:

un modo nuovo di vivere il quotidiano e di affrontarne le sfide.

Bergamo - 23 ottobre 2015
Sala degli Angeli – Casa del Giovane
Via Gavazzeni, 13

"La disabilità è da dove partiamo, il Recovery è la nostra destinazione e la Riabilitazione la strada che percorriamo"
(R.P. Liberman, 2008)

INTRODUZIONE
Da alcuni anni il concetto di Recovery anche in Italia sta progressivamente registrando una straordinaria diffusione nel linguaggio delle pratiche clinico/assistenziali e riabilitative dei servizi , delle politiche socio-sanitarie e della ricerca in psichiatria di comunità. Il "Recovery" rappresenta "il raggiungimento di una qualità di vita accettabile" e consiste in un percorso che si prefigge di affrontare la questione della malattia mentale con un approccio assolutamente olistico, considerando l'utente psichiatrico non più soltanto come 'corredo di sintomi' identificabile con un'entità nosologica, ma come 'persona' nella sua globalità, quindi, anche come cittadino.
Nel "recovery" l'individuo contribuisce attivamente e con piena responsabilità allo sviluppo della comunità di appartenenza. Il fatto per esempio di essere 'consumatori' (consumers), dàil diritto di esprimere un'opinione su ciò che viene prodotto e consumato, si tratti di cibo, trasporti o sanità. Esprimere la propria opinione significa avere potere decisionale, compreso quello di orientare la propria vita verso una direzione scelta in maniera autonoma.
Da questi concetti prendono forma azioni e movimenti nuovi: ***empowerment*, i gruppi di *auto/mutuo aiuto con gli ESP*** (esperti in supporto tra pari), ***la rete comunitaria*** attraverso cui l'utenza può cercare di diventare protagonista nella tutela della salute, di migliorare la propria vita, fino a configurare un agire «sociale» per l'affermazione dei diritti e doveri, della convivenza pacifica o di altri valori civici fondamentali . Il diritto alla cura viene declinato come diritto alla salute mentale e diritto di cittadinanza, ponendo attenzione alla contrattualità del malato e alla promozione della sua capacità di autodeterminazione.

OBIETTIVO GENERALE
Sensibilizzare i partecipanti a conoscere e promuovere percorsi riabilitativi in ambito psichiatrico orientati al recovery e all'utilizzo dei suoi strumenti operativi e aggiornare sulle linee di indirizzo di Regione Lombardia in materia di Recovery.

DESTINATARI
- L'evento formativo è accreditato per: Infermieri, Educatori Professionali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.
- Aperto a tutte le professioni sanitarie
- Sono invitati utenti e familiari previo contatto telefonico con la segreteria di IPASVI PAVIA al recapito telefonico: 0332 310950 (Numero massimo di partecipanti 100) assistenziali e socio-assistenziali

QUOTA DI ISCRIZIONE: € 25.00 I.V.A. compresa
L'iscrizione dà diritto a: kit congressuale, attestato di partecipazione, certificato crediti ECM. La quota di iscrizione non è rimborsabile ma eventualmente cedibile ad altro collega previo comunicazione della variazione alla segreteria organizzativa.

PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
Collegio IPASVI Varese - Via Pasubio, 26, Varese
Telefono: 0332 310950 - Fax: 0332 311591
varese@ipasvi.legalmail.it - segreteria@ipasvivarese.it

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Annamaria Tanzi annamaria.tanzi@alice.it -Cell. 3382888365

Comitato Scientifico IDEM: Annamaria Tanzi (Pavia) -Carlo Ungari (Brescia) -Cesare Moro(Bergamo) -Fabio Andoli(Varese) -Giacomo Di Cristina (Milano) -Giuseppina Uboldi (Sondrio) -Lorena Bellini (Mantova) -Lucia Laratta (Brescia) -Maria Grazia Castoldi (Milano) -Monica Riva (Lecco) -Nicoletta Pozzi (Como) Nicoletta Truzzi (Mantova) -Rosalia De Marco (Como) Silvana Radici (Como) Valter Masseroni (Milano) -Vanna Poli (Cremona)

PER VALIDARE L'ISCRIZIONE È INDISPENSABILE SEGUIRE LA SEGUENTE PROCEDURA:
1. Contattare telefonicamente la segreteria del Collegio al numero 0332/310950 per la conferma sulla disponibilità dei posti;
2. Entro 3 GIORNI LAVORATIVI (pena: cancellazione) alla conferma della disponibilità dei posti:
   a) compilare in modo leggibile la scheda d'iscrizione di seguito riportata
   b) effettuare il pagamento della quota mediante:
      Bollettino di conto corrente postale sul conto n° 18245217
      oppure
      Bonifico bancario IBAN: IT74 X076 0110 8000 0001 8245 217
      intestati al Collegio IPASVI di Varese Via Pasubio n°26 Varese
      CAUSALE: IL RECOVERY IN PSICHIATRIA: un nuovo modo di vivere il quotidiano e di affrontarne le sfide indicando nome e cognome del partecipante.
3. La scheda d'iscrizione e la ricevuta di versamento dovranno essere inviate:
   • A MEZZO FAX 0332/311591
   oppure
   • VIA E-MAIL all'indirizzo segreteria@ipasvivarese.it

IPASVI

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

Corso Residenziale

"LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE DELLA PERSONA AFFETTA DA ULCERE CRONICHE"

ASSEGNATI N. 4,5 CREDITI ECM
PROVIDER ECM COLLEGIO IP.AS.VI VARESE
N.1067-138504

1° edizione:
MERCOLEDI 11 NOVEMBRE 2015
SONDRIO - SALA VITALI (CREDITO VALTELLINESE)

2ª edizione:
MERCOLEDI 25 NOVEMBRE 2015
SONDRIO - SALA VITALI (CREDITO VALTELLINESE)

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

OBIETTIVO FORMATIVO N. 18
Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.

Ore 8.00-8.30 Registrazione partecipanti
Ore 8.30-9.00 Concetto di complessitˆ assistenziale
Ore 9.00-9.30 Presa in carico del paziente con ulcere croniche: l'importanza di un approccio polispecialistico.
Ore 9.30-10.30 La valutazione delle lesioni infette: concetto di sepsi e SIRS.
Ore 10.30-12.15 La medicazione adeguata nelle lesioni infette: come scegliere il trattamento topico idoneo.
Ore12.15-13.00 Casi clinici interattivi, discussione e questionario Ecm

DESTINATARI:
infermieri – infermieri pediatrici – assistenti sanitari

RELATORE:

Patrizia Almasi: Infermiera libero professionista, **esperta in wound care,** iscritta al Collegio IPASVI di Sondrio

Responsabile scientifico: Dr.ssa Fiorelli Arianna, membro del consiglio direttivo Collegio IPASVI Sondrio

INFORMAZIONI GENERALI:
- **POSTI DISPONIBILI: n.99 per gli iscritti ai collegi IPASVI** in regola con la quota d'iscrizione
- **La quota di partecipazione comporta un contributo di 10 euro per gli iscritti al collegio IPASVI di Sondrio in regola con la quota d'iscrizione annuale, di 25 euro per gli infermieri iscritti ad altri collegi (tranne gli iscritti al collegio IPASVI di Varese a cui è richiesta una quota di 10 euro)**
- L'iscrizione dovrˆ avvenire attraverso contatto telefonico con la segreteria organizzativa telefonando al numero 0342/218427 **dal 1 settembre 2015 h. 10,** fino a completamento dei posti disponibili.
- **Il versamento dovrà avvenire a mezzo** bonifico postale sul conto corrente postale 18245217, IBAN IT74 X076 0110 8000 0001 8245 217 BIC/SWIFT: BPPIITRRXXX intestato al Collegio IPASVI di VARESE; causale del versamento "corso agg. La complessitˆ assistenziale del Sig. ..."
- **Il versamento dovrà avvenire dopo la conferma di disponibilità dei posti.**
- **La ricevuta di versamento dovrà essere inviata a mezzo fax n.0342/517182 o e-mail info@ipasviso.org unitamente alla scheda d'iscrizione entro tre giorni dalla prenotazione, pena la cancellazione della stessa**.
- L'attestato di partecipazione con i relativi crediti ECM sarˆ rilasciato a tutti coloro che parteciperanno almeno al 100% delle ore previste dall'evento

In caso di mancata partecipazione la quota non sarà rimborsata.

IPASVI

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

Corso Residenziale

FOCUS SULLE CURE PALLIATIVE: DALL'ASSISTENZA IN OSPEDALE ALLA CURA DOMICILIARE

ASSEGNATI N. 8 CREDITI ECM
PROVIDER ECM COLLEGIO IP.AS.VI VARESE N.1067-138427

Ediz. 1 SABATO 3 OTTOBRE 2015, VALDIDENTRO - SALA CONSILIARE
Ediz. 2 SABATO 24 OTTOBRE 2015, CHIAVENNA - SALA CREDITO VALTELLINESE
Ediz. 3SABATO 21 NOVEMBRE 2015, SONDRIO - SALA VITALI (CREDITO VALTELLINESE)

RAZIONALE: La legge n. 38/2010 definisce le Cure Palliative come "**l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.**". La presa in cura della persona malata, nella sua totalitˆ e complessitˆ, la condivisione delle scelte, il controllo dei sintomi disturbanti, il considerare la "famiglia" non come un elemento passivo ma come una risorsa attiva del processo decisionale e di cura, rappresentano i cardini delle cure palliative. La formazione specifica ed il dibattito, anche sui problemi etici derivanti dal rispetto delle scelte personali ed individuali, rappresentano gli strumenti che gli operatori hanno a disposizione per dare risposte ed orientare le scelte. Non ultima, quella di poter morire al proprio domicilio.

OBIETTIVO FORMATIVO N.21:
TRATTAMENTO DEL DOLORE ACUTO E CRONICO. PALLIAZIONE.

PRIMA SESSIONE

Ore 8.30-9.00 Registrazione partecipanti
Ore 9.00-9.45 "*Storia ed organizzazione delle cure palliative in Italia ed in provincia di Sondrio*" **Docente** D. Valenti / **Sostituito** F. Formaglio
Ore 9.45-10.30 "*La gestione dei sintomi disturbanti in cure palliative*" **Docente** A. Bagassi / **Sostituto** D. Valenti
Ore 10.30-11.15 "*La terapia del dolore oncologico*" **Docente** F. Formaglio / **Sostituto** D. Valenti
Ore 11.15-12.00 "*La terapia del dolore in cure palliative*" **Docente** F. Formaglio / **Sostituto** D. Valenti
Ore 12.00-13.00 Tavola rotonda: la sedazione palliativa e la sedazione terminale (**tutti i relatori**). Moderatore **D.Valenti**

13.00 – 14.00 pausa pranzo

SECONDA SESSIONE

Ore 14.00-14.45 *"Il codice etico/deontologico dell'infermiere e le cure palliative"* **Docente** A. Viviani / **Sostituto** S. Peciccia
Ore 14.45-15.15 "*Assistenza psicologica al malato con prognosi infausta ed alla sua famiglia*" **Docente** K. Mingardi / **Sostituta** S. Cantini
Ore 15.15-15.45 *"Aspetti psicologici dell'equipe di cura"* **Docente** S. Cantini / **Sostituta** K. Mingardi
Ore 15.45-16.15 *"Quando la fisioterapia incontra la musicoterapia"* **Docenti** B. Di Stefano e **V. Gianoli/ Sostituto** A. Viviani
Ore 16.15-16.45 *"Aspetti umani e spirituali dell'accompagnamento in cure palliative"* **Docente** M. Salinetti / **Sostituto *A. Viviani***
Ore 16.45-17.15 *"A casa come in ospedale? Il servizio di STCP"* **Docente** S.Peciccia / **Sostituto** A. Viviani
Ore 17.15-18.00 Discussione

DESTINATARI: infermieri – infermieri pediatrici – assistenti sanitari

RELATORI:
- Dr.ssa Anna Bagassi, medico, Hospice di Morbegno AOVV
- Dr.ssa Sabrina Cantini, psicologa, Hospice di Sondalo/Morbegno AOVV
- Barbara Di Stefano, fisioterapista
- Andrea Viviani, infermiere, Hospice di Sondalo ed STCP AOVV
- Dr. Fabio Formaglio, medico, Hospice di Morbegno e Sondalo AOVV
- Dr.ssa Katri Mingardi, psicologa, Hospice di Sondalo/Morbegno AOVV
- Sandra Peciccia, infermiera coordinatrice Hospice di Sondalo ed STCP AOVV
- Dr.ssa Marta Salinetti, medico, STCP Sondalo AOVV
- Valentina Gianoli, musicista e musicoterapista
- Dr. Donato Valenti, medico responsabile Hospice Sondalo-Morbegno e STCP AOVV

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

INFORMAZIONI GENERALI:
- **POSTI DISPONIBILI: n.95 per gli iscritti ai collegi IPASVI** in regola con la quota d'iscrizione annuale e 4 posti di uditori esterni
- **La quota La partecipazione comporta un contributo di 10 euro per gli iscritti al collegio IPASVI di Sondrio in regola con la quota d'iscrizione annuale, di 25 euro per gli infermieri iscritti ad altri collegi (tranne gli iscritti al collegio IPASVI di Varese a cui è richiesta una quota di 10 euro)**
- La quota d'iscrizione comprende il coffee break.
- L'iscrizione dovrˆ avvenire attraverso contatto telefonico con la segreteria organizzativa telefonando al numero 0342/218427 **dal 1 settembre 2015 h. 10,** fino a completamento dei posti disponibili.
- **Il versamento dovrà avvenire a mezzo** bonifico postale sul conto corrente postale --> 18245217, IBAN --> IT74 X076 0110 8000 0001 8245 217 BIC/SWIFT : BPPIITRRXXX intestato al Collegio IPASVI di VARESE; causale del versamento "corso agg. Focus sulle cure palliative del Sig. ..."
- **Il versamento dovrà avvenire dopo la conferma di disponibilità dei posti.**
- **La ricevuta di versamento dovrà essere inviata a mezzo fax n.0342/517182 o e-mail info@ipasviso.org unitamente alla scheda d'iscrizione entro tre giorni dalla prenotazione, pena la cancellazione della stessa**.
- L'attestato di partecipazione con i relativi crediti ECM sarˆ rilasciato a tutti coloro che parteciperanno almeno al 90% delle ore previste dall'evento

In caso di mancata partecipazione la quota non sarà rimborsata.

Pensieri inerenti la leucemia nel bambino

di Eleonora Strappazzon*

Premessa

La leucemia in età pediatrica è un argomento molto sentito, di cui si è parlato spesso negli ultimi anni. Per quanto riguarda la mia piccola realtà già troppi bambini ne sono stati colpiti e nella maggior parte dei casi si è poco informati al riguardo; in particolare conoscere la malattia, il suo sviluppo, le possibili terapie farmacologiche e non, i centri di cura e supporto, sarebbe, alle volte, molto utile per affrontare la leucemia nel bambino, cercando di non farsi travolgere dagli eventi. Tengo a specificare che, come sappiamo, solo in alcune circostanze la conoscenza specifica della situazione riduce l'ansia e la paura, in altrettanti casi, invece, è d'aiuto l'ignoranza, dipende dalle caratteristiche della persona.

Sono moltissime le cose da dire, si potrebbero spendere pagine e pagine per parlare della leucemia a livello clinico, le varie differenziazioni e i sottotipi, l'approccio alle cure, i chemioterapici in uso, gli effetti sperati e quelli indesiderati, le complicanze… ma questo lascerebbe poco spazio per raccontare che cosa sia la leucemia nel bambino nella vita di tutti i giorni.

L'equipe sanitaria che assiste la famiglia colpita dalla malattia, oltre che curare il bambino affetto, si prende cura di tutti i componenti del nucleo familiare anche e soprattutto dal punto di vista della formazione riguardo i dispositivi medici interessati, le tecniche di medicazione, le apparecchiature, i farmaci, i protocolli in uso, in modo che tutti possano collaborare per uno stesso scopo. D'altra parte, invece, è piena gestione della madre, del padre, dei nonni, degli zii, di amici e persone care l'organizzazione della vita, ovvero di un trasloco in un paese sconosciuto per ricevere le cure più adatte, dell'allontanamento da un figlio per poterne curare un altro, dei turni in ospedale, dell'insorgenza dell'ennesima sofferenza dopo averne affrontate tante altre, della razionalizzazione e/o allontanamento dei sentimenti per poter andare avanti e non mollare mai, di fare entrare tutto ciò in quello che sarà la loro vita quotidiana per si spera per il più breve tempo possibile. Questo non si può insegnare, ogni individuo ha la sua storia, ma ciò che è fondamentale comprendere è che la leucemia non colpisce solo il nostro bambino, ma tutta la famiglia ed è questo il punto di partenza per arrivare a rivolgere un'assistenza infermieristica che sia completa ed efficace.

Che cos'è la leucemia?

La leucemia, che letteralmente significa "sangue bianco", è la proliferazione neoplastica di un particolare tipo di cellula (granulocita, monocita, linfocita o raramente eritrocita o megacariocita) e generalmente caratterizzata da una crescita, in termini di numero, incontrollata di leucociti nel midollo osseo. Il

difetto primario risiede nelle cellule staminali ematopoietiche, che si trovano nel midollo osseo rosso e danno origine a due linee cellulari: la linea mieloide, da cui si sviluppano i globuli rossi, le piastrine e alcuni tipi di globuli bianchi tra cui granulociti e monociti; la linea linfoide da cui nascono i linfociti (si parla ancora di globuli bianchi). A seconda delle linea cellulare verso cui evolve il clone leucemico si parla di:

- Leucemia mieloide acuta (LMA)
- Leucemia mieloide cronica (LMC)
- Leucemia linfoblastica acuta (LLA)
- Leucemia linfatica cronica (LLC)

La definizione "acuta" o "cronica" viene attribuita in base al tempo di evoluzione dei sintomi e alla fase dello sviluppo cellulare bloccata dalla patologia.

Nelle forme acute ed in quelle croniche in fase avanzata la proliferazione delle cellule leucemiche prevale abbondantemente su quella delle cellule sane. L'iperproliferazione coinvolge anche il fegato e la milza (ematopoiesi extramidollare) e, nelle forme più acute, può esserci un'infiltrazione di altri organi o tessuti, quali i linfonodi, le meningi, le gengive e la cute.

Riguardo la causa della leucemia sembra che il processo patogenetico implichi la presenza di componenti genetiche e virali; l'esposizione a radiazioni ionizzanti o a sostanze quali benzene e agenti alchilanti può portare allo sviluppo della malattia.

Per ogni sottotipo esiste un approccio terapeutico specifico che tiene conto delle peculiarità del bambino e diverso a seconda dei protocolli in uso nella struttura in cui vengono somministrate le cure. In genere le terapie specifiche per combattere la leucemia sono la chemioterapia, la radioterapia ed il trapianto di midollo osseo, più tutto ciò che si ritiene fondamentale per poter praticare le cure in sicurezza, contrastando gli effetti collaterali di farmaci e procedure e/o malattie concomitanti.

Il trapianto di midollo osseo, in genere, viene impiegato come terapia per la LMA, LMC e LLA; può essere autologo con o senza "purificazione" delle cellule staminali ematopoietiche, altrimenti allogenico, quindi da donatore che può essere un familiare compatibile oppure parzialmente incompatibile o aploidentico. I donatori di Midollo osseo sono iscritti alla banca dei donatori italiana o internazionale (Smeltzer S.C. *et al*, 2010).

Orientamento per l'Assistenza Infermieristica rivolta al bambino affetto da leucemia

Come per tutte le malattie dell'infanzia occorre osservare che l'infermiere operante nell'ambito pediatrico si prende cura del neonato, del lattante, del bambino in età primi passi, in età prescolare, in quella scolare, dell'adolescente, del quasi adulto e delle loro famiglie. L'età pediatrica, che per definizione comprende la fascia d'età 0-18 anni, include degli stadi di vita e di crescita specifici per ogni fase e per ognuna di queste si necessita di un approccio diverso, sia clinico che relazionale. Non è possibile sviluppare un piano assistenziale che sia valido e completo per più persone, poiché come sappiamo l'assistenza infermieristica deve essere specifica, mirata, individuale.

Il bambino ha diritto ad un aiuto ed un'assistenza particolari, tesi a favorire il suo piano di sviluppo e la completa maturazione della sua persona sotto il profilo fisico, intellettuale, morale e sociale. La malattia può costituire per il minore un momento critico di dipendenza sia fisica che psicologica dagli adulti, se non un ostacolo al suo percorso di crescita.

Un buon inizio è conoscere e rispettare i principi elaborati nel 2008 dalla Fondazione ABIO (Associazione per il Bambino in Ospedale Onlus) Italia in collaborazione con la Società Italiana di Pediatria nella "Carta dei Diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale" (allegato 1), la quale presenta dieci punti in cui viene sintetizzato tutto ciò che dovrebbe essere garantito ad un bambino e ad un adolescente nel corso del ricovero ospedaliero. Inoltre il documento citato riprende la convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 e si ispira alla carta di EACH European Association for Children in Hospital del 1988, ma adattata alla situazione italiana e sull'esperienza di volontariato ABIO.

Al fine di provare a capire che cosa sia, che cosa comporti l'insorgenza della leucemia nel bambino e per avere un'idea dell'approccio da utilizzare nel rivolgere l'assistenza necessaria, vi narrerò alcuni passaggi riguardanti una vicenda verificatasi l'anno scorso nell'U.O. di Emato-Oncologia Pediatrica nel presidio ospedaliero San Gerardo Di Monza.

Eccovi Giada: una guerriera

Giada nacque da parto eutocico nel mese di febbraio 2014 e tutt'ora ha dei genitori splendidi Chiara e Carlo, un fratellone di nome Simone di quattro anni e mezzo, dei nonni apprensivi e degli zii che farebbero di tutto per lei. Dopo poche settimane dalla nascita Chiara si accorse che qualcosa non andava: la sua bambina non si alimentava come avrebbe dovuto e…qualcosa non la convinceva.

Da qui cominciò il tour delle visite pediatriche e dei diversi ricoveri alla ricerca di una risposta, ma senza successo: gli esami diagnostici effettuati non rivelavano nulla di patologico e i medici, come ultima risposta, erano del parere che Giada non si alimentava nelle quantità necessarie per la probabile agitazione della madre. Rivolgere la giusta attenzione e gestire un vivace fanciullo di tre anni e mezzo ed una bambina in fasce nello stesso tempo può risultare stremante, se inoltre qualcosa non va, le energie impiegate, lo stress e la mancanza di sonno possono portare a perdersi facilmente.

Ma Chiara non mollava, qualcosa non andava e solo lei era riuscita a comprenderlo, fino a che durante l'ennesimo ricovero, a distanza di una settimana tra un prelievo del sangue e l'altro, ecco che l'esito dell'emocromo rivelò che Giada, a due mesi e mezzo, al 99% avrebbe ricevuto una diagnosi di leucemia.

Quel mercoledì sera Chiara e Carlo furono assaliti da mille pensieri, paure, ansie, non conoscevano che cosa li avrebbe aspettati, dove sarebbero andati, che cosa avrebbero potuto fare, se avessero potuto fare qualcosa e si comportavano come se Giada non avrebbe visto domani.

Il giorno seguente Giada e i suoi genitori vennero trasferiti presso l'U.O. di degenza Emato-Oncologia pediatrica all'interno dell'ospedale San Gerardo di Monza, dove, tramite un prelievo del midollo osseo, venne accertata la diagnosi di leucemia mieloide acuta.

…Che dire… non ci sono parole per descrivere certi momenti… la confusione… non sapere niente, non conoscere, lasciare tutto in mano ad altri… la speranza fino all'ultimo secondo che probabilmente poteva esserci stato uno sbaglio…l'idea di doversi allontanare da un figlio per poterne curare un altro…sembrava tutto un brutto incubo, speravamo fosse un orribile incubo.

Giada il giorno stesso della diagnosi cominciò la chemioterapia. Quello che conosciamo è che generalmente una malattia più è aggressiva più risponde alle terapie, di fondamentale importanza è intervenire con tempestività.

Il venerdì della stessa settimana le venne posizionato il Catetere Venoso Centrale per le infusioni dei chemioterapici, degli antibiotici, di sangue e derivati, dell'alimentazione parenterale. Giada una bellissima bambina di due mesi e mezzo limitata nei movimenti fondamentali per scoprire il mondo che la circonda, che non può essere presa in braccio se non insieme a tanti tubi che si ingarbugliano, che non può mettere in bocca niente che non sia disinfettato, che non può ricevere baci, il cui pannolino odora di farmaci e che guardandoti sorride nonostante tutto.

I medici e gli infermieri informarono i familiari di Giada riguardo la malattia, le possibili cure, il piano terapeutico, le probabilità di guarigione, i possibili rischi e complicanze. Inizialmente erano "solo" tante parole, tanti termini nuovi e c'era tanta probabilità di distrazione e di non riuscire a capire nulla di quello che stava succedendo. Ma in poco tempo Chiara e Carlo divennero dei numeri uno nel prendersi cura della loro bambina, grazie alla loro tenacia e alla preparazione e disponibilità di medici ed infermieri, acquisirono le conoscenze necessarie per rivolgere l'assistenza che Giada richiedeva (asetticità, modalità di

somministrazione dei pasti, bilancio delle entrate e delle uscite, esecuzione di medicazioni complesse, favorire i momenti di sonno/veglia al fine di evitare la sindrome da terapia intensiva, conoscenza degli esami ematici, dei farmaci somministrati).
Giada per i primi mesi non uscì mai dall'ospedale e così fu anche per i suoi genitori. Chiara e Carlo abitando lontani dall'ospedale in questione furono obbligati a trasferirsi, per quasi un anno hanno vissuto in una casa che non era la loro, facendo i turni di notte in ospedale una volta ciascuno e quando possibile rendendo quella casa un po' più familiare portando con loro Simone che in quel periodo di tempo fu accudito dai nonni. Fortunatamente la famiglia e gli amici furono di grande appoggio alla coppia, sia per l'assistenza alla piccola in ospedale, sia come supporto morale.
I medici ben presto riferirono che la terapia per Giada era il trapianto di midollo osseo, per cui, durante i cicli di chemioterapia, iniziò la ricerca di un donatore che comincia in famiglia.
Fortunatamente Giada ha un eroe tutto suo: Simone che risultò donatore compatibile al 100%.
Giada già dal primo ciclo di chemioterapia non aveva più cellule leucemiche in circolo e finalmente dopo 3 cicli si poté prendere una pausa dalle infusioni endovena e le difese immunitarie cominciarono a ricomparire: era il mese di Luglio e il trapianto era fissato per Ottobre… finalmente potevano andare tutti a casa, o almeno fuori dall'ospedale, in quell'appartamento affittato a pochi metri dall'ospedale; la famiglia era riunita. Questa è stata la prima e vera conquista, il primo momento di vera felicità dopo mesi e mesi per Chiara e Carlo, ma ovviamente la situazione non fu facile: come spiegare ad un bambino di quasi 4 anni che si deve lavare le mani sempre prima di avvicinarsi a Giada, che deve indossare la mascherina, che non può baciare la sua sorellina, che lui stesso non si deve ammalare, non correre altrimenti suda e poi prende freddo, che deve anche lui andare in ospedale a fare i vari controlli?
Ma la battaglia continuò e i primi giorni di Ottobre arrivarono in fretta; Giada dovette tornare in ospedale per il condizionamento al trapianto: l'ultima chemioterapia, la più aggressiva, quella che riduce il midollo in totale aplasia: i pochi capelli della piccola caderono, le sue splendide lunghe ciglia, le sopracciglia, la crescita di Giada fermata così, di nuovo, ancora, ma forse per l'ultima volta.
Simone venne ricoverato il giorno prima dell'intervento. Non si può dire fino a che punto sia riuscito a comprendere che cosa stava accadendo, ma comunque è andato meglio del previsto; lui fu ed è davvero un eroe ma ancora non lo sa.
Il trapianto fu completato con successo, Simone era in piedi dopo poche ore e Giada in isolamento…ok, dissero Chiara e Carlo, ora siamo a metà strada.
Non è possibile descrivere parola per parola quello che davvero è successo ogni singolo giorno, ogni singola ora, ogni minuto, o anche ogni secondo; la crescita di Giada in ospedale, la sua prima pappa, il suo primo dentino; le varie complicanze che si sono presentate, i mille momenti in cui Giada ha rischiato di morire e di trascinare tutti con sé, come ad esempio quando dopo il trapianto ha avuto una complicanza al fegato perché saturo di farmaci, o quando ha rischiato il soffocamento per la tosse inefficace visto il suo stato di debolezza; le ansie, le paure, i litigi. Quello che conta è che Giada oggi, a distanza di un anno, sta bene; la paura c'è ancora perché deve ancora trascorrere un anno e mezzo prima che si possa dichiarare la guarigione, o forse non passerà mai, ma quello che conta è che tutti i sacrifici non sono stati vani e non lo sarebbero stati mai comunque.
Quello che vi ho raccontato è solo una piccola parte di ciò che Giada, Chiara, Carlo, Simone e tutta la loro famiglia hanno vissuto, non basterebbe un libro di 1000 pagine.
Come Giada altri bambini e ragazzi sono stati e/o stanno male e non per tutti la storia ha un lieto fine, oppure può essere ancora più complicata: basti solo pensare ad un bambino di età diversa, a un ragazzo che non può andare a scuola e divertirsi con gli amici, alla possibilità o meno di poter condividere questo percorso con il proprio partner; quello che noi professionalmente possiamo sicuramente fare è provare tutti i giorni ad alleviare in qualsiasi modo l'angoscia che affligge il malato e le persone di riferimento di questo e, umanamente, non permettere che un bambino muoia perché al contrario di Giada non ha un donatore in casa e non lo trova altrove.

La FONDAZIONE Monza e Brianza per il BAMBINO e la sua MAMMA

L'ospedale San Gerardo di Monza e la Fondazione MBBM sono due soggetti legalmente distinti che operano per gli stessi obiettivi con la collaborazione ed integrazione dell'Università Milano-Bicocca e delle organizzazioni private no-profit: il Comitato Maria Letizia Verga, fondato nel 1979, che riunisce genitori, amici ed operatori sanitari per offrire ai bambini ammalati di leucemia assistenza medica e psicosociale, e la Fondazione Tettamanti il cui Centro di Ricerca Matilde Tettamanti rappresenta il primo esempio in Italia di una struttura di ricerca nel campo delle leucemie del bambino che opera in modo integrato con una struttura di cura.
La Fondazione MBBM nasce nel 2005 con l'obiettivo di valorizzare ed estendere l'esperienza di 25 anni di risultati nella cura e nella ricerca sulle Leucemie infantili del Comitato Maria Letizia Verga, che costituiva un esempio unico di fattiva collaborazione tra un'associazione no profit di genitori ed un'equipe di medici.
All'interno dell'ospedale la fondazione MBBM gestisce direttamente i reparti della clinica Pediatrica, della clinica Ostetrica e della Neonatologia. Di nostro interesse, della clinica pediatrica entra a far parte l'Ematologia Pediatrica, comprendente: il reparto di degenza emato-oncologia pediatrica, il reparto trapianto i midollo osseo, day-hospital e ambulatorio di emato-oncologia pediatrica e trapianto midollo osseo, equipe psicosociale, laboratorio Tettamanti di diagnostica emato-oncologica. Il Centro di Emato-Oncologia Pediatrica e il CTMO costituiscono da molti anni un punto di riferimento nazionale per la cura delle leucemie dell'infanzia.
La Fondazione promuovendo anche la ricerca e la formazione investe energie e risorse economiche non in modo indifferente; per portare avanti il raggiungimento degli obiettivi imposti ha bisogno di aiuto, grande o piccolo che sia, da aziende e privati. Ci sono molti modi per contribuire, tramite bonifico bancario, acquisto di bomboniere solidali o devolvendo il 5x100 al Comitato Maria Letizia Verga; per approfondimenti www.fondazionembbm.it .

Bibliografia

Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H. (2010) *Brunner-Suddarth Infermieristica Medico Chirurgica*. 4ª ed. Milano: CEA.
http://www.fondazionembbm.it [consultato il 20 aprile 2015]

* *Infermiera presso Società Cooperativa Sociale San Michele-RSD, Tirano (So)*

INFERMIERI PEDIATRICI E VIGILATRICI D'INFANZIA disegnano il proprio futuro

29/03/2015 - Ecco i risultati del sondaggio lanciato in occasione del rinnovo dei Collegi provinciali Ipasvi.

In occasione del rinnovo dei Collegi provinciali IPASVI è stato predisposto dalla Federazione Nazionale un sondaggio - per far esprimere i professionisti direttamente coinvolti – in merito agli indirizzi futuri da intraprendere per l'infermieristica di area pediatrica e neonatologica.

Le opzioni di scelta erano le seguenti:

1. Mantenimento della situazione attuale, ossia:
Profilo dell'infermiere
Profilo dell'infermiere pediatrico

2. Evoluzione della situazione attuale con impegno collettivo per:
dare corso a interconnessioni formative e operative tra infermiere pediatrico e infermiere specializzato in assistenza infermieristica pediatrica e neonatologica, individuare e porre in essere ogni facilitazione prevista dall'ordinamento universitario per l'acquisizione del titolo di infermiere per l'infermiere pediatrico e del titolo di infermiere pediatrico per l'infermiere, mantenere i corsi di laurea in infermieristica pediatrica ma attivare e contestualmente sostenere, preferibilmente nelle attuali sedi del corso di laurea in infermieristica pediatrica, anche i master specialistici in assistenza infermieristica pediatrica e neonatologica

3. Superamento della situazione attuale, ossia:
dare corso all'iter per definire "ad esaurimento" la figura dell'infermiere pediatrico, definire e formalizzare, in specifico tavolo ministeriale, le forme di tutela professionale e contrattuale per le VI/inf. pediatrici già operativi, individuare e porre in essere ogni facilitazione prevista dall'ordinamento universitario per l'acquisizione volontaria del titolo di infermiere da parte delle VI/Infermieri pediatrici.

Le schede raccolte durante i rinnovi hanno visto esprimere la propria scelta dal 10% della popolazione interessata che ha scelto per il proprio futuro l'opzione 2: "dare corso a interconnessioni formative e operative tra infermiere pediatrico e infermiere specializzato in assistenza infermieristica pediatrica e neonatologica, individuare e porre in essere ogni facilitazione prevista dall'ordinamento universitario per l'acquisizione del titolo di infermiere per l'infermiere pediatrico e del titolo di infermiere pediatrico per l'infermiere, mantenere i corsi di laurea in infermieristica pediatrica ma attivare e contestualmente sostenere, preferibilmente nelle attuali sedi del corso di laurea in infermieristica pediatrica, anche i master specialistici in assistenza infermieristica pediatrica e neonatologica",

La Federazione nazionale IPASVI ha già attivato i contatti con le Università di: Firenze, Genova, Trieste, Roma (Tor Vergata) e Napoli (Federico II) per iniziare a delineare operativamente il percorso scelto.

Un prezioso documento per riflettere

Introduzione di Ercole Piani

Nei giorni scorsi sono stato avvicinato da una giovane signora che mi ha riconosciuto perchè una sua conoscente ha seguito le mie lezioni al corso di Laurea per Infermieri; e, arrivando al motivo dell'incontro mi ha raccontato la sua esperienza di figlia di una Paziente seguita dai servizi psichiatrici territoriali e delle difficoltà vissute ben rappresentate nella lettera che segue.

Ho avuto modo di proporre lo scritto, che mi è stato consegnato, agli Studenti e aperto con loro un dibattito sul tema dell'ascolto che deve precedere sempre la terapia in ambito psichiatrico e non solo.

Non si tratta di retorica ma per essere più efficace utilizzo le parole del Professor Borgna, che ritengo il miglior psichiatra italiano:" Se abbiamo il coraggio di dare la mano, di guardare negli occhi, di cogliere quel dolore che talora si manifesta soltanto attraverso gli sguardi delle persone, se le parole che le persone ci dicono, magari anche quelle di chi ha già deciso di morire, sono parole che possiamo cogliere nel loro significato più vero e profondo, solo se il nostro animo e il nostro cuore sono aperti a cogliere il linguaggio, a cogliere le espressioni, gli sguardi dei volti della fatica e della fragilità, allora possiamo dare una mano alla speranza.

La psichiatria moderna tende oggi – e ogni psichiatria che non faccia questo è una psichiatria antichissima e lontana – a usare un linguaggio della vita quotidiana. È solo utilizzando il linguaggio dei sentimenti quotidiani, dei sentimenti apparentemente così estranei alla psichiatria, come la simpatia e come l'amore, che la psichiatria riesce a comunicare qualcosa e soprattutto ad essere umana sino in fondo".

Mi è capitato, a volte, di notare lo sguardo rassegnato e spento in persone che non hanno trovato adeguato ascolto e comprensione e, come ben rappresentato dal documento che segue, le stesse espressioni nelle persone che accompagnavano i pazienti.

Ricordo sempre che il farmaco, soprattutto in ambito psichiatrico, senza la terapia dell'ascolto e della relazione, non porta alcun beneficio ma risulta uno strumento di potere – solo insieme all'ascolto il farmaco può diventare "strumento di guarigione".

Se la relazione è quindi il fondamento, non dimentichiamo che le parole non sono mai innocenti e, se mal usate possono diventare pietre.

Fin da quando ero piccola mia madre periodicamente cadeva in depressione per un motivo o per l'altro.

La sua mente pensava e ripensava a determinate cose anche banali e sembrava che nulla più riusciva a distoglierle quei pensieri, nemmeno i figli piccoli, ed ecco che una piccolezza diventava un macigno che pesava sull'intera famiglia.

La vedevamo andarsene per un periodo in cura dai suoi genitori e noi rimanevamo col papà, fino a che non ritornava guarita da un giorno all'altro e tutto riprendeva come se nulla fosse mai stato.

Quando si è piccoli non ci si pongono molte domande ma poi col crescere nascono molti interrogativi a cui è difficile trovare una motivazione ed una spiegazione razionale.

Io penso che lei ha sempre avuto un carattere debole e non è mai stata educata dai suoi genitori a cavarsela un po' da sola e di conseguenza ogni volta che si presenta una situazione al di fuori dell'ordinario non sa come reagire e invece di affrontarla per cercare di risolverla si lascia travolgere fino a crearsi un mondo tutto suo "confuso" come lo chiama lei.

Inizialmente si cerca di confortarla, di farle credere che con un po' di pazienza si sistemerà tutto, di non cadere in quel mondo ma lei sembra non sentire ragioni, sa solo ripetere che è confusa e non sta bene ed ecco che ti chiedi: perché è successo ancora?

Ovviamente, anche se difficile, io e mio fratello ci accolliamo l'onere di seguirla e cerchiamo di fare il possibile per farla sentire meglio, a suo agio, ma è molto pretensiva e fa sembrare che non facciamo nulla per lei .

Ed ecco che anche quest'anno dopo che ha vissuto dei problemi abbastanza seri di salute si ripresenta alla sua porta l'esaurimento.

Ora siamo cresciuti, possiamo gestire la situazione diversamente e cercare di vederla da un altro punto di vista ma purtroppo la malattia è sempre quella e pesa piu' che mai sulle nostre vite.

Mio fratello si deve laureare ma a causa di questa situazione ha dovuto rimandare degli esami mentre io con tre bimbi piccoli sono impossibilitata e devo fare i salti mortali per seguirla, ma si cerca di fare il possibile perché ne venga fuori al piu' presto, si parla comunque di molti mesi.

Lei è agitata ci chiama ad ogni ora del giorno pronunciando frasi e parole molto pesanti e fastidiose, si lamenta sempre e piange.

Con il tempo la nostra pazienza si limita ed iniziamo ad essere esausti, anche mio marito è stanco e tutto ciò pesa anche sul nostro equilibrio familiare, il pensiero c'è sempre anche se a volte vorresti dimenticartene per un po' e far finta che tutto vada bene.

Alle visite l' ho quasi sempre accompagnata io ma lo psichatra che la segue non mi ha fatto una buona impressione, a volte sembra non capire nemmeno quello che gli dice la mamma o forse non l'ascolta nemmeno.

Credo che un paziente oltre che con i farmaci, che non so fino a che punto siano sempre efficaci, durante le sedute debba essere ascoltato, poter raccontare quali sono le problematiche che lo fanno arrivare a queste situazioni estreme, fargli trovare un passatempo, un hobby per tenerlo occupato e non solo mantenere o modificare le terapie farmacologiche e fissare il prossimo appuntamento dopo un mese e mezzo.

Sarebbe opportuno far parlare il paziente, chiederle emozioni e sentimenti, cercare di farlo liberare da quei pensieri tremendi che lo turbano ogni giorno ed ogni notte e confortarlo in modo che sappia che può contare anche sullo psichiatra oltre che sui famigliari.

Una cosa è certa, ad oggi la depressione è ancora una delle malattie più inspiegabili e incomprese, ma bisogna pensare che non si fa apposta e tenere duro.

UNIVERSITA' VITA-SALUTE SAN RAFFAELE
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Elaborato finale di:
Eleonora Ciriolo,
Elisabetta Livia Luraschi
Scaramuzzi Jacopo

Relatore:
Alessandra Negro
Correlatore:
Giulia Villa

LA SENSAZIONE DI SETE NEL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA: STUDIO OSSERVAZIONALE

Background: La sete è una sensazione molto intensa e fastidiosa che spesso si manifesta nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, ma che viene ancora poco considerata da infermieri e clinici. Molti elementi come la presenza di presidi per la ventilazione, la possibilità di assumere liquidi per via orale, il bilancio idrico e i livelli di sodio nel sangue, possono influire su questa sensazione.

Obiettivo: Questo studio è stato condotto per definire l'incidenza e l'intensità della sensazione di sete nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e la correlazione con alcuni elementi che potrebbero influenzare la percezione della sete, quali la presenza di tubo endotracheale, della tracheostomia, il respiro spontaneo, la maschera con ossigeno terapia ed eventuale presenza di umidificazione, la xerostomia, mouth breathing, lo stato del cavo orale, i livelli di natriemia, l'ematocrito, il bilancio idrico, la possibilità di idratazione per via orale e l'eventuale assunzione di diuretici.

Metodi: È stato eseguito uno studio prospettico osservazionale su 221 pazienti ricoverati nelle tre Terapie Intensive (Generale, Cardiochirurgica e Neurochirurgica) dell'Ospedale San Raffaele di Milano nel periodo dal 19 maggio 2014 al 31 agosto 2014. La presenza della sete è stata rilevata chiedendo ai pazienti di definire la sua presenza e intensità su una scala numerica da 0 a 10 (dove 0 equivale a nessuna sete e 10 a sete massima). Le altre rilevazioni sono state effettuate attraverso l'osservazione diretta del paziente e consultando la cartella clinica.

Risultati: La sete è risultata presente nel 76,1% delle rilevazioni, con una media in tutto il campione del 5,37. Questa sensazione ha una correlazione statisticamente significativa con la somministrazione di diuretici ad alte dosi (>100 mg), con una natriemia superiore a 140 mmol/l, l'assenza di idratazione per via orale e la presenza di xerostomia. Anche il tipo di presidio utilizzato come supporto alla respirazione sembra influenzare la sete, infatti i pazienti con ossigeno terapia tramite occhialini provano meno sete rispetto a quelli con maschera Venturi con e senza umidificazione.

Conclusioni: La sete è una condizione ad alta prevalenza nei pazienti in Terapia Intensiva, ma nonostante questo è ancora poco considerata. Sarebbe auspicabile valutare almeno giornalmente questa sensazione e gli elementi ad essa correlati, in modo da poter identificare in futuro dei metodi per eliminare o quantomeno alleviare questa sensazione.

Suicidio: dramma che tocca tutti noi... Cosa possiamo fare?

Relazione di Ercole Piani all'incontro di Grosio con il Vescovo di Como Diego Coletti

Inizialmente Il tema assegnatomi prevedeva una visione generale sul sociale ma, visto il tempo da dedicare anche ad altri importanti argomenti di questa giornata, dedico quanto concessomi per porre in risalto il fenomeno del suicidio, dove la nostra provincia è al vertice delle statistiche nazionali con lo scopo di suggerire a tutti noi e, in particolare ai Sacerdoti, alcune possibili strategie per affrontare il problema.

Mi piace oggi essere alla presenza del nostro Vescovo e ricordare la sua testimonianza al convegno "La malaombra" del settembre 2009 il cui titolo era: " dalla morte del desiderio nasce il desiderio della morte".

E da qui condividere con Lui come la solitudine, quando non si tratti di una solitudine cosiddetta positiva, sia molto presente negli individui; la citazione più evidente è data dal fatto che spesso si osservano esempi di estraneità anche nei momenti di vicinanza delle persone, efficace l'esempio del viaggio in treno, dove ognuno è spesso alle prese con mezzi tecnologici di comunicazione, quali telefonini, personal computer o video giochi dimenticando di guardare il vicino di viaggio. Lo stesso viaggio, in un passato non ancora così lontano, era fonte di piacevole intrattenimento con i presenti. Oggi la solitudine che va ricercata nel dissolversi dei rapporti umani entra in gioco nel suicidio con la prima importante causa che è rappresentata dalla depressione, insieme queste due cause possono nascere dalla perdita del lavoro, dalla separazione del partner oppure, solo in alcuni casi, questa depressione (nella forma più complessa) è la conseguenza di un disagio psichico che ha accompagnato l'esistenza di questo nostro fratello/sorella. Ecco allora un dato espressivo - la depressione è parte dell'esistenza umana e molti di noi, anche chi sta scrivendo questo

messaggio e che ha la presunzione di insegnare l'assistenza in psichiatria, abbiamo incontrato o stiamo vivendo la depressione.

Il suicidio è un atto sconvolgente, oscuro, misterioso. Quando la nostra comunità è coinvolta, si resta increduli, si dibatte, ma poi, inesorabile cala il silenzio... si allontana il disagio di questa vulnerabilità come se tutto sia ineluttabile. In ogni esperienza di suicidio la speranza si oscura, anche se Leopardi ha scritto: " una scintilla, una goccia di speranza si nasconderà anche nel suicidio, anche in questa scelta che sembra essere proprio la tomba della speranza cioè della chiusura di ogni possibile sguardo al futuro".

Con questa mancanza a volte di soccorso e di parole che aiutano, siamo tutti corresponsabili nel suicidio di chiunque, qui o al di fuori di qui, Giovane o Anziano se giunge alla morte muore anche qualcosa in noi.

La vera metamorfosi è la Comunità che diventa quindi Comunità di cura che, facendo ascoltare la sua voce, diventa Comunità di destino.

Eugenio Borgna che considero il massimo psichiatra vivente e con il quale ho avuto molti confronti e insegnamenti in convegni e dibattiti sostiene: " Chi si sente assediato e medita il gesto estremo, se ascolta una voce, se vede una mano tesa, se incrocia lo sguardo del vicino, può rompere l'assedio. Tutti noi siamo stati assediati quindi tutti noi abbiamo gli strumenti per riconoscere il vicino in stato di assedio".

Se abbiamo il coraggio di dare la mano, di guardare negli occhi, di cogliere quel dolore che talora si manifesta soltanto attraverso gli sguardi delle persone, se le parole che le persone ci dicono, magari anche quelle di chi ha già deciso di morire, sono parole che possiamo cogliere nel loro significato più vero e profondo, solo se il nostro animo e il nostro cuore sono aperti a cogliere il linguaggio, a cogliere le espressioni, gli sguardi dei volti della fatica e della fragilità, allora possiamo dare "una mano alla speranza".

Esistono segnali premonitori nelle persone che hanno deciso il gesto estremo. Sono segnali che vanno capiti, interpretati, dei quali bisogna esserne a conoscenza. Per questo chiedo al nostro Vescovo di promuovere ai Sacerdoti momenti di confronto e formazione sul tema, perché molto spesso chi non ha ascolto e comprensione si rivolge al confessionale e qui trova accoglienza, comprensione e assoluzione ma deve trovare anche il suggerimento verso i servizi di aiuto che sono presenti ed efficaci sul territorio. Il Sacerdote può diventare il privilegiato accompagnatore verso la salvezza.

La psichiatria moderna tende oggi – e ogni psichiatria che non faccia questo è una psichiatria antichissima e lontana – a usare un linguaggio della vita quotidiana. È solo utilizzando il linguaggio dei sentimenti quotidiani, dei sentimenti apparentemente così estranei alla psichiatria, come la simpatia e come l'amore, che la psichiatria riesce a comunicare qualcosa e soprattutto ad essere umana sino in fondo.

Forte è poi nella gente comune la tentazione di considerare chiunque abbia tentato il suicidio, oppure si sia arenato nelle sabbie terrificanti del suicidio come uno psicopatico, come qualcuno con cui non valga la pena di confrontarsi, come qualcosa d'insignificante.

Questi cliché, questi modi pseudoscientifici di evitare problemi umani laceranti che vive ciascuno di noi sono assolutamente intollerabili e inaccettabili.

Allora è più semplice per me invitare chi vive il dramma di questo disagio a riflettere perché la possibilità di superare queste difficoltà esiste; gli operatori del nostro territorio, che sono impegnati professionalmente nell'aiuto alle persone, hanno gli "strumenti" per conoscere, capire ed aiutare. Non dobbiamo più portarci dentro questo peso, è un nostro diritto trovare aiuto.

Altra riflessione condivisa con tutti Voi è la vicinanza della Comunità tutta nei confronti dei parenti e degli amici della persona scomparsa che rimangono segnati dolorosamente, profondamente, indelebilmente da questo drammatico evento, perché Il lutto, questo lutto in particolare, è la situazione di maggiore abbandono per le persone. Si fa poco per le famiglie dopo la morte dei propri cari. Inoltre ho conosciuto tante persone, parenti o conoscenti di un suicida, che portano su di sé il peso di aver sottovalutato alcuni segnali che, col senno di poi, non avevano capito. Voglio subito evidenziare che non esiste alcuna responsabilità perché capita anche alle persone dedicate al sostegno e all'aiuto di non cogliere sempre questi segnali; quindi parlare apertamente di suicidio, serve per aiutare tutti noi a capire questo fenomeno che accompagna la nostra esistenza.

In termini scientifici queste persone sono state denominate "sopravvissuti": è una parola forte, che solitamente usiamo per persone che attraversano esperienze estreme, (pensiamo ai sopravvissuti dei campi di sterminio). Chiamarle così vuole proprio evidenziare quanto sia devastante e traumatica l'esperienza del suicidio di una persona cara.

Che fare allora per loro?

E' importante che ognuno, la comunità tutta sia aperta e con sensibilità mandi dei segnali che questa profonda ferita è degna di rispetto, attenzione; che si può/deve parlare di quanto è accaduto, di quanto ciò abbia addolorato e profondamente ferito. Infatti, parlandone, e trovando qualcuno attento ad ascoltare, si allevia e si può diminuire il sentimento di vergogna che sempre accompagna il "sopravvissuto".

Egli si pone mille interrogativi sulle ragioni, sul significato del suicidio, sentendosi quasi inevitabilmente in colpa; talvolta reagisce a questo senso di colpa non volendo più parlare di quanto accaduto, tentando di superare il trauma semplicemente con il passare del tempo.

Sappiamo invece che si forma una sorta di catena generazionale rispetto al gesto del suicidio- un suicidio di oggi richiama quello di anni prima di un altro familiare – catena che va spezzata.

E lo si può fare aiutando il " sopravvissuto" a elaborare quel profondo dolore.

Il "sopravvissuto" va accolto con rispetto e aiutato ad accogliere un aiuto per sé, un aiuto professionale che si può chiedere agli operatori dei servizi per la salute mentale.

Infine vorrei citare una mia esperienza che, soprattutto in questo contesto, mi piace condividere con voi; sono passati molti anni ma è ancor vivo il ricordo dell'incontro con Suor Maurizia dell'Ordine delle Misericordine, alla quale riportavo alcune mie preoccupazioni in merito alla morte di un conoscente nella solitudine di un suicidio e lei subito mi ha risposto: " non è stato solo, con lui c'era il suo Angelo Custode". Credo proprio che queste donne e questi uomini, questi nostri ragazzi e ragazze che hanno scelto di porre fine alla vita, conoscendo questa enorme sofferenza che ha caratterizzato quel periodo della loro vita, siano stati accompagnati a cospetto del Padre Celeste da quell'Angelo e che Dio tenga conto del prezioso valore di quella sofferenza.

Bibliografia:

Ballantini M. (1999) *suicidio e società –una speranza dalla prevenzione* Franco Angeli editore – interventi di Eugenio Borgna ed Ercole Piani.

Pavan L. (1995), *Paura della morte e suicidio,* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

Cassano G. (1996) *la depressione diagnosi e terapia,* UTET, Torino

Daniela Pianta, Aiutare chi resta, Campane di San Martino marzo 2015.

Le avversità possono essere delle formidabili occasioni

di Francesco Lena*

Gentile Redazione mando questo mio semplice racconto, se ritenete utile pubblicatelo, grazie

Alcune semplici idee, considerazioni e riflessioni, sulle avversità che si possono incontrare nel percorso della nostra vita. Le avversità che ci possono capitare, se affrontate con un sereno ottimismo, possono diventare una grande opportunità, aprendo nuovi orizzonti di speranza e di riscatto della vita.

Per trovare il coraggio della vita quotidiana, per chi è stato colpito da una malattia rara, bisogna percorrere la via migliore, quella del cuore, credere nella forza che abbiamo dentro di noi, agire con semplicità ma con determinazione avendo fiducia nelle proprie energie, anche se la paura ci può prendere, bisogna proseguire con creatività il cammino della vita, tirar fuori quella luce meravigliosa che abbiamo dentro di noi, ci illumina le idee e ci da la capacità di dirigere la nostra vita verso obiettivi formidabili, belli, universali e di valori alti, di amore, di amicizia, dello stare bene con se stessi e con gli altri.

Le sofferenze non bisognerebbe temerle, ma con lucidità, con umana consapevolezza e naturalezza, affrontarle nella collaborazione di parenti, amici e con la gente che ci sta vicino, poi agire con cuore aperto e positivamente, fa crescere anche la buona volontà di essere protagonisti in questa società, in questo mondo meraviglioso, fa venire fuori la voglia di vivere a pieno la vita, di amare ed essere amati, che è un sentimento bellissimo.

S'impara il coraggio tenendo controllata la paura e aprendosi al mondo, alla bellezza delle persone, per trovare e vedere quella luce stupenda che ci circonda, nelle piccole cose che la natura ci regala, i fiori, i suoni, i colori, la musica, il canto degli uccelli, la freschezza dell'aria, ma soprattutto dare spazio a quella magnifica luce che abbiamo dentro di noi, che illumina ogni passo che facciamo e ci aiuta ad aprire la mente, per trovare quelle energie positive e risvegliare l'interesse della generosità, di saper costruire relazioni di solidarietà, e di una sana e serena cerchia di amici, poi costruire una buona collaborazione con quelle persone che soffrono di una malattia rara, di saper condividere il coraggio di raccontare il dolore, la sofferenza, le preoccupazioni, che ci rende sicuramente più liberi e più forti e imbattibili nel vivere il valore della solidarietà, ci fa ritrovare pure la speranza, la voglia di amarsi, di sognare una vita piena di cose belle, magiche e positive, quelle che fanno superare tutte le avversità che ci possono avere colpiti, ma ci dobbiamo credere, nella creatività, nella fantasia e serenità, la vita va vissuta a pieno, ogni istante, perché è il valore più bello che ci sia sulla nostra madre terra e va amata con il cuore sempre.

(Bergamo) tel. 035/956434

**Via Provinciale,37 24060 Cenate Sopra*

FESTA DI LAUREA

E SALUTO ALLE NEO MATRICOLE:

la professione cresce ed è viva

Con l'impegno e la volontà operosa di molti anche il 2014 ha potuto raccontare il traguardo raggiunto da diciassette studenti del Corso di laurea in infermieristica Università degli Studi di Milano – Bicocca nella sede di Faedo Valtellino.

Festa di laurea come da tradizione per celebrare, orgogliosamente, persone reputate degne di fregiarsi del titolo di "Dottori in infermieristica". L'evento si è svolto in Aula Magna, a Sondrio, presidio ospedaliero dell'Azienda della Valtellina e della Valchiavenna che da sempre accoglie gli studenti infermieri nel percorso di tirocinio clinico Professionalizzante.

L'allocazione, voluta fortemente dal Coordinatore di Sezione Dott. ssa Ongaro Carmela e dal Direttore Generale di AOVV Dott.ssa Stasi Maria Beatrice, ha inteso rendere omaggio alla preziosa collaborazione tra docenti, tutor didattico-clinici, assistenti di tirocinio ed equipe sanitaria ospedaliera.

Un riconoscimento dovuto sapendo che al centro della formazione infermieristica si pongono non solo le competenze tecniche professionali e conoscitive ma anche quelle relazionali, di attenzione all'assistito e alla famiglia.

L'opportunità di conoscere, di comunicare, mettersi in relazione, di agire per e con l'assistito, permette allo studente di fondare il suo essere. A Faedo Valtellino, ci si forma vicino alla persona assistita grazie alla convenzione e alle sub-convenzioni istituite con l'Università degli studi di Milano Bicocca, potendo accedere al tirocinio in AOVV, ma anche presso le strutture della locale ASL, le RSA di Sondrio e Morbegno, la Cooperativa sociale "San Michele" di Tirano.

Tutti i nuovi infermieri, negli elaborati prodotti per l'esame di Laurea, lasciano sempre traccia scritta del ringraziamento sincero ai tanti infermieri esperti che li hanno affiancati e, in questa Festa, hanno voluto creare un ponte tra mondo universitario e prassi clinico-assistenziale discutendo i risultati dei loro lavori di ricerca di evidenze scientifiche attraverso le Tesi e gli approfondimenti bibliografici.

L'infermieristica: saggezza pratica, espressione di una professione intellettuale, autonoma, non più ausiliaria, che agisce con metodo scientifico impattando positivamente nel vissuto del cittadino. L'infermiere responsabile dell'assistenza preventiva, curativa, riabilitativa, palliativa è un soggetto immerso dentro l'equipe dei sanitari e con loro cerca di fornire risposte al bisogno della persona sapendo di avere un ruolo attivo essenziale. Una professione scientifica, che si aggiorna e rinnova in funzione dell'evoluzione del bisogno di salute del cittadino per erogare assistenza di qualità; costantemente si mette in discussione e ricerca soluzioni interrogandosi.

Il laureato infermiere impara dagli esperti, chiede conto del razionale scientifico sotteso alla pratica clinica, ricerca l'evidenza scientifica migliore e la applica al suo assistito con appropriatezza ed economicità.

La ricerca infermieristica, campo ancora molto disatteso da noi infermieri sul campo da qualche anno. Difficoltà che nascono perché non sappiamo l'inglese, il computer non lo amiamo, il tempo è pochissimo, la metodologia non c'è nota e, in fondo, il malato lo abbiamo sempre assistito; nessuno si è mai lamentato. Eppure, chissà quante volte ci siamo chiesti: "chissà perché questa procedura richiede quel particolare passaggio?", " come mai questa ferita non guarisce?", "cosa posso fare per evitare che quella persona cada?", "cosa posso fare per quel paziente che lamenta dolore nonostante il farmaco?"…"posso medicare meglio quella ferita per evitare infezioni?

Domande che emergono nei pensieri dei professionisti sempre attenti eppure risposte mancate, oppure interventi assistenziali creativi ma su basi empiriche e personali. Ecco perché sarebbe interessante se infermieri esperti potessero giovarsi della conoscenza degli studenti laureandi nella metodologia della ricerca proponendo argomenti sui quali indagare.

Proprio in quest'ottica, durante questa Festa, si è voluto restituire un "grazie" ai tanti colleghi infermieri attraverso la presentazione dei lavori di ricerca nella letteratura scientifica medico-infermieristica dei laureandi della triennale.

Tramite il lavoro di Tesi della ormai collega, signora Ambrosioni Monica dal titolo: "***Rilevazione della qualità` di vita con il "palliative care outcome scale": studio retrospettivo in un'unità operativa di cure palliative"*** e un elaborato di approfondimento bibliografico della collega Pradella Jenni, si è cercata di avvicinare il mondo dell'evidenza scientifica alla pratica clinica

La Tesi elaborata grazie alla collaborazione preziosa con la Struttura di Cure Palliative di Morbegno ha presentato uno studio retrospettivo sui dati ottenuti dalla somministrazione della scala di accertamento mirato "*palliative care outcome scale"* somministrata agli assistiti degenti, negli ultimi giorni della loro vita, e agli infermieri. Dall'analisi dei risultati ottenuti si è potuto osservare come l'assistenza infermieristica erogata sia di ottimo livello e l'approccio palliativo possa dirsi consono nel rispondere ai bisogni degli assistiti in fine vita.

L'approfondimento bibliografico discusso dalla sig. Pradella dal titolo: "**T*ouch therapy: una forma di terapia complementare in grado di aumentare il benessere nel paziente ricoverato in terapia intensiva che manifesta ansia e stress***" attraverso la ricerca di evidenze nelle banche dati biomediche ha dimostrato come questa terapia complementare attuata in modo e tempistiche adeguate sia raccomandabile per favorire il benessere del degente in terapia intensiva.

Evidenze scientifiche da ricercare ed applicare per migliorare e crescere come professionisti. Certo non è semplice, ma fornire risposte al cittadino, alla persona che ci riconosce competenza e conoscenza aggiornata, è un onore, non solo un onere, per il professionista, laureato o con diploma regionale.

E' un invito a lavorare in simbiosi attraverso un inter scambio di competenze e conoscenze dove ogni professionista docente, tutor o infermiere clinico hanno un solo e unico obiettivo: l'assistito e la sua salute.

E' la meraviglia del sapere scientifico, declinato nell'arte infermieristica, e sempre donato, agito, coltivato mantenuto vivo e aggiornato; è la gioia di essere infermieri che oggi si legge negli occhi di questi nuovi colleghi.

Noi infermieri che ci sentiamo, a volte, poco riconosciuti sappiamo quanto ci sia bisogno della nostra arte: il cittadino utente lo sa e lo esprime.

Una collega neolaureata sig. Negrini Maria Fabiana ha dato voce a quello che sembra accadere in questi ultimi anni dove, non certo l'assistito né il comune cittadino-utente bensì un certo mondo politico-economico sembra non capire.

Ed ecco che, durante questa festa, si è voluto rilevare la necessità d'infermieri nel mondo traducendo, in simultanea, attraverso un filmato in lingua inglese:

*"…La salute di ognuno di noi potrebbe essere a rischio senza infermieri…le infezioni potrebbero moltiplicarsi…chi ci starà accanto quando avremo necessità di aiuto perché ammalati, fragili, anziani…. gli infermieri invecchiano…molti escono in pensione…tra venti anni il mondo avrà bisogno di migliaia d'infermieri…***TI INTERESSA???...*Forse potrebbe interessarti!".***

> ***"Imparare è un'esperienza; tutto il resto è solo informazione"***
>
> Albert Einstein

Grandi timori per questi infermieri alla ricerca di occupazione e un certo grado di demotivazione per noi "vecchie guardie" che attendiamo di poter uscire dal mondo del lavoro sentendoci a tratti stanchi fisicamente e mentalmente ma incapaci di derogare all'assistenza perché ci identifica e permette alla scienza infermieristica di non scomparire.

Grandi speranze per neolaureati che "passano la lampada" a neo matricole.

E' un passaggio di testimone in un gruppo di professionisti che ama accompagnare chi vuole intraprendere un lavoro poco remunerato ma ricchissimo di vita ancor quando sia accanto al morente.

La Festa di Laurea diventa anche saluto accogliente per i trentotto nuovi iscritti che "intimiditi" accolgono tra le mani il simbolo di colei che ha dato inizio alla storia della scienza infermieristica: Florence Nithingale.

Le matricole timorose, alla presenza delle tante Autorità convenute sia dal mondo universitario che aziendale e territoriale si sono presentate al pubblico portando un augurio ai colleghi che escono dall'università per arricchire la professione. A loro che iniziano il percorso anche gli studenti del secondo anno, hanno dato dieci "comandamenti" tra il serio ed il faceto completando un abbraccio tra studenti ed infermieri che non deve avere discontinuità perché la professione è viva.

Giornata intensa che, come da tradizione, si conclude con lo sbeffeggiamento dovuto (ed atteso!!!) del Coordinatore e dei Tutor universitari per poi avere uno splendido buffet offerto da AOVV e realizzato attraverso la maestria dei cuochi d'azienda.

Un ringraziamento a chi ha voluto esserci ed anche a coloro che, seppur non presenti, dedicano tempo ed energie alla formazione in tanti modi diversi.

Tutto rimane nel ricordo con le fotografie, le notizie televisive e gli articoli dei giornali locali.

Dottori in Infermieristica anno accademico 2013/214 sessione di novembre:

Ambrosioni Monica, Bellotti Andrea, Betti Simone, Della Bella Chiara, Fiorese Maria, Gaggini Michele, Macis Veronica, Nale Lorenzo, Naritelli Giulia, Negrini Maria Fabiana, Negrini Valentina, Nembrini Giuseppina, Pradella Jenni, Saini Sara, Savoldelli Marcella, Sosio Claudia

Grazie per aver fortemente voluto essere…INFERMIERI.

Antonietta Quetti
Infermiera - tutor
Corso di Laurea in infermieristica
Faedo Valtellino, Sede di Sondrio