ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI SONDRIO

Parliamone

Anno 27 - N. 1 - Maggio 2018

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)

INFERMIERI:
una professione che guarda al futuro

di Giuseppe Franzini Presidente OPI Sondrio

Ora più che mai, l'Infermiere è la professione sanitaria che guarda al futuro.
Prima però mi sia permessa una piccola regressione nel recente passato, al fine di ringraziare tutti i colleghi che hanno sostenuto il nuovo Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Sondrio, insediatosi il 1 dicembre 2017.
Nel precipuo interesse di tutela della Professione e nel soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, si intende procedere in continuità con quanto già espresso dal precedente Consiglio Direttivo, rimarcando la necessaria vicinanza dell'Ordine agli Infermieri, allo scopo di dare a quest'ultimi, maggior consapevolezza di sé e del proprio ruolo, in un contesto dove la difesa dei diritti del paziente richiede ormai alti livelli assistenziali.
Pertanto, nella prospettiva dell'acquisizione e nel corretto svolgimento delle maggior competenze che l'Infermiere si trova sempre più ad esercitare, seguiteremo ad erogare servizi di formazione ed informazione, destinando maggiori investimenti alla formazione professionale EcM.
Proseguirà a livello regionale in accordo con gli altri Ordini Provinciali, la partnership con SDA Bocconi, che vedrà impegnati tre dei nostri Consiglieri, nell'intento di promuovere, sostenere, monitorare il processo di attuazione della riforma sanitaria lombarda, innovando e sostenendo ulteriori iniziative che possono contribuire ad una efficace implementazione del SSR.
Promuoveremo attraverso la programmazione di apposite attività, la necessaria aggregazione professionale.
Si ritengono imprescindibili momenti di informazione attraverso contatti sui media, social network (pagina facebook OPI SONDRIO) e specificatamente sul territorio, vicino al cittadino; saremo presenti, ad esempio, il prossimo 12 maggio nell'ambito della Festa dell'Infermiere con appositi stand nelle piazze delle principali località valtellinesi.
Cari colleghi, guardando al futuro, come avrete ormai appreso, il necessario completamento normativo della L.43/2006, ha portato dal 15 marzo all'istituzione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI), che ha scalzato, e non solo come acronimo, l'obsoleto IP.AS. VI., infatti il primo effetto immediato è la cancellazione dell'uso del nome "Infermiere Professionale" e "Vigilatrice di Infanzia".
Gli Infermieri sono "Infermieri" e le ex Vigilatrici di Infanzia sono "Infermieri Pediatrici"… e basta !!
Ma questo, è solo il punto di partenza, come chiaramente definito nello slogan *"la nostra impronta sul sistema salute"* che ha guidato il primo congresso della Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).
Da qui in poi è necessario manifestare la capacità di evolversi, di essere professionisti che si aggiornano ed operano costantemente con la realtà scientifica, tale da poter sostenere che la professione intellettuale ha tutte le carte in regola per avviarsi alla declinazione specialistica.
Quanto emerso ancora dal I° Congresso Nazionale della FNOPI, ovvero delineare un percorso che porti al riconoscimento dell'infungibilità infermieristica (una carenza in una specialità infermieristica, non può essere coperta con un differente specialista), è un aspetto importante, legato proprio ad un maggior riconoscimento delle specificità della professione dal punto di vista specialistico.
Tutto questo deve anche essere rapportato al mutevole assetto epidemiologico del nostro paese, con la conseguente revisione dei modelli organizzativo-assistenziali che andranno sviluppandosi sempre più sul territorio per

CONTINUA A PAGINA 2 ▶

LE COSE CHE NON VI HO DETTO:
lettera aperta ai colleghi neolaureati di un anziano professore

di Ercole Piani

Durante la festa di Laurea, per la prima volta negli ultimi anni, non ho avuto modo di portare gli abituali saluti a Voi tutti; volutamente non ho chiesto la parola perché forse avrei rovinata la giornata essendo troppo irritato sentito un intervento poco consono e altrettanto poco adatto a chi sta vivendo una tappa così importante della propria vita.
Ho avuto quindi la possibilità in questi mesi di pensarvi e allora eccomi qui con i miei pensieri ed auguri che invio anche ai Colleghi neolaureati della sessione di aprile.
La vostra festa è stata vicina alla nascita del nuovo Ordine delle Professioni infermieristiche e da uno dei primi discorsi del nostro neo Presidente che ha trasmesso, col suo intervento, l'entusiasmo che lo caratterizza e, vista la libertà che mi sono preso, vorrei proprio partire da qui.
Questi, per chi scrive, sono gli ultimi anni che ho la presunzione di "insegnare" la prima esperienza risale al 1980 e sempre, fatte salve alcune rare eccezioni, ho notato attenzione e entusiasmo, più volte mi sono chiesto perché è così bello passare del tempo con Voi e sempre la risposta è stata la potenza di quell'entusiasmo che trasmettete ed è bello leggerlo nei vostri occhi perché è proprio lì che traspare.
La preoccupazione per chi "passa il testimone" è che questa luce non si spenga tra le corsie degli Ospedali, tra le case di cura o ovunque sarete chiamati ad esercitare l'arte dell'infermiere; è il più potente degli argomenti e alle nostre Persone assistite serve tantissimo ma, ancor più, serve a quei Colleghi che col tempo hanno perso questa luce; la vostra presenza sia sempre per loro un invito a riprendere in pieno il cammino.
Cercare e trovare argomenti per mantenere o promuovere il giusto clima di rispetto e considerazione tra i colleghi e tutti altri professionisti con cui siamo chiamati ad operare, sia sempre l'obbiettivo più importante, perché non può esistere un buon clima per i nostri Assistiti se non esiste un buon clima tra di noi.
Permettetemi inoltre, vista la libertà che mi sono preso, di ringraziare la collega dottoressa Carmela Ongaro e, con lei, tutto lo staff del corso di Laurea per l'impegno e

CONTINUA A PAGINA 2 ▶

Parliamone ON LINE

Da questo numero PARLIAMONE non viene più inviato tramite posta al domicilio così facendo risparmiamo carta e oneri per la stampa e l'invio. Alcune copie cartacee saranno distribuite presso le varie unità operative ospedaliere e territoriali.
Ai Colleghi in possesso di posta certificata Parliamone sarà inviato in allegato e chi, non avendo ancora provveduto ad aprire una casella di posta certificata, (obbligo per i pubblici dipendenti e fornita gratuitamente dall'OPI) potrà scaricare l'allegato dal sito del nostro Ordine provinciale.

n.d.r.

All'interno

Incontro con Papa Francesco	2-3
Dall'Ospedale San Sisto: Validation e Aromoterapia	4-5
Valutazione dolore: il 5º parametro	6-9
Il conto dell'ultima cena	10
Relazione della Presidente FNOPI	11-13
Prima Assemblea OPI Sondrio	14
Melazzini: soluzioni concrete per la presa in carico del malato	15
Giornata dell'infermiere	16

Saluto di Barbara Mangiacavalli* al Santo Padre

Santo Padre,
è con immensa gioia e gratitudine che siamo qui, innanzi a Lei.
Rappresentiamo tutti gli Infermieri d'Italia.
Siamo persone che si prendono cura di altre persone, nel naturale cammino umano durante il tempo della sofferenza, della malattia e del morire e della morte.
Siamo persone, che hanno scelto di dedicare la propria vita personale e professionale, posando lo sguardo sull'altro, andando verso l'altro, verso il più fragile con attenzione e cura e quella tenerezza di cui più volte,Lei ha trattato.
Scelta professionale, nel senso più nobile del termine.
L'infermiera che ha aperto l'era moderna della nostra professione, Florence Nigthingale, scriveva che l'assistenza infermieristica è un'arte. Un lavoro artigianale, per rifarci a un'espressione che lei, Santo Padre, usa spesso. Un'arte che però non ha a che fare con la tela o con la pietra, ma con un corpo "tempio dello spirito di Dio".
L'essere Infermiere, non è semplicemente una tecnica, ma un processo che coinvolge anima, mente ed immaginazione .
Si deve possedere un'immaginazione creativa, una sensibilità di spirito, un intuito originale che precede i bisogni delle persone che ci si affidano.
Dunque si debbono possedere qualità metafisiche, ma anche competenze clinico assistenziali moderne e rinnovate.

Difatti, i nostri percorsi di laurea conducono ai massimi livelli accademici, sino ai dottorati di ricerca, che hanno quale fine il miglioramento delle nostre competenze scientifico umane.
Siamo professionisti che non eseguono dettagli meccanici. Tutti i riti e le cerimonie che il culto moderno dell'efficienza possono escogitare, tutte le nostre apparecchiature scientifiche, potrebbero non salvarci, se non custodiamo gli elementi intellettuali e spirituali della nostra arte e se mai vedessimo i mezzi più importanti dei nostri fini.
L'assistenza infermieristica, gli infermieri tutti, hanno l'alto valore di servizio alla vita, vogliamo vivere la fedeltà all'uomo, del cui valore la norma è garante.
L'attenzione a questo, costituisce per l'infermiere, una fonte di principi e norme che illuminano la coscienza e la orientano, specialmente nella complessità delle odierne possibilità, a scelte sempre più rispettose della vita e della sua dignità.
È questo il vero esame di ammissione all'arte Infermieristica, la pietra angolare, che sorregge l'edificio e lo costruisce sulla roccia.
Gli infermieri, si assumono Padre Santo, il patrimonio culturale della propria umanità.
Grazie Padre Santo ed è con gratitudine che La invitiamo al nostro Congresso nazionale della Federazione degli Ordini degli Infermieri che si apre lunedì 5 marzo, dopodomani, a Roma e se mai questo non le fosse possibile, ci assicuri la Sua preghiera ed anche ad i nostri cari infermi, perché possiamo sempre assolvere al nostro mandato di bene e di servizio, con tenerezza e gioia.
Grazie!!!

** Presidente Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche - Fnopi*

BOLLETTINO
SALA STAMPA DELLA SANTA SEDE

Sabato 3 marzo 2018 alle ore 11.45, nell'Aula Paolo VI, il Santo Padre Francesco ha ricevuto in Udienza i Membri della Federazione degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI). Pubblichiamo di seguito il ***discorso che il Papa*** *ha rivolto ai presenti all'Udienza:*

Cari fratelli e sorelle, buongiorno!
Sono lieto di incontrarvi e, prima di tutto, vorrei esprimervi la mia riconoscenza e la mia stima per il lavoro così prezioso che svolgete verso tante persone e per il bene di tutta la società. Grazie, grazie tante!
Rivolgo il mio cordiale saluto alla Presidente e a tutta la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, da voi rappresentata quest'oggi. Pur provenendo da una lunga tradizione associativa, tale Federazione può dirsi "neonata" e sta compiendo ora i suoi primi passi. La sua costituzione, confermata da alcuni giorni dal Parlamento italiano, mette meglio in luce il valore delle professioni infermieristiche e garantisce una maggiore valorizzazione della vostra professionalità. Con quasi 450 mila iscritti, formate il più grande ordine professionale italiano, e rappresentate un riferimento anche per altre categorie di professionisti. Il cammino comune che compite vi consente non solo di avere una sola voce e una maggiore forza contrattuale, ma anzitutto di condividere valori e intenti che sono alla base del vostro operato.
È davvero insostituibile il ruolo degli infermieri nell'assistenza al malato. Al pari di nessun altro, l'infermiere ha una relazione diretta e continua con i pazienti, se ne prende cura quotidianamente, ascolta le loro necessità ed entra in contatto con il loro stesso corpo, che accudisce. È peculiare l'approccio alla cura che realizzate con la vostra azione, facendovi carico integralmente dei bisogni delle persone, con quella tipica premura che i pazienti vi riconoscono, e che rappresenta una parte fondamentale nel processo di cura e di guarigione.
Il Codice deontologico infermieristico internazionale, al quale si ispira anche quello italiano, individua quattro compiti fondamentali della vostra professione: «promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza» (Premessa). Si tratta di funzioni complesse e molteplici, le quali toccano ogni ambito della cura, e che adempite in collaborazione con gli altri professionisti del settore. Il carattere sia curativo che preventivo, riabilitativo e palliativo della vostra azione esige da voi un'elevata professionalità, che richiede specializzazione e aggiornamento, anche per la costante evoluzione delle tecnologie e delle cure.
Questa professionalità, però, non si manifesta solo in ambito tecnico, ma anche e forse ancor più nella sfera delle relazioni umane. Stando a contatto con i medici e con i familiari, oltre che con i malati, diventate negli ospedali, nei luoghi di cura e nelle case il crocevia di mille relazioni, che
richiedono attenzione, competenza e conforto. Ed è proprio in questa sintesi di capacità tecniche e sensibilità umana che si manifesta in pieno il valore e la preziosità del vostro lavoro.
Prendendovi cura di donne e di uomini, di

▶ CONTINUA DALLA PRIMA PAGINA

INFERMIERI

la imprescindibile gestione delle cronicità a discapito del sistema ospedaliero, che dovrà farsi carico esclusivamente di quelle che veramente sono acuzie.
L'adeguamento del sistema sanitario, trova una prima espressione con l'emissione del "piano nazionale cronicità" che basandosi proprio sulle evidenze epidemiologiche, ha l'obiettivo di promuovere interventi centrati sulla persona, orientato su una miglior gestione dei servizi, responsabilizzando tutti gli attori dell'assistenza al fine di rendere più efficienti ed efficaci le prestazioni sanitarie, assicurando così maggior uniformità ed equità di accesso alle cure da parte dei cittadini.
In tale contesto l'Infermiere è tra le professioni sanitarie più vicine ai cittadini e nel processo di tutela della salute la professione infermieristica ha la possibilità di giocare un importante ruolo, peraltro già sperimentato in altre regioni, dove l'Infermiere di famiglia o di Comunità sono una realtà.
La stessa Regione Lombardia, con il decreto 569 del 1/01/2018 nel contesto della riforma del sistema sociosanitario ha previsto lo sviluppo di percorsi di "Care e Case management" con particolare riguardo alla presa in carico dei pazienti cronici, impegnandosi a dare specifica attenzione al ruolo dell'Infermiere.
In conclusione, la "questione Infermieristica" è di fondamentale importanza, stante l'esigenza ormai indifferibile di una adeguata formalizzazione organizzativa e contrattuale dei percorsi di crescita professionale, è da essa stessa che dipende in larga parte, la capacità di porsi in prima linea all'interno di modelli assistenziali in grado di far fronte alle sfide future.

▶ CONTINUA DALLA PRIMA PAGINA

LE COSE CHE NON VI HO DETTO

per quanto Vi hanno trasmesso e anche perché sono perfettamente consapevoli che non sempre tutto quello che si "insegna" corrisponde alla realtà delle unità operative ma è giusto tendere sempre all'eccellenza e il nostro dovere è trasmettere anche quei nostri "sogni" che non sempre si sono realizzati; vi prego questi "sogni" fateli vostri.
Siate inoltre riferimento per tutte le persone che oggi sono di supporto all'assistenza infermieristica ma non accettate mai compromessi per ruoli o funzioni che non sono attinenti alla nostra professione, perderemmo tutti credibilità e autorevolezza; tutto ciò che delegate ad altri professionisti sia sempre sostenuto dalla supervisione e appena ne vedrete l'opportunità sempre pronti a motivare, coinvolgere e gratificare chi con noi opera e rende così completa la cura e la riabilitazione dei nostri assistiti. Fate *in* modo che l'attribuzione non diventi DELEGA, ma che il processo di assistenza infermieristica sia sempre nelle vostre mani, che i risultati dell'assistenza infermieristica siano sempre più evidenti pur rimanendo in un'ottica di multidisciplinarietà che mette al centro la persona assistita.

Il vostro futuro professionale sarà denso di soddisfazioni e impegno non esiste professione che apri così in pieno la conoscenza del valore della vita, stupendo che Papa Francesco lo abbia così fortemente sottolineato, siete una risorsa importante di questa società che finalmente ci riconosce sempre più.
Devo inoltre sottolineare con dispiacere che avrei gradito sentire alla Vostra festa di Laurea altrettanto entusiasmo tra alcuni relatori che si sono avvicendati nei vari discorsi, pochi hanno riconosciuto il valore della formazione di base, della presenza in Provincia dell'unica sede di Laurea; mentre sono preoccupato di alcuni Silenzi così assordanti che fanno capire il dispiacere di non vedere riconosciuto il valore di un impegno così oneroso di chi vi ha accompagnato sin qui. Come allora in passato, noi Infermieri dobbiamo essere pronti e vigili nel sostenere la nostra sede di formazione.
Nel concludere Vi ringrazio per quello che mi avete trasmesso con il vostro impegno e attenzione permettetemi quindi con gli auguri più sentiti un abbraccio.

bambini e anziani, in ogni fase della loro vita, dalla nascita alla morte, siete impegnati in un continuo ascolto, teso a comprendere quali siano le esigenze di quel malato, nella fase che sta attraversando. Davanti alla singolarità di ogni situazione, infatti, non è mai abbastanza seguire un protocollo, ma si richiede un continuo – e faticoso! – sforzo di discernimento e di attenzione alla singola persona. Tutto questo fa della vostra professione una vera e propria missione, e di voi degli "esperti in umanità", chiamati ad assolvere un compito insostituibile di umanizzazione in una società distratta, che troppo spesso lascia ai margini le persone più deboli, interessandosi solo di chi "vale", o risponde a criteri di efficienza o di guadagno.
La sensibilità che acquisite stando ogni giorno a contatto con i pazienti faccia di voi dei promotori della vita e della dignità delle persone. Siate capaci di riconoscere i giusti limiti della tecnica, che non può mai diventare un assoluto e mettere in secondo piano la dignità umana. Siate anche attenti al desiderio, talora inespresso, di spiritualità e di assistenza religiosa, che rappresenta per molti pazienti un elemento essenziale di senso e di serenità della vita, ancora più urgente nella fragilità dovuta alla malattia.
Per la Chiesa, i malati sono persone nelle quali in modo speciale è presente Gesù, che si identifica in loro quando dice: «Ero malato e mi avete visitato» (Mt 25,36). In tutto il suo ministero, Gesù è stato vicino ai malati, li ha accostati con amorevolezza e tanti ne ha guariti. Incontrando il lebbroso che gli chiede di essere sanato, stende la mano e lo tocca (cfr Mt 8,2-3). Non ci deve sfuggire l'importanza di questo semplice gesto: la legge mosaica proibiva di toccare i lebbrosi e vietava loro di avvicinarsi ai luoghi abitati. Gesù però va al cuore della legge, che trova il suo compendio nell'amore del prossimo, e toccando il lebbroso riduce la distanza da lui, perché non sia più separato dalla comunità degli uomini e percepisca, attraverso un semplice gesto, la vicinanza di Dio stesso. Così, la guarigione che Gesù gli dona non è solo fisica, ma raggiunge il cuore, perché il lebbroso non solo è stato guarito ma si è sentito anche amato. Non dimenticatevi della "medicina delle carezze": è tanto importante! Una carezza, un sorriso, è pieno di significato per il malato. È semplice il gesto, ma lo porta su, si sente accompagnato, sente vicina la guarigione, si sente persona, non un numero. Non dimenticatelo.
Stando con i malati ed esercitando la vostra professione, voi stessi toccate i malati e, più di ogni altro, vi prendete cura del loro corpo. Quando lo fate, ricordate come Gesù toccò il lebbroso: in maniera non distratta, indifferente o infastidita, ma attenta e amorevole, che lo fece sentire rispettato e accudito. Facendo così, il contatto che si stabilisce con i pazienti porta loro come un riverbero della vicinanza di Dio Padre, della sua tenerezza per ognuno dei suoi figli. Proprio la tenerezza: la tenerezza è la "chiave" per capire l'ammalato. Con la durezza non si capisce l'ammalato. La tenerezza è la chiave per capirlo, ed è anche una medicina preziosa per la sua guarigione. E la tenerezza passa dal cuore alle mani, passa attraverso un "toccare" le ferite pieno di rispetto e di amore.
Anni fa, un religioso mi confidò che la frase più toccante che gli era stata rivolta nella vita era quella di un malato, che egli aveva assistito nella fase terminale della sua malattia. "La ringrazio, padre – gli aveva detto – perché lei mi ha sempre parlato di Dio, pur senza nominarlo mai": questo fa la tenerezza. Ecco la grandezza dell'amore che rivolgiamo agli altri, che porta nascosto in sé, anche se non ci pensiamo, l'amore stesso di Dio.
Non stancatevi mai di stare vicini alle persone con questo stile umano e fraterno, trovando sempre la motivazione e la spinta per svolgere il vostro compito. Siate anche attenti, però, a non spendervi fino quasi a consumarvi, come accade se si è coinvolti nel rapporto coi pazienti al punto da farsi assorbire, vivendo in prima persona tutto ciò che accade loro. Quello che svolgete è un lavoro usurante, oltre che esposto a rischi, e un eccessivo coinvolgimento, unito alla durezza delle mansioni e dei turni, potrebbero farvi perdere la freschezza e la serenità che vi sono necessarie. State attenti! Un altro elemento che rende gravoso e talora insostenibile lo svolgimento della vostra
professione è la carenza di personale, che non può giovare a migliorare i servizi offerti, e che un'amministrazione saggia non può intendere in alcun modo come una fonte di risparmio.
Consapevole del compito così impegnativo che svolgete, colgo l'occasione per esortare i pazienti stessi a non dare mai per scontato quanto ricevono da voi. Anche voi, malati, siate attenti all'umanità degli infermieri che vi assistono. Chiedete senza pretendere; non solo aspettatevi un sorriso, ma anche offritelo a chi si dedica a voi. A questo proposito, un'anziana signora mi ha raccontato che, quando si reca in ospedale per le cure di cui ha bisogno, è così grata ai dottori e agli infermieri per il lavoro che svolgono, che cerca di mettersi elegante e di farsi bella per dare a sua volta qualcosa a loro. Nessuno quindi dia per scontato quanto gli infermieri fanno per lui o per lei, ma nutra sempre per voi il senso di rispetto e gratitudine che vi è dovuto. E con il vostro permesso, io vorrei rendere omaggio a un'infermiera che mi ha salvato la vita. Era un'infermiera suora: una suora italiana, domenicana, che è stata inviata in Grecia come professoressa, molto colta... Ma sempre come infermiera poi è arrivata in Argentina. E quando io, a vent'anni, ero in punto di morte, è stata lei a dire ai dottori, anche discutendo con loro: "No, questo non va, bisogna dare di più". E grazie a quelle cose, io sono sopravvissuto. La ringrazio tanto! La ringrazio. E vorrei nominarla qui, davanti a voi: suor Cornelia Caraglio. Una brava donna, anche coraggiosa, al punto da discutere con i medici. Umile, ma sicura di quello che faceva. E tante vite, tante vite si salvano grazie a voi! Perché state tutto il giorno lì, e vedete cosa accade al malato. Grazie di tutto questo!
Salutandovi, esprimo il mio auspicio che il Congresso, che terrete nei prossimi giorni, sia una fruttuosa occasione di riflessione, confronto e condivisione. Invoco su tutti voi la benedizione di Dio; e anche voi, per favore, pregate per me.
E adesso – in silenzio, perché voi siete di diverse confessioni religiose – in silenzio preghiamo Dio, Padre di tutti noi, perché ci benedica.
Il Signore benedica tutti voi, e i malati che voi accudite.
Grazie!

Anche noi dal Papa

di Marusca Azzalini e Severina Moraschinelli

Sì: ecco la risposta immediata quando siamo state informate dell'organizzazione di OPI Sondrio all'udienza del 3 marzo dal Papa. L'idea di incontrare, vedere e ascoltare Papa Francesco ha suscitato subito in noi un grande interesse e una grande emozione. La partenza in pullman è stata fissata per venerdì 2 marzo in serata per raggiungere Roma il mattino presto. Una piccola colazione e poi subito verso la sala Paolo VI dove verso le 11.30 ha fatto il suo ingressi il Santo Padre. Nonostante i posti a sedere l'emozione ci ha portate a stare in piedi per tutto il tempo dell'incontro. Emozionante è stato vedere Sua Santità entrare avvolto nel suo abito bianco che lo rende, ai nostri occhi, ancora più solare e luminoso. Parole le sue semplici ma enormemente toccanti in quanto capace di prendere in considerazione tutte le componenti del nostro lavoro definendolo insostituibile nell'assistenza del malato. Evidenza la necessità di una preparazione tecnica unita ad una grande capacità nelle relazioni umane. Noi siamo "...il crocevia di mille relazioni..." stando a contatto con pazienti, medici e famigliari. Papa Francesco ci raccomanda di prestare attenzione anche al desiderio di spiritualità e assistenza religiosa che per molti pazienti è un' elemento importante ma a volte rimane inespresso e la chiave per capire l'ammalato sta nella "… Tenerezza … una medicina preziosa per la guarigione … passa dal cuore alle mani..." Il nostro lavoro è finalizzato alla cura del malato ma dice anche "... State attenti a non spendervi fino a consumarvi …" facendoci coinvolgere troppo dal rapporto con i pazienti. Al termine del discorso esorta i malati invitandoli a prestare attenzione all' umanità degli infermieri e a chiedere senza pretendere. Questa è in breve la giornata trascorsa con Papa Francesco anche se non sarà breve il ricordo dentro noi.
Un grazie particolare a chi ha organizzato questo momento, a chi ci ha invitato a partecipare e a chi è venuto con noi permettendoci così di condividere un'emozione così grande.

Il viaggio da Papa Francesco

di Gabriella Ilarietti

"Sono lieto di incontrarvi e, prima di tutto, vorrei esprimervi la mia riconoscenza e la mia stima per il lavoro così prezioso che svolgete verso tante persone per il bene di tutta la società. Grazie, grazie tante!"
Con queste semplici parole alle 11.45 del 3 marzo 2018 una rappresentanza degli infermieri italiani è stata ricevuta in udienza privata dal Santo Padre Francesco.
Un' avventura iniziata la sera del 2 marzo quando con un gruppo di colleghi dell'OPI Sondrio sono partita dalla Valtellina con destinazione Roma. Le dieci ore di viaggio in pullman non ci hanno di certo spaventato, anzi è stata un'occasione per ritrovare colleghi che non vedevamo da tempo, conoscerne di nuovi, scambiarci battute su problemi legati alla professione, ai turni, ai capi sala ma anche sulle nostre vicissitudini personali (figli, scuola, mariti…).
Alle 9.30 del 3 marzo siamo stati accolti da una Roma piovosa. Tuttavia l'entusiasmo e l'emozione di incontrare il Pontefice ha avuto il sopravvento sulla stanchezza del viaggio e su una notte quasi completamente insonne. Senza perdere di vista il nostro capogruppo Cesare, abbiamo attraversato incolumi i controlli di routine e ci siamo diretti verso l'Aula Paolo VI così chiamata in ricordo del Pontefice sotto il quale è stata edificata, ma oggi spesso nota con il nome del suo architetto Nervi.
Al nostro ingresso l'auditorium, con le sue grandi vetrate e la magnifica scultura bronzea della Resurrezione di Cristo, era già gremito di infermieri malgrado il grande anticipo sull'ora dell'udienza.
Verso mezzogiorno hanno fatto ingresso le Guardie Svizzere nella loro pittoresca divisa blu e gialla e poco dopo è entrato il Papa.
Indipendentemente dall'essere credente o meno, la vista del Santo Padre ha emozionato tutti i 6.500 colleghi presenti. Il sorriso di Francesco, la sua calma, la pace e l'amore che sa trasmettere toccano il cuore.
L'udienza si è aperta con il discorso della nostra Presidente Barbara Mangiacavalli.
Papa Bergoglio ha esordito salutando la "neonata" Federazione degli Ordini, per poi continuare il suo intervento con delle parole bellissime, mai banali, piene di sensibilità, ricche di significati e spunti di riflessione. Un discorso spesso interrotto dai nostri applausi.
Il Santo Padre ha sottolineato come gli infermieri diventino negli ospedali, nei luoghi di cura il crocevia di mille relazioni umane con i medici, con i familiari che richiedono attenzione, competenza e conforto. Nella sintesi di queste capacità tecniche e sensibilità umana si manifesta in pieno il valore e la preziosità del nostro lavoro.
Il Pontefice ha dimostrato di essere a conoscenza dei problemi che gli infermieri italiani affrontano ogni giorno dando ai nostri amministratori una "tirata d'orecchie": la carenza di personale non può aiutare a migliorare i servizi offerti, ma soprattutto non può essere intesa da una amministrazione saggia come fonte di risparmio. Ci ha anche ricordato di non spenderci fino quasi a consumarci, come spesso accade quando si è coinvolti nel rapporto con i pazienti, al punto tale da farsi assorbire vivendo in prima persona ciò che accade loro. Il rischio che corriamo, ha sottolineato il Papa, è quello di un eccessivo coinvolgimento che potrebbe far perdere la freschezza e la serenità che ci sono necessarie.
L'incontro si è concluso con il racconto di un episodio della vita personale di Francesco: a vent'anni si è trovato sul punto di morte ed è stata un'infermiera suora, suor Cornelia Caraglio, a dire ai medici: "No, questo non va, bisogna dar di più". Grazie a tali attenzioni egli sopravvisse.
Il Papa ci ringrazia, ringrazia noi per le azioni curative, preventive, riabilitative e palliative che svolgiamo; per la nostra elevata professionalità che richiede un continuo aggiornamento dovuto alla costante evoluzione delle tecnologie e cure. Ci ha anche chiesto di non dimenticare la "medicina delle carezze": una carezza, un sorriso sono pieni di significato per il malato. Sono gesti semplici, con cui si sente accompagnato, sente vicina la guarigione, si sente persona e non un numero.
Finita l'udienza, la sospirata "amatriciana" e il rientro in valle.
Sono certa che quelle parole così umane e veritiere che il Santo Padre ha rivolto a noi e alla nostra professione ci rimarranno dentro a lungo.

IL METODO VALIDATION E ALZHEIMER:
un approccio per accompagnare la persona affetta da demenza attraverso il linguaggio e la relazione terapeutica

di Paola Crameri*

L'aumento della longevità nella seconda metà del secolo scorso ha portato a un incremento mai raggiunto in precedenza di persone affette da demenza, sia nei paesi sviluppati, che nei paesi in via di sviluppo. È una patologia progressiva, tuttora inguaribile seppure curabile.

Il decorso della malattia è caratterizzato dalla presenza di *sintomi cognitivi* quali perdita di memoria, disorientamento spaziale e temporale, confusione, anomia, agnosia, afasia, sintomi comportamentali quali agitazione, aggressività, vagabondaggio, insonnia, allucinazioni, deliri e *sintomi funzionali* che comportano la compromissione fino alla perdita totale delle abilità funzionali della vita quotidiana.

La demenza è un problema che *coinvolge la persona nella sua globalità*. Comporta situazioni nuove alle quali non si è minimamente preparati. Necessita di cambiamenti tempestivi, che possono insorgere con rapidità ed è quindi utile cercare di far chiarezza il prima possibile in merito a incomprensioni, dubbi o incertezze.

Sono presenti molte difficoltà e carenze nella presa a carico di persone affette da demenza che possono cambiare drasticamente il risultato terapeutico per quel che concerne la qualità delle cure fornite. Secondo i dati riportati dall'Alzheimer's Disease International, attualmente l'incidenza (nuovi casi) di persone con demenza nel mondo è pari a 9,9 milioni.

Circa una ogni 5 secondi. Inoltre la prevalenza globale (casi attuali) di persone che convivono con tale patologia è di 46,8 milioni e si stima che entro il 2040 tale cifra sia destinata a duplicarsi. La prevalenza inerente le demenze varia da paese a paese. Essa è influenzata da fattori culturali e socioeconomici e sembrerebbe che i paesi più sviluppati siano maggiormente colpiti.

Il World Health Organization (WHO) ha stimato che nel 2025 tre quarti della popolazione sopra i 60 anni vivrà in paesi sviluppati. Attualmente, però, l'America sembra essere il continente maggiormente colpito e si pensa che ciò possa essere attribuito alla carenza di studi, metodologia e criteri diagnostici idonei. L'enorme incremento della malattia d'Alzheimer e delle demenze in generale ha portato alla ricerca di nuove strategie d'intervento per far fronte a questo fenomeno. Le numerose ricerche inerenti trattamenti specifici faticano a sostenere risultati efficaci sia per le persone affette dalla malattia sia per i familiari che spesso si trovano in difficoltà nel gestire le proprie azioni e non sono consapevoli della situazione. Risulta difficile proporre nuove idee e visioni ad altre persone, in quanto questo comporterebbe una modifica di quegli elementi consueti che sono ormai radicati nel profondo. Secondo

Gustave Le Bon in "Psicologia delle folle" il gruppo di persone sono maggiormente predisposte all'azione piuttosto che al ragionamento. Quest'ultime non accettano nessun tipo di ragionamento, ma seguono l'istinto e sono più predisposte a ricevere idee senza capirne il significato più profondo (Le Bon 1895).

La Validation, come altri approcci non farmacologici, s'impegnano a far fronte alla problematica legata alla gestione della persona affetta da demenza, mettendo al centro la persona e non la malattia. Da diversi anni lavoro in un reparto di lungodegenza. Lì ho fatto le mie prime esperienze rispetto al disturbo del comportamento della persona con demenza. Lavorando in Team ci si confronta spesso sulla necessità di avere maggiori competenze specifiche per migliorare la qualità di vita e la quotidianità in reparto. Tra i tanti strumenti, che ho avuto la possibilità di conoscere, mi ha colpito positivamente il Metodo Validation. Fu sviluppato a partire dal 1963 dalla gerontologa e terapeuta sociale americana Naomi Feil. La gerontologa proponeva un cambiamento di prospettiva nel rapporto con la persona: anziché puntare sul ragionare, tentativo molto spesso inefficace, o sulla bugia terapeutica, ben poco rispettosa della sua dignità, che sposta il problema senza prenderlo in considerazione, occorre *dare valore (to validate):* dare valore alle emozioni della persona, qualsiasi esse siano. Si tratta di un metodo di comunicazione verbale e non verbale con e per gli anziani male orientati e disorientati, con disturbi dell'area cognitiva e comportamentale. Ha un proprio sistema di classificazione delle varie fasi di disorientamento (fase dei disturbi dell'orientamento, della confusione temporale, dei movimenti ripetitivi e della vita vegetativa) e tecniche specifiche per interventi individuali o di gruppo. Lo scopo del metodo Validation è il recupero dell'autostima attraverso un approccio empatico, rispettoso e di calore umano, per il quale spesso generano fiducia e stimolano la comunicazione. Aiuta ad abbassare il livello del disturbo comportamentale, valorizza il vissuto della persona, migliora il suo senso di dignità e di appartenenza, aiuta a chiarire i contrasti del passato non risolti, riduce la necessità di contenzione fisica e farmacologica, migliora la comunicazione verbale e non verbale, evita il ripiegamento in sé stessi, fino alla vita vegetativa e migliora il portamento ed il benessere fisico.

Il metodo Validation interviene lavorando sulla comunicazione a livello emozionale. La capacità di avere emozioni non la si perde mai. I sentimenti non invecchiano, la memoria emozionale resta. Validation riconosce e considera autentici tutti i sentimenti delle persone anziane. L'atteggiamento da promuovere deve essere convalidante. Cioè, empatico, rispettoso, con calore umano, di ascolto attivo, di autenticità, di comprensione dei simboli e avere la capacità di mettere da parte i propri sentimenti, producendo di conseguenza un sentimento di fiducia che diminuisce l'ansia e aumenta l'autostima. Implica un lavoro su noi stessi, una nostra crescita personale. Le tecniche, senza l'atteggiamento convalidante, servono a poco. Essere empatici è la qualità più significativa di una persona che pratica il metodo Validation. L'empatia ci aiuta a metterci nei panni dell'anziano disorientato, a comprendere il meglio possibile cosa sta provando in questo momento, quale esperienza sta facendo, quali potrebbero essere le emozioni e i suoi bisogni, il tempo in cui si trova. La persona empatica non giudica, perché l'empatia richiede una sospensione dei giudizi e pregiudizi personali per vedere il problema con gli occhi dell'altro, anche se non siamo d'accordo con questo modo di vedere. Importante è trattare la persona da adulto a adulto (rispetto), con profonda accettazione dell'individuo (calore umano), ponendosi in maniera interessata (ascolto attivo), essere sempre sinceri (autenticità) e capire l'importanza, non necessariamente il significato (simboli).

Convalidare significa non assumere atteggiamenti superficiali e liquidatori, ma significa interessarsi sinceramente. Gli anziani capiscono quando una persona è sincera, non ricorderà il nome, ma si affiderà a lei e la riconoscerà. Quindi sarà meno sola e si chiuderà meno in sé stessa: si sentirà ascoltata e compresa e quindi un aumento del suo benessere e della sua autostima.

Secondo Naomi Feil, esprimere le emozioni può essere considerato un bisogno umano fondamentale. L'espressione di emozioni pure, non filtrate, fondamentali e universale è un'esigenza importante delle persone con disturbi dell'orientamento e disorientate. Gli anziani disorientati hanno il bisogno di esprimere le emozioni umane basilari: gioia, piacere, amore, rabbia, collera, dispiacere, odio, paura, colpa, vergogna, ansia, tristezza, infelicità, angoscia, disgusto. Queste emozioni possono essere espresse verbalmente e non, con parole, espressioni, gesti, movimenti, suoni e con simboli.

Chi è a contatto con persone affette da demenza deve accettare la persona per quello che è adesso, al presente, e non cercare di cambiarla. Non ci si può aspettare che la persona disorientata torni come prima. A essere cambiata è proprio la norma. Quello che è importante per te non significa che lo sia anche per la persona affetta da demenza: forse, sono altri gli aspetti e i momenti della sua vita che considera più importanti. La persona in quel determinato momento vive emozioni proprie di un'altra fase della sua vita. Cose che sono rimaste imprigionate per anni riaffiorano in superficie e pretendono attenzione. La persona demente esprime queste emozioni perché è troppo doloroso tenerle chiuse dentro di sé. Il modo migliore per sostenerla è aiutarla a esprimere tutto quello che deve uscire. I disturbi dell'orientamento, la confusione temporale, i movimenti ripetitivi, lo stato vegetativo sono le quattro fasi della risoluzione. Le persone dementi che sono bloccate da profonde emozioni irrisolte, rimaste in sospeso nelle prime fasi della vita, spesso ritornano al passato per risolverle. Sono fasi che descrivono un processo di allontanamento dal qui e ora, dalle persone che ci circondano, dal presente, dall'ambiente circostante: è un meccanismo di sopravvivenza, profondamente connesso a un bisogno di risolvere, ritrarsi, rivivere o ridurre. Nella nostra realtà, non c'è nulla che possa appagare questo bisogno. Anzi la nostra realtà spinge la persona a ritirarsi sempre di più in sé stessa. Per questo motivo è necessario centrarsi, osservare, trovare la distanza appropriata e trovare l'empatia. Importante è cercare di entrare nel mondo della persona sentendo ciò che sente nel profondo, valorizzando il livello emotivo senza forzare la persona, ma lasciandola esprimere liberamente attraverso tecniche verbali: domande aperte, riformulando quello che ha detto l'altra persona, chiedere l'estremo, ricordare il passato, usare il senso preferito. Oppure utilizzare tecniche non verbali: rispecchiarsi, stabilire un contatto oculare genuino, usare il tocco, parlare con un tono di voce chiaro e calmo, usare l'ambiguità, collegare il comportamento al bisogno, usare la musica il canto, la preghiera. Finora questo metodo è utilizzato negli USA, in Canada, Australia, Giappone e in molti paesi dell'Europa Occidentale.

Il metodo Validation non è indicato per persone affette da malattie psichiche, l'abuso di droghe, origine traumatica ecc. (Siviero, 2009).

"Ricordi sfumati…affievoliti, affiorano alla mente
Domande e pensieri che accavallandosi si perdono.
Passo dopo passo cerco ancora
un alito di vita, un'emozione
Ma… mi sfugge…
Cerco, rincorrendo senza fiato i pensieri
Che prima mi erano vicini
E, intanto… il domani è già ieri."

Giampaolo Murgia

PER CONCLUDERE:

Bibliografia e sitografia

- Alzheimer's Disease International. Materiale informativo. Recuperato il 20 marzo 2018, da http.//www.alz.co.uk/alois-alzheimer.
- Le Bon, G. (1895). *Psicologia delle Folle*. TEA. Recuperato da http://www.gutenberg.org/files/24007/24007-h/24007 -h.ht
- Naomi, Feil. (2013) Validation. Il metodo Feil. Per comprendere ciò che i grandi anziani fanno nella mente e nel cuore.
- Naomi, Feil. (1996) Il metodo Validation. Una nuova terapia per aiutare gli anziani disorientati.
- Vicki. de Klerk-Rubin. (2015)Il metodo Validation. Costruire relazioni serene con la persona con demenza.
- Associazione Alzheimer Svizzera. Materiale informativo. Recuperato il 20 marzo 2018, da http:/www.alz.ch/ti/index.php/material-informative.html
- MURGIA G., *Le demenze. Trattamento multidisciplinarenell'anziano con disturbi del comportamento*, Trento, Editrice UNI Service, 2010, p.131.

Letteratura grigia

- Heidi Bontadelli, Dolores Buzzi. 2012/2013. Documentazione corso operatore Validation, Poschiavo.

* *Infermiera Capo Reparto Lungo Degenza Centro Sanitario Val Poschiavo*

AROMATERAPIA

di Cristina Fontana*

"Quando la vostra intenzione è quella di trasferire energia carica di amore, non potete assolutamente fallire… perché nel regno dell'inconscio l'intenzione corrisponde all'azione."

Leonard Laskow (1922)

L'Aromaterapia è un metodo di cura complementare alle terapie convenzionali classiche che utilizza oli essenziali puri di grado terapeutico estratti da fiori, foglie, frutti, scorze, radici ed altre parti di piante medicinali attraverso la distillazione a vapore o spremitura.

Si tratta del rimedio naturale per eccellenza in quanto può contare sulla maggiore evidenza clinica e scientifica ed è in grado di agire positivamente e simultaneamente sulla sfera fisica, mentale ed emozionale di una persona contribuendo cosi a ristabilire l'equilibrio tra corpo, mente e spirito per il raggiungimento e il mantenimento del benessere.

Come già in un rapporto tecnico dell'OMS del 1996 a Ginevra si legge dell'importanza degli approcci complementari in un piano terapeutico infermieristico individualizzato, così il professionista moderno non può escludere dalla propria attività la possibilità di unire alle convenzionali tecniche di approccio anche il tocco terapeutico, l'uso di essenze per via inalatoria e topica, massaggi e altri metodi complementari ispirati al modello naturale, olistico, individuale ed energetico.

L'aromaterapia è, nello specifico, un approccio olistico e naturale che non si propone come metodo sostitutivo o alternativo ma come coadiuvante e integrante in un piano di cura in ambito preventivo, curativo e riabilitativo.

Di approccio olistico ne sentiamo parlare dai tempi di Florence Nightingale, ma la svolta moderna sta nell'unire a questo punto, fermo e insindacabile, il fatto che l'uomo e l'ambiente siano due sistemi interagenti che si scambiano in continuazione l'un l'altro la materia e l'energia, contribuendo alla "costruzione" di un bagaglio biologico, fisico, sociale, psicologico e spirituale che si fonde con il calore umano (Rogers 1991).

In tutte le culture umane antiche le piante aromatiche che sono state utilizzate a fini curativi, estetici, religiosa e in molti altri aspetti della vita quotidiana: essenze aromatiche sono state ritrovate nelle tombe di faraoni, erano molto usate dai Greci, dai Romani, dai Cinesi e dagli Indiani fino ad arrivare all'utilizzo terapeutico degli oli essenziali affinato in Francia da Renè-Maurice Gattefossè e Jean Valnet che verso la metà del '900 aprirono la strada all'aromaterapia moderna, dandone la necessaria base scientifica e metodologica supportata da ricerche, studi e sperimentazioni.

Gli oli essenziali infatti, sono versatili, potenti ed efficaci e il loro utilizzo è semplice e sicuro, avendo ben poche controindicazioni ma certo, per esaltare il potenziale con competenza, necessitano di conoscenze e abilità acquisite e mantenute attraverso un percorso formativo specifico che personalmente mi ha arricchita notevolmente e non solo come professionista.

E' bene precisare che gli oli essenziali ad uso professionale per la salute dovrebbero essere sottoposti a criteri di qualità molto severi in modo che se ne possa garantire il valore terapeutico e devono essere usati con sistematicità e metodo.

Essi infatti portano all'interno dell'organismo principi attivi in grado di innescare una risposta fisiologica avvalendosi della proprietà liposolubile di attraversare la membrana cellulare.

E' grazie al potere di penetrare a livello intracellulare che i costituenti dell'olio innescano una risposta cellulare sistemica nell'arco di 20 minuti per poi essere metabolizzati come tutti gli altri nutrienti.

Gli oli essenziali sono potenti antiossidanti che inibiscono la generazione di radicali liberi (Fang et al., 2002) hanno proprietà antibatteriche, antifunginee (si legga lo studio mondiale dott. Gelmini Fabrizio, ricercatore Dipartimento di Cure Farmaceutiche, Università Degli Studi di Milano, sulla risoluzione della carica microbica in struttura con l'utilizzo di miscele oli essenziali!), antimicrobiche, antitumorali, antiparassitarie, antivirali e antisettiche.

E' stato dimostrato che gli oli essenziali distruggono numerosi batteri e virus dannosi contribuendo a rafforzare il sistema immunitario (Serafino et al, 2008).

Sulla base di questi principi, in linea con una più moderna e attuale filosofia di qualità della cura, nei reparti del Centro Sanitario della Valposchiavo, per esempio, si integra quotidianamente l'aromaterapia.

Per esempio, si aggiungono gocce di olio essenziale di lavanda nella pratica dell'igiene intima in quei soggetti maggiormente predisposti alle infezioni alle vie urinarie.

Interessante, per esempio, scoprire che aggiungendo 2 gtt di olio essenziale di basilico in un cucchiaio da cucina di olio di oliva, in persone con diabete mellito, si possa aiutare la diminuzione del glucosio serico postprandiale.

Oppure, ancora, come si possa intervenire sulla costipazione dell'anziano, massaggiando a livello addominale olio essenziale di rosmarino, limone e menta piperita.

Numerosi sono gli esempi pratici, come altrettanto numerosi sono le sperimentazioni e gli studi in merito all'aromaterapia clinica che, se utilizzata in modo corretto, vanta di un rischio di effetti collaterali basso e improbabile.

Ancor più interessante scoprire che alcuni costituenti chimici come i sesquiterpeni contenuti continuamente nell'olio essenziale di incenso e sandalo siano noti per la loro capacità di penetrare la barriera emato-encefalica interagendo direttamente con le cellule celebrali e come ad esempio siano in grado di creare un "ponte" sulla membrana mielina danneggiata in caso di Alzheimer! Altro interessante spunto di riflessione viene offerto della possibilità di ricavare risposte emozionali e ricordi attraverso l'attivazione del bulbo olfattivo, in quanto odori ed emozioni vengono elaborati in strutture celebrali situate nel sistema limbico, dove peraltro sono immagazzinati e liberati i traumi emotivi.

Da qui l'efficacia dell'aromaterapia a livello ambientale utilizzata in struttura CSVP per ridurre il disagio emozionale dei ricoverati e dei loro congiunti in cui hanno un impatto olfattivo gradevole già nel momento in cui varcano la soglia del reparto.

Si pensi a quanto aumenti stress, disagio e disgusto l'essere accolti da un odore sgradevole in una struttura sanitaria dove, per forza di cose, c'è un condizionamento di disinfettanti e deiezioni organiche.

Con un semplice intervento di aromaterapia clinica è possibile offrire una migliore accoglienza ambientale, energizzante e rasserenante per l'ospite, il familiare ed il personale curante, sino ad arrivare a veri e propri interventi atti a limitare e contenere momenti di instabilità-scompenso emotivo come ad esempio rabbia, frustrazione e angoscia.

Utilizzare in maniera competente gli oli essenziali per via inalatoria (olfattiva - respiratoria) e attraverso il tocco terapeutico - massaggio anche solo della mano, può davvero fare la differenza ed essere di grande aiuto nel sostenere un anziano fragile, disorientato, malinconico e "solo", lontano dai propri affetti e punti di riferimento.

Studi recenti testimoniano quanto si possano stimolare attività cognitive dell'anziano sano e di quello affetto da demenza così come altri ne testimoniano l'efficacia su pazienti ricoverati nei pronto soccorso per ridurre ansia e disagio.

E' proprio nei momenti di sofferenza e disagio che il mondo delle emozioni può inviare i suoi messaggi più violenti e contraddittori (psicosomatica) ed é anche con questi che gli infermieri, che si occupano della cura, si devono necessariamente relazionare per entrare nell'universo del paziente, per analizzare le risposte umane, le richieste e le esigenze.

Aprirsi con consapevolezza all'integrazione delle cure complementari nell'ambito di un piano di cura, in affiancamento alle cure classiche tradizionalmente conosciute, trovo che rappresenti una risorsa preziosa per intervenire sulla salute che, altro non è, che l'ottimale equilibrio armonico tra mente, corpo e spirito.

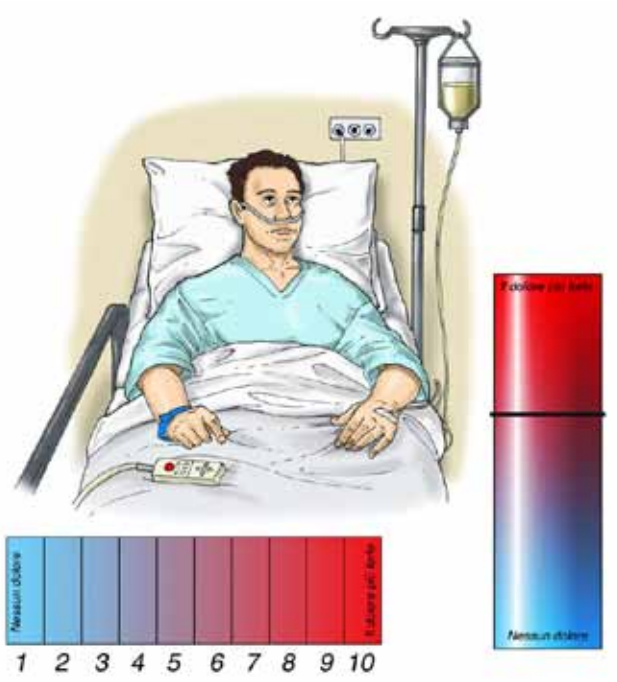
Fondamentale è potersi avvalere della medicina moderna con tecniche e terapie sempre più all'avanguardia, ma diverse e sempre più numerose sono le strutture sanitarie nazionali e non che si avvalgono anche delle terapie complementari per offrire un supporto terapeutico qualitativamente più umano, mirato e soddisfacente come realtà tangibile e concreta al servizio della persona.

* *Cristina Fontana Infermiera presso il Centro Sanitario della Val Poschiavo, reparto di lungodegenza Corso in aromaterapia livello base, intermedio, avanzato presso Equilibrium Swiss, Lugano.*

IL QUINTO PARAMETRO: quale ruolo ha l'infermiere?

La valutazione del dolore come competenza infermieristica

di Di Cara Cinzia*



INTRODUZIONE

Il dolore è un tema dibattuto da decenni, che viene trattato in letteratura in ambiti specifici e nei diversi studi ne vengono ben delineati i contesti di rilevazione e gestione dello stesso. Ciò avviene a causa della grande varietà di caratteristiche con cui il dolore si presenta: acuto, cronico, oncologico; o per le fasce di età che colpisce: pediatrica, adulta, anziana; o ancora per il tipo di trattamento che viene adoperato per ridurlo: farmacologico o non farmacologico.
Quello che risulta ben chiaro è però la sua definizione, rintracciabile in qualsiasi studio venga ricercata; ma allora perché si sente la necessità di trattare ancora questo tema se per anni ne sono state ricercate le evoluzioni in merito a valutazione e gestione del dolore in diversi ambiti? Qual è la considerazione che nelle diverse realtà viene data al dolore?
L'obiettivo di questo lavoro è quello di riproporre lo stato dell'arte in merito a una corretta valutazione e gestione del dolore, al ruolo che l'infermiere ricopre in tale percorso e gli strumenti validati per la corretta interpretazione dei dati.
La definizione di dolore che maggiormente viene riportata nei diversi studi pervenuti è quella fornita da IASP (International Association for the Study of the Pain) nel 1986, secondo la quale:

"il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. È un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito."

Parliamone

Pubblicato ed inviato a tutti gli iscritti
OPI Sondrio.

E-mail: info@ipasviso.org

Direttore: Ercole Piani

Presidente OPI: Giuseppe Franzini

Redazione: Cinzia Di Cara, Michele Gaggini, Bruno Robustelli Test, Gabriele Tam, Elena Valli

HANNO COLLABORATO

Gabriella Ilarietti, Maruska Azzalini, Severina Moraschinelli, Paola Crameri, Cristina Fontana e Barbara Mangiacavalli.

Il dolore è un fenomeno caratterizzato da varie dimensioni:
- Intensità
- Qualità
- Andamento nel tempo
- Impatto
- Sede
- Significato personale

Viene considerato il **quinto segno vitale** (Stephenson, 1999). Al fine di tutelare il cittadino che vive l'esperienza dolorosa, la Costituzione Italiana ha emanato la legge 38 del 15 Marzo 2010, che all'art.1 comma 3 dichiara necessario "*assicurare un programma di cure individuale per il malato e per la sua famiglia*". In tale programma gioca un ruolo fondamentale il professionista infermiere il quale si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza (art.34 Codice Deontologico Infermieri, 2009).
Nel 2005 Motta nel suo studio riconobbe uno "Statuto infermieristico del dolore", nonché la concettualizzazione del dolore come categoria diagnostica di competenza infermieristica; attraverso i modelli concettuali dell'assistenza infermieristica è infatti, possibile creare un processo di standardizzazione del linguaggio e di classificazione di fenomeni, ma date le molteplici variabili che caratterizzano il dolore, l'infermiere deve personalizzare l'assistenza infermieristica in base alla persona che sente dolore. Questo non vuol dire non utilizzare strumenti validati che ne diano un'oggettività universale ma si intende adattare l'azione professionale a tutte le componenti soggettive che la persona esprime come bisogno (Comberiati e Santona, 2012).
Anche Yura e Walsh nel 1992 avevano considerato la concettualizzazione del dolore come competenza infermieristica e l'avevano identificata come "bisogno di libertà dal dolore", in questo modo il dolore è inteso come entità specifica di uno o più bisogni e in modo tale deve essere soddisfatto come bisogno autonomo. Ecco perché viene riconosciuto anche per NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) come una diagnosi infermieristica.

1. IL DOLORE E LA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

Negli ultimi anni il tema è stato trattato con grande sensibilità e sono state stipulate diverse linee guida nazionali e regionali che fornissero le raccomandazioni necessarie a una corretta valutazione, gestione e trattamento del dolore e della persona che manifesta il bisogno.
Di seguito propongo le principali fasi che costituiscono le linee guida riconosciute da RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) del 2002 riguardo l'accertamento e la gestione del dolore:

1. **Screening per il dolore**: fare uno screening a tutte le persone a rischio di dolore almeno una volta al giorno, ponendo domande a loro o a un loro familiare sulla presenza di dolore o disagio
2. **Parametri di valutazione di dolore**: utilizzo di strumenti validati e standardizzati che comprendano tutti i parametri che caratterizzano il dolore, dalla localizzazione,l'intensità, i tempi di insorgenza, fattori scatenanti ecc.
3. **Valutazione completa del dolore:** questa fase include anche un esame obiettivo e le componenti psico-sociali che possono intervenire sull'esperienza dolorosa
4. **Rivalutazione e valutazione continua del dolore**: monitoraggio della persona dopo 15- 30 min. dall'intervento effettuato per alleviare il dolore.
5. **Documentazione della valutazione del dolore**: documentare in un modulo standardizzato l'esperienza del dolore vissuta dalla persona e insegnare ai familiari come documentare l'esperienza dolorosa nel caso di trattamenti prolungati
6. **Comunicazione dei risultati della valutazione del dolore**: poiché l'intervento prevede una multidisciplinarietà al fine di poter risolvere al meglio il bisogno espresso dalla persona, è necessario comunicare al team interdisciplinare quali metodi di valutazione sono stati utilizzati e i risultati che hanno mostrato.
7. **Stabilire un piano per la gestione del dolore**: consiste nel creare un piano il più universale possibile ma che si adegui alle necessità della persona e della famiglia; si sviluppa attraverso un team multidisciplinare che tenga conto di tutti i fattori inerenti la valutazione e la rivalutazione. Qualsiasi modificata apportata al piano deve essere registrata e condivisa con la persona e/o familiare, ai quali viene consegnata una copia del piano.
8. **Gestione farmacologica**: si intende la gestione del dolore attraverso terapie farmacologiche; ciò comporta il monitoraggio oltre che dell'evoluzione del dolore anche degli effetti collaterali che i farmaci scelti possono manifestare. La raccomandazione principale è quella di procedere in modo graduale all'utilizzo di analgesici e utilizzare una tabella di equi-analgesia per assicurare un uno stesso grado di analgesia quando gli analgesici devono essere sostituiti.
9. **Gestione non farmacologica**: non si tratta di sostituire questo metodo a q0uello farmacologico ma combinare i due metodi al fine di migliorare i risultati attesi; tra le tecniche più comuni si trovano il massaggio, la musica, l'autorilassamento ecc..
10. **Anticipare e prevenire il dolore da procedure**: in genere fa riferimento all'utilizzo di anestetici locali per procedure invasive; questa fase comporta la presenza di personale qualificato durante la somministrazione del farmaco
11. **Formazione della famiglia e del paziente**: spiegare alla persona e ai familiari di riferimento 'importanza di documentare e riferire qualsiasi modifica in merito alla percezione del dolore; essere certi che abbiano ben chiara la differenza tra assuefazione, tolleranza e dipendenza fisica per la riduzione delle dosi farmacologiche da assumere; documentare tutte le correlazioni tra il sollievo dalla sintomatologia dolorosa e l'intervento effettuato in precedenza.
12. **Raccomandazioni per la formazione**: gli infermieri preparati devono avere conoscenza dei principi di valutazione e gestione del dolore, dovrebbero esser inclusi in programmi di orientamento e sviluppo professionale.
13. **Raccomandazioni per la Politica e l'Organizzazione**: le organizzazioni infermieristiche devono assicurare che gli standard della pratica infermieristica includano l'adozione di standard per la responsabilità della gestione del dolore; le organizzazione sanitarie devono garantire

le risorse educative e supportare l'impegno dello staff e un approccio interdisciplinare al dolore. L' organizzazione deve permettere una eventuale implementazione delle linee guida a seguito di processi strategici studiati e concordati dal team.

Si è evidenziato che il processo di valutazione e rilevazione del dolore è dunque di competenza infermieristica ed è per tale scopo che la letteratura offre molteplici strumenti validati di valutazione che permettono di rilevare il parametro in modo universale ma al contempo personalizzato.

2. SISTEMI DI VALUTAZIONE

Come anticipato i sistemi di valutazione devono basarsi sull'utilizzo di strumenti universali e validati, le cui caratteristiche principali sono:

- Facilità di utilizzo
- Deve richiedere poco tempo per la registrazione e per l'elaborazione dei risultati
- Deve essere articolato in modo che sia comprensibile a tutti
- Deve soddisfare i criteri di: validità; sensibilità; affidabilità o grado di ripetibilità

Anche i criteri di autovalutazione sono indispensabili per una corretta valutazione del dolore in quanto spesso, diversi studi hanno evidenziato la sottostima da parte di una valutazione esterna eseguita da medici o infermieri (Robb e Montanari, 2002). Gli strumenti di valutazione sono molteplici e vengono scelti in base alla fascia di età della persona e le condizioni generali (paziente collaborante, incosciente, ecc,); tra i più utilizzati si trovano:

- Visual rating scale (VRS)
- Visual Analogue Scale (VAS)
- Faces pain scale (FPS)
- Numeric rating scale (NRS)
- Critical Care Pain Observation (CCPOT)
- PAINAD
- Mc Gill Pain Questionaire (MPQ)
- NOPPAIN

2.1 VISUAL RATING SCALE (VRS)

La scala è caratterizzata da 5 items che descrivono qualitativamente l'intensità di dolore in modo casuale così da non condizionare il paziente nell'eventuale scelta progressiva e puntare l'attenzione sul valore semantica.

NESSUN DOLORE
DOLORE MODERATO
DOLORE INTENSO
DOLORE LIEVE
DOLORE MOLTO INTENSO

Tabella 1 - VISUAL RATING SCALE (VRS) (Webber,2016)

2.2 VISUAL ANALOGUE SCALE (VAS)

La scala è costituita da una linea di 10 cm con due punti predefiniti, uno di inizio e uno di fine, in cui l'inizio corrisponde a "nessun dolore" e la fine al "peggior dolore mai sentito" (vedi Immagine 1). Il paziente deve mettere un punto sulla riga in relazione all'intensità di dolore percepito. Ha il vantaggio di essere di facile somministrazione ma non può essere a chi presenta limitazioni motorie o percettive.

Tabella 2 - VISUAL ANALOGUE SCALE (VAS) (Webber, 2016)

2.3 FACES PAIN SCALE (FPS)

La scala viene utilizzata principalmente in età prescolare (vedi Immagine 2), come la VRS è una scala visiva in cui vengono rappresentati dei volti che identificano una diversa intensità di dolore in modo casuale. Spesso questa viene associata al disegno di un corpo senza capelli né genitali, per non distinguere il sesso, e viene sottoposto al bambino il quale indica la parte del corpo in cui sente dolore.

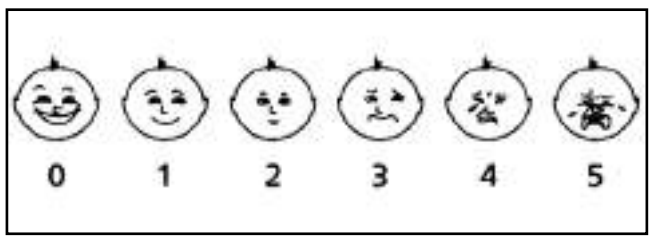


Figura 1 - Hicks CL., Von Baeyer CL., Spafford P., Van Korlaar I., Goodenough B., The Faces Pain Scale – Revised: Toward a common metric in pedriatric pain measurement. Pain 2001; 93: 173-83.

2.4 NUMERIC RATING SCALE (NRS)

La scala è costituita da una serie di numeri da 0 a 10 (vedi Immagine 3) i cui punti di inizio e fine rappresentano gli estremi di dolore provato. Questa scala oltre ad essere di semplice utilizzo ha mostrato affidabilità e validità. (Vedi immagina 2).

2.5 CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CC-POT)

Questa scala insieme alla Behavioral Pain Scale (BPS) viene utilizzata principalmente nelle persone sedate e incoscienti. La BPS (vedi tabella 2) è stata la prima scala ideata per persone con tali caratteristiche (Payen et al., 2001) e si basa sull'osservazione di tre specifici comportamenti: le espressioni facciali, il movimento degli arti superiori e la compliance alla ventilazione meccanica. Ogni campo prevede un punteggio da 1 a 4 il punteggio complessiovo varia da 3 (assenza di dolore) a 12 (massimo dolore).
La scala è stata solo recentemente tradotta in italiano (Falbo et al., 2013).
La CCPOT oltre a valutare le tre aree trattate dalla BPS, tiene in considerazione anche la tensione muscolare (vedi tabella 3), tradotta in italiano nel 2011 (Stefani et al., 2011), gli items prevedono un punteggio da 0 a 2, per un punteggio totale compreso tra 0 (assenza di dolore) e 8 (massimo dolore possibile).

BEHAVIORAL PAIN SCALE		
ITEM	DESCRITTORE	PUNTEGGIO
ESPRESSIONE FACCIALE	Rilassata Parzialmente tesa Molto tesa Smorfie di dolore	1 2 3 4
MOVIMENTO	Nessun movimento Muscoli parzialmente contratti Interamente contratti Permanentemente retratti	1 2 3 4
VENTILAZIONE	Tolleranza al movimento Tosse, tolleranza alla ventilazione Contrasto alla ventilazione Incapacità a controllare la ventilazione	1 2 3 4

Tabella 2. Behavioral Pain Scale (BPS) (Falbo et al., 2013)

CRITICAL PAIN OBSERVATION TOOL		
ITEM	DESCRITTORE	PUNTEGGIO
ESPRESSIONE DEL VISO	Rilassata Tesa Smorfie	0 1 2
MOVIMENTI DEL CORPO	Assenza di movimenti Protezione Agitazione	0 1 2
TENSIONE MUSCOLARE	Rilassata Tesa, rigida Molto tesa e rigida	0 1 2
COMPLIANCE VENTILATORIA (INTUBATI)	Tollera la ventilazione Tosse ma tollera la ventilazione Si oppone alla ventilazione	0 1 2
	OPPURE	
VOCALIZZAZIONE (ESTUBATI)	Parla in tono normale o non emette suoni Emette sospiri e gemiti Grida, piange e singhiozza	0 1 2

Tabella 3. Critical Pain Observation Tool (CPOT) (Stefani et al. 2011)

Queste scale hanno il vantaggio di poter avere un'indicazione oggettiva della persona non collaborante ma per lo stesso motivo non hanno un indice di autovalutazione e quindi potrebbero subire condizionamenti dal professionista che la compila (Elli et al., 2015).

Immagine 2 - NRS: Numeric Rating Scale. (Webber, 2016)

2.6 PAINAD

E' una scala multidimensionale utilizzata per pazienti con deterioramento cognitivo severo, si basa sull'osservazione di 5 indicatori il cui punteggio finale consente una sovrapponibilità con le scale numeriche:

- Dolore lieve:1-3
- Dolore moderato: 4-6
- Dolore severo: 7-10

	0	1	2
RESPIRO (INDIPENDENTE DALLA VOCALIZZAZIONE)	Normale	Respiro a tratti alterato	Respiro alterato iperventilazione cheyne- stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti	Ripetuti richiami lamenti e pianti
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente e inespressiva	Triste ansiosa e contratta	Smorfie
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso movimenti nervosi e irrequietezza	Rigida agitazione movimenti afinalistici a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o assicurato da voce o tocco	Inconsolabile non si distrae ne' si assicura

Tabella 4. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003;4(1):9-15

2.7 MC GILL PAIN QUESTIONAIRE (MPQ)

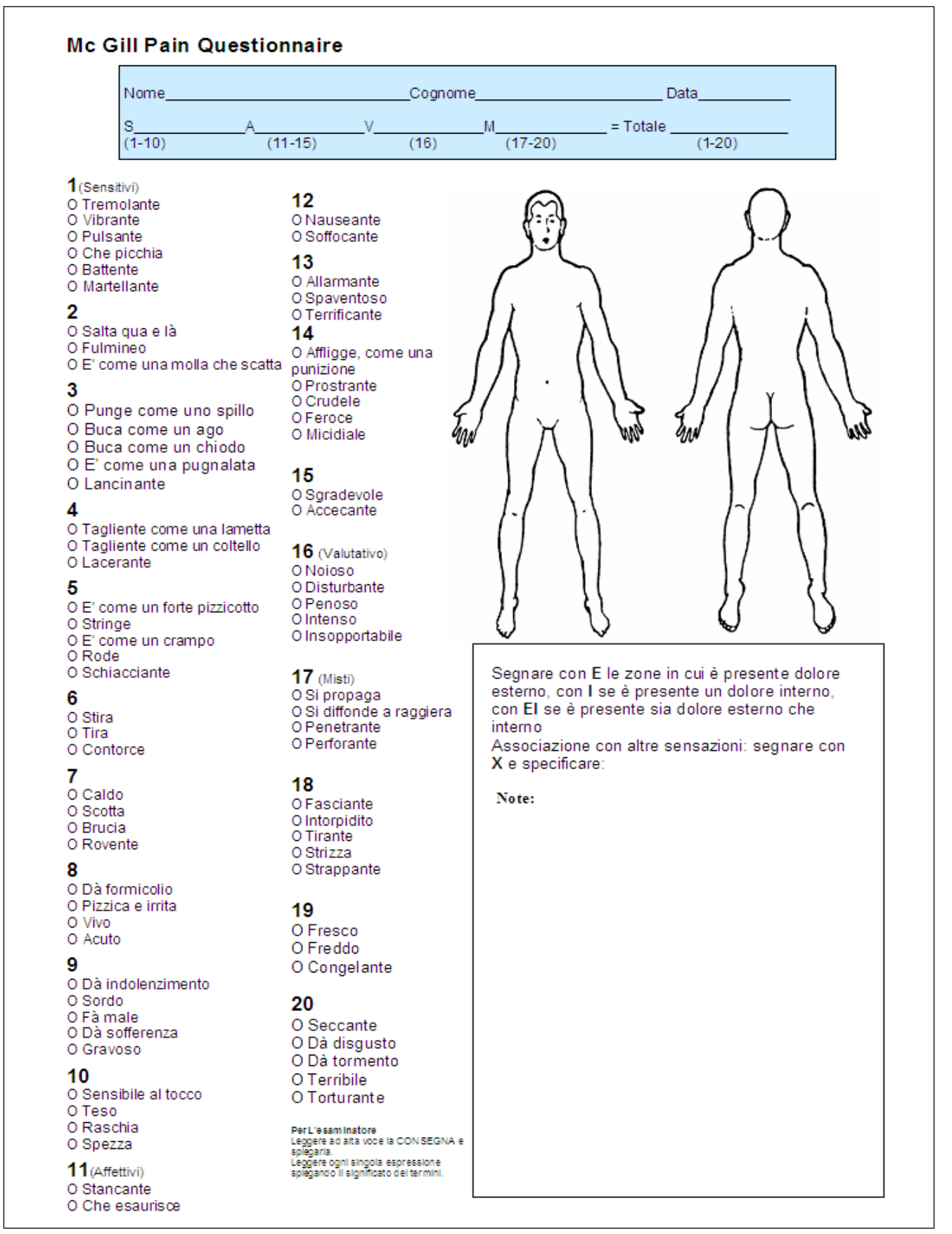
Questa scala classifica 102 termini che descrivono differenti aspetti del dolore; i termini vengono suddivisi in tre classi:

- Sensoriale
- Emotivo-affettiva
- Valutativa

E in 16 sottoclassi che contengono un gruppo di parole considerate qualitativamente simili. Ne esiste anche una versione ridotta (short form of Mc Gill Pain Questionaire SF-MPQ). Ad essa viene aggiunta un VRS e un disegno di un corpo umano frontalmente e posteriormente così da poter localizzare la sede del dolore. ***(Vedi figura 2)***.

2.8 NOPPAIN

La sua validazione è stata effettuata su pazienti con demenza grave residenti in una RSA, i quali sono stati valutati sia con una scala tradizionale che con una scala NOPPAIN. È stato dimostrato che le persone a cui è stata sottoposta la scala tradizionale manifestano meno dolore (10 su 26) di coloro a cui è stata sottoposta la scala NOPPAIN (14 su 26), probabilmente poiché quest'ultima più specifica in caso di demenza (Florio e Bilora, 2005). ***(Vedi figura 3)***.



Mc Gill Pain Questionnaire

Nome_____ Cognome_____ Data_____

S_____ A_____ V_____ M_____ = Totale _____
(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 (Sensitivi)
O Tremolante
O Vibrante
O Pulsante
O Che picchia
O Battente
O Martellante

2
O Salta qua e là
O Fulmineo
O E' come una molla che scatta

3
O Punge come uno spillo
O Buca come un ago
O Buca come un chiodo
O E' come una pugnalata
O Lancinante

4
O Tagliente come una lametta
O Tagliente come un coltello
O Lacerante

5
O E' come un forte pizzicotto
O Stringe
O E' come un crampo
O Rode
O Schiacciante

6
O Stira
O Tira
O Contorce

7
O Caldo
O Scotta
O Brucia
O Rovente

8
O Dà formicolio
O Pizzica e irrita
O Vivo
O Acuto

9
O Dà indolenzimento
O Sordo
O Fà male
O Dà sofferenza
O Gravoso

10
O Sensibile al tocco
O Teso
O Raschia
O Spezza

11 (Affettivi)
O Stancante
O Che esaurisce

12
O Nauseante
O Soffocante

13
O Allarmante
O Spaventoso
O Terrificante

14
O Affligge, come una punizione
O Prostrante
O Crudele
O Feroce
O Micidiale

15
O Sgradevole
O Accecante

16 (Valutativo)
O Noioso
O Disturbante
O Penoso
O Intenso
O Insopportabile

17 (Misti)
O Si propaga
O Si diffonde a raggiera
O Penetrante
O Perforante

18
O Fasciante
O Intorpidito
O Tirante
O Strizza
O Strappante

19
O Fresco
O Freddo
O Congelante

20
O Seccante
O Dà disgusto
O Dà tormento
O Terribile
O Torturante

Per L'esaminatore
Leggere ad alta voce la CONSEGNA e spiegarla.
Leggere ogni singola espressione spiegando il significato dei termini.

Segnare con **E** le zone in cui è presente dolore esterno, con **I** se è presente un dolore interno, con **EI** se è presente sia dolore esterno che interno
Associazione con altre sensazioni: segnare con **X** e specificare:

Note:

Figura 2. *Maiani Giuseppina*, *Sanavio Ezio* "Semantics of *Pain* in Italy: The Italian Version of the *Mc Gill Pain*. *Questionnaire*" *Pain*, 22 (1985): 399-405.

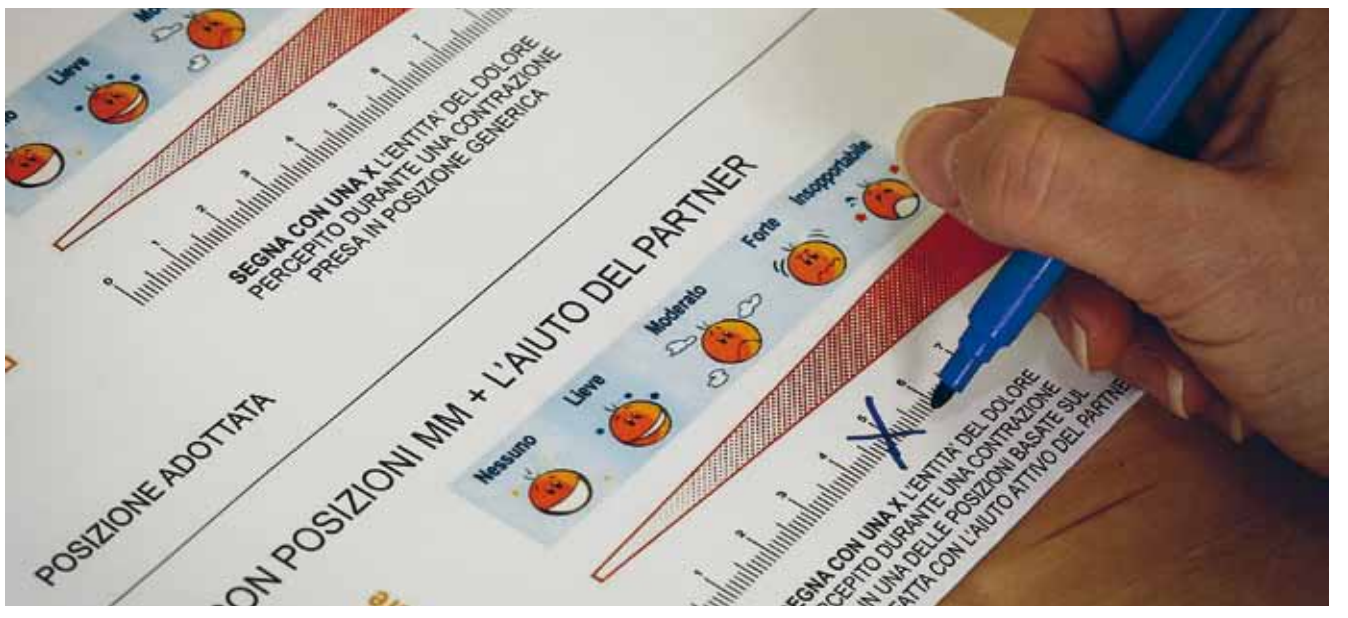
3. PROGETTI IN DIVENIRE

Negli ultimi anni, al fine di poter gestire la problematica del dolore, sono stati creati diversi progetti pilota riguardanti la terapia del dolore, la gestione del dolore in cure palliative e protocolli per il trattamento del dolore nel post-operatorio. Tra questi ha assunto un ruolo centrale il Progetto Ospedale senza Dolore.

In seguito ad uno studio è stato evidenziato che il 60% delle persone ospedalizzate sentono dolore (Visentin,1999; Costantini,2000). Queste valutazioni hanno portato la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e Regioni ad approvare su proposta del Ministero della Sanità il Progetto Linee Guida per la Realizzazione dell'Ospedale Senza Dolore (HPH – Health Promoting Hospital), (G.U. 29/6/01 relativo al Provvedimento del 24 Maggio 2001).

Allo stato attuale solo alcune regioni hanno recepito le linee guida nazionali del 2001 (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Veneto); ma altre regioni hanno intrapreso il progetto inserendolo nei propri Piani regionali, in particolare Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna.

Le finalità che il progetto deve raggiungere sono molteplici:

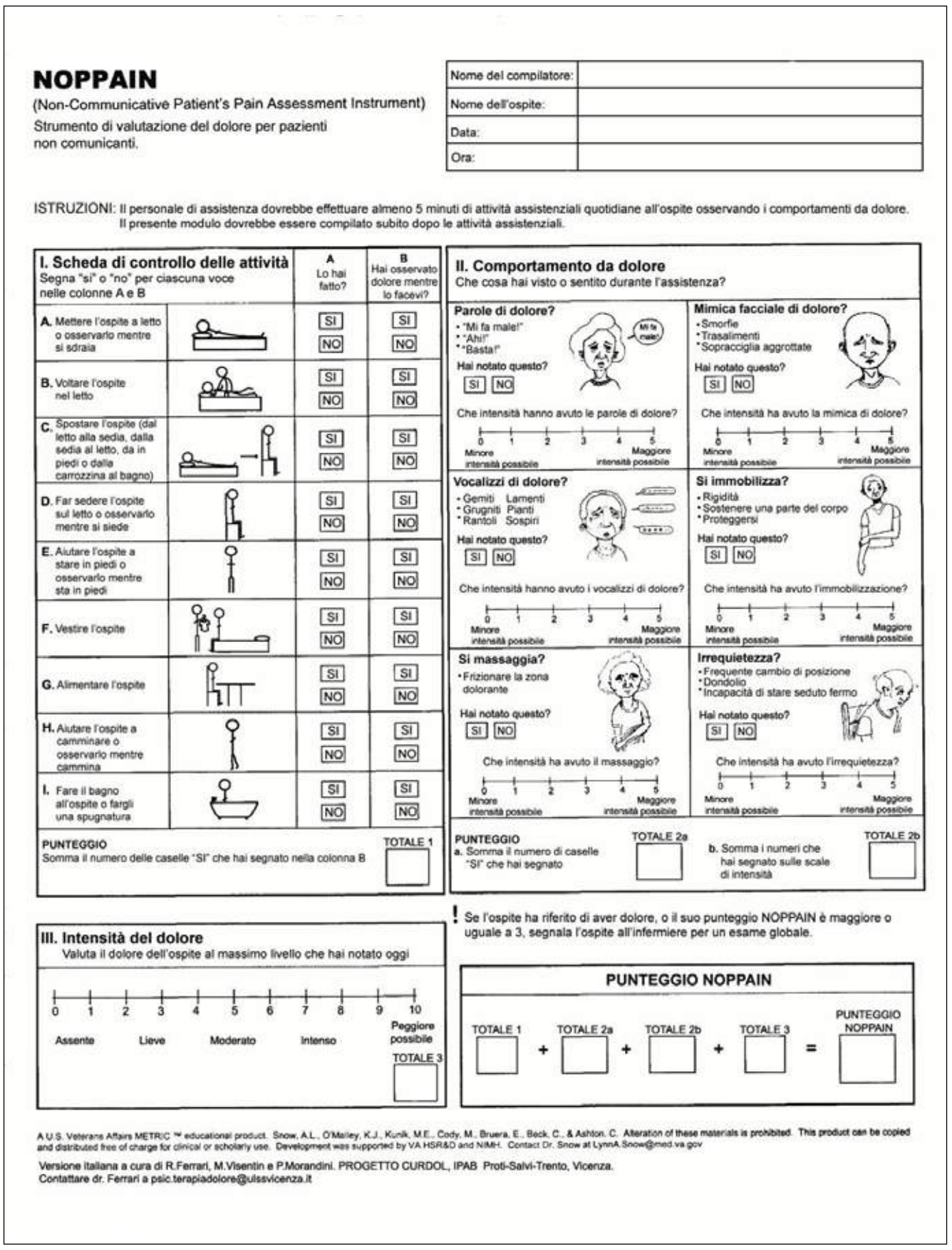


- Assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie ed in particolare in quelle ospedaliere.
- Coordinare l'azione delle differenti equipes e la formazione continua del personale medico e non medico coinvolti nella rilevazione e nel controllo del dolore, nei suoi differenti aspetti.
- Promuovere interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi, in coerenza con le indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, assicurando una valutazione periodica del consumo.
- Promuovere protocolli di trattamento dei diversi tipi di dolore.

Una delle raccomandazioni principali per poter sviluppare il progetto è la creazione di un Comitato (COSD- Comitato Ospedale Senza Dolore), in ciascuna delle strutture.

Di seguito le 10 raccomandazioni che il Manuale Applicativo Regionale per la realizzazione dell'Ospedale Senza Dolore della regione Lombardia del 2001 propone per la realizzazione del progetto:

1. Ogni COSD deve approvare e diffondere Linee Guida e Protocolli specifici per il trattamento del dolore acuto e cronico, in applicazione di quanto validato dalla letteratura scientifica di settore e deve prevedere il monitoraggio di consumo, efficacia ed effetti collaterali dei trattamenti antalgici erogati.
2. Ogni Struttura Sanitaria presso cui è istituito il COSD deve dotarsi di un Prontuario Farmaceutico nel quale siano inseriti i farmaci ritenuti fondamentali per il trat-



NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)

Strumento di valutazione del dolore per pazienti non comunicanti.

Nome del compilatore:	
Nome dell'ospite:	
Data:	
Ora:	

ISTRUZIONI: Il personale di assistenza dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di attività assistenziali quotidiane all'ospite osservando i comportamenti da dolore. Il presente modulo dovrebbe essere compilato subito dopo le attività assistenziali.

I. Scheda di controllo delle attività
Segna "sì" o "no" per ciascuna voce nelle colonne A e B

	A Lo hai fatto?	B Hai osservato dolore mentre lo facevi?
A. Mettere l'ospite a letto o osservarlo mentre si sdraia	SI / NO	SI / NO
B. Voltare l'ospite nel letto	SI / NO	SI / NO
C. Spostare l'ospite (dal letto alla sedia, dalla sedia al letto, da in piedi o dalla carrozzina al bagno)	SI / NO	SI / NO
D. Far sedere l'ospite sul letto o osservarlo mentre si siede	SI / NO	SI / NO
E. Aiutare l'ospite a stare in piedi o osservarlo mentre sta in piedi	SI / NO	SI / NO
F. Vestire l'ospite	SI / NO	SI / NO
G. Alimentare l'ospite	SI / NO	SI / NO
H. Aiutare l'ospite a camminare o osservarlo mentre cammina	SI / NO	SI / NO
I. Fare il bagno all'ospite o fargli una spugnatura	SI / NO	SI / NO

PUNTEGGIO
Somma il numero delle caselle "SI" che hai segnato nella colonna B — TOTALE 1

II. Comportamento da dolore
Che cosa hai visto o sentito durante l'assistenza?

Parole di dolore?
- "Mi fa male!"
- "Ahi!"
- "Basta!"

Hai notato questo? SI NO

Che intensità hanno avuto le parole di dolore? 0 1 2 3 4 5 — Minore intensità possibile / Maggiore intensità possibile

Mimica facciale di dolore?
- Smorfie
- Trasalimenti
- Sopracciglia aggrottate

Hai notato questo? SI NO

Che intensità ha avuto la mimica di dolore? 0 1 2 3 4 5 — Minore intensità possibile / Maggiore intensità possibile

Vocalizzi di dolore?
- Gemiti Lamenti
- Grugniti Pianti
- Rantoli Sospiri

Hai notato questo? SI NO

Che intensità hanno avuto i vocalizzi di dolore? 0 1 2 3 4 5 — Minore intensità possibile / Maggiore intensità possibile

Si immobilizza?
- Rigidità
- Sostenere una parte del corpo
- Proteggersi

Hai notato questo? SI NO

Che intensità ha avuto l'immobilizzazione? 0 1 2 3 4 5 — Minore intensità possibile / Maggiore intensità possibile

Si massaggia?
- Frizionare la zona dolorante

Hai notato questo? SI NO

Che intensità ha avuto il massaggio? 0 1 2 3 4 5 — Minore intensità possibile / Maggiore intensità possibile

Irrequietezza?
- Frequente cambio di posizione
- Dondolio
- Incapacità di stare seduto fermo

Hai notato questo? SI NO

Che intensità ha avuto l'irrequietezza? 0 1 2 3 4 5 — Minore intensità possibile / Maggiore intensità possibile

PUNTEGGIO
a. Somma il numero di caselle "SI" che hai segnato — TOTALE 2a
b. Somma i numeri che hai segnato sulle scale di intensità — TOTALE 2b

III. Intensità del dolore
Valuta il dolore dell'ospite al massimo livello che hai notato oggi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Assente — Lieve — Moderato — Intenso — Peggiore possibile

TOTALE 3

! Se l'ospite ha riferito di aver dolore, o il suo punteggio NOPPAIN è maggiore o uguale a 3, segnala l'ospite all'infermiere per un esame globale.

PUNTEGGIO NOPPAIN

TOTALE 1 + TOTALE 2a + TOTALE 2b + TOTALE 3 = PUNTEGGIO NOPPAIN

A U.S. Veterans Affairs METRIC ™ educational product. Snow, A.L., O'Malley, K.J., Kunik, M.E., Cody, M., Bruera, E., Beck, C., & Ashton, C. Alteration of these materials is prohibited. This product can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at LynnA.Snow@med.va.gov

Versione italiana a cura di R.Ferrari, M.Visentin e P.Morandini. PROGETTO CURDOL, IPAB Proti-Salvi-Trento, Vicenza.
Contattare dr. Ferrari a psic.terapiadolore@ulssvicenza.it

Box 2. Novello Chiara, Ferrari Renata, Scacco Carolina, Visentin Marco "La versione Italiana della scala NOPPAIN: validazione in un contesto di formazione". Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2009, 28,4.

tamento del dolore acuto e cronico, in base ai dati di evidenza scientifica.

3. Ogni struttura deve disporre di un numero adeguato di sistemi per la somministrazione e autosomministrazione continua e controllata di farmaci analgesici.
4. Ogni struttura Sanitaria deve poter applicare tecniche di neuromodulazione farmacologica continua per il controllo di alcune forme di dolore acuto, in particolare per quello post-operatorio e da parto.
5. Ogni Struttura Sanitaria deve poter applicare tecniche di neuromodulazione farmacologia o fisica per il controllo del dolore persistente. L'esecuzione delle tecniche neuromodulative, qualora indicate, può essere effettuata direttamente sia presso la Struttura Sanitaria, da parte di personale esperto, sia attraverso l'invio del malato presso Centri Algologici Specializzati, stipulando specifici accordi o convenzioni (sistema a rete).
6. Ogni Struttura deve poter applicare, in casi selezionati, tecniche di neurolesione antalgica. L'esecuzione delle tecniche neurolesive, qualora indicate, può essere effettuata sia direttamente presso la Struttura Sanitaria, da parte di personale esperto, sia attraverso l'invio del malato presso Centri algologici specializzati., stipulando specifici accordi o convenzioni (sistema a rete).
7. Ogni Struttura deve poter disporre di un Servizio di supporto psicologico per malati affetti da forme dolorose persistenti, sia esso erogato direttamente oppure indirettamente, attraverso accordi a rete che garantiscano la continuità del percorso assistenziale del malato.
8. Gli interventi antalgici rivolti a malati affetti da malattie inguaribili in fase avanzata e terminale devono essere inseriti in un programma assistenziale di cure palliative, che tenga conto delle potenzialità organizzative del contesto assistenziale e dello sviluppo della rete di cure palliative.
9. Gli interventi terapeutici antalgici impostati presso le Strutture Sanitarie, sia durante il ricovero sia presso le strutture ambulatoriali, devono tenere conto della reale possibilità di una loro continuazione al domicilio, qualora ciò si rendesse necessario (continuità del percorso assistenziale indipendentemente dal set assistenziale), anche utilizzando proprie équipes attive sul territorio Ciò deve attuarsi attraverso la preventiva definizione di aspetti procedurali concordati con i medici di medicina generale ed i servizi assistenziali territoriali.
   In particolare, all'atto della dimissione del malato, deve essere prevista da parte della Strutture Sanitaria di degenza la continuità terapeutica attraverso la fornitura diretta di farmaci antalgici sufficiente per concludere un ciclo terapeutico o per garantire una autonomia terapeutica di almeno 3 giorni.
10. Tra Strutture Sanitarie di ricovero e cura e Aziende Sanitarie Locali devono essere previsti accordi interaziendali volti a garantire consulenze specialistiche algologiche domiciliari, inserite nei programmi assistenziali di Assistenza Domiciliare Integrata o di Ospedalizzazione Domiciliare.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto fin qui riportato, è necessario sottolineare l'importanza che ancora una volta l'infermiere ricopre nella rilevazione del dolore. Ciascun professionista ha, dunque, il dovere deontologico e legale di valutare il parametro, monitorarlo, gestirlo e trattarlo. Per poter seguire correttamente ciascun passaggio, di grande rilevanza sono gli strumenti di valutazione riconosciuti dalla letteratura scientifica.

Bibliografia.

Comberiati R., Santona S. (2012) Ruolo dell'infermiere nella gestione del dolore. *In:* De Tanti A., Matozzo F., Saviola D. *Dolore e Trauma cranico. Indicazioni e prassi per operatori e familiari*. Milano: FrancoAngeli,100-106.

Costantini M. (2000) *Il dolore nei pazienti ricoverati. Metodologia organizzazione e risultati preliminari di uno studio in Liguria*. Riv.It. di Cure Palliative Vol.2 n.1

Decreto Legislativo 15 Marzo 2010, n. 38. *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*. Gazzetta Ufficiale n. 65, 19 Marzo 2010.

Elli S., Lucchini A., De Agostini G., Bambi S., Rezoagli E., Cannizzo L., Pasquali S., Colnaghi G. (2015). *Utilizzo della Behavioral Pain Scale e della Critical caree Pain Observation Tool per la rilevazione del dolore in una terapia intensiva polivalente*. Professioni Infermieristiche 68(4).

Falbo L., Terzoni S., Destrebecq A., Bonetti L. (2013). *Translation and validation in Italian of the Behavioral Pain Scale (BPS) for pain assessment in unconscious and sedated patient*. Retrieved June 20.

Hicks CL., Von Baeyer CL., Spafford P., Van Korlaar I., Goodenough B. (2001) *The Faces Pain Scale* – Revised: Toward a common metric in pedriatric pain measurement. Pain 93: 173-83.

IASP- International Association for the Study of the Pain (1994) Classification of Chronic Pain, second edition, *Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage* Seattle:209-214.

IPASVI (2009) Il Codice Deontologico dell'Infermiere [on line]. Disponibile da: http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm [consultato il 8 marzo 2018]

Maiani G., Sanavio E. (1985) "Semantics of Pain in Italy: The Italian Version of the Mc Gill Pain. Questionnaire" Pain, 22: 399-405.

Motta P.C. (2005) Personalizzazione dell'assistenza infermieristica e dolore: un inquadramento metodologico. *Atti del Congresso Nazionale Dolore e Assistenza* [on line]. Disponibile da: http://www.nursing.it/wri/doc/a005.rtf [consultato il 7 marzo 2018]

Novello C., Ferrari R., Scacco C., Visentin M (20.09) *"La versione Italiana della scala NOPPAIN: validazione in un contesto di formazione"*. Assistenza Infermieristica e Ricerca 28,4.

Nursing Best Practice Guideline (2007) Accertamento e gestione del dolore. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) del 2002 [on line]. Disponibile da: http://rnao.ca/files/Accertamento_e_gestione_del_dolore.pdf [consultato il 20 febbraio 2018]

Payen J.F.,Bru O., Bosson J.L., Lagastra A., Novel E., Deschaux I. et al. (2001). *Assessingpain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale*. Critical Care Medicine, 29 (12), 2258-2263.

Provvedimento 24 Maggio 2001. *Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee –guida inerente il progetto "Ospedale senza Dolore"*. Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 Giugno 2001.

Robb M.C., Montanari V. (2002) Sistemi di Valutazione del dolore [on line]. Disponibile da: http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/00_2_D_sist_val.pdf [consultato il 28 febbraio 2018]

Stefani F., Nardon G., Bonato R., Ferrari R. (2011). *The validation of C-POT (Critical-Care Pain Observation tool) scale: Atool for assessing pain in intensive care patients*. Assistenza Infermieristica e ricerca 30(3): 135-143.

Stephenson J. (1999) Veterans' Pain a Vital Sign. *JAMA* 281 (11): 978.

Visentin M. (1999) *Verso un ospedale senza dolore. Un progetto ed una campagna per il miglioramento dell'assistenza sanitaria*. Rec. Program. In Med. Vol.90 n.6.

Warden V, Hurley AC, Volicer L(2003). *Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale*. J Am Med Dir Assoc. 4(1):9-15.

Webber T.B. (2016) Gestione del dolore: le scale validate e più utilizzate [on line]. Disponibile da: http://www.nurse24.it/dossier/dolore/gestione-del-dolore-le-scale-validate-e-piu-utilizzate.htm [cosultato il 7 marzo 2018]

Yura H., Walsh M.B. (1992) *Il processo di nursing*. Milano: Sorbona editore.

IL CONTO DELL'ULTIMA CENA

di Bruno Robustelli Test*

Confesso di nutrire profondo rispetto ed attenzione verso il mondo ebraico, sia quello attuale, contestualizzato nel dramma che vede opposti israeliani e palestinesi in un sanguinoso contendere che dura da troppo tempo, sia per quel mondo ebraico antico, fonte inestimabile di riflessione biblica profonda e capace di trovare risorse che ne hanno permesso la sopravvivenza nonostante il prezzo altissimo pagato dal popolo ebreo, quel "piccolo resto, tanto caro al Dio biblico!

In questo mio peregrinare mentale, vorrei guidare il lettore verso alcune considerazioni sulla Pasqua ebraica. Rifletto sulla Pasqua che Gesù ha mangiato con i suoi Apostoli e mi sovviene una domanda : Gesù mangiò la "Pasqua ebraica", celebrò secondo i costumi rabbinici dell'epoca, rispettando la legge ebraica? Oppure andò oltre la legge?

Nel Vangelo di Matteo, al capitolo 5, versetti 17-20 leggiamo: "Non crediate che io sia venuto ad abolire la Legge o i Profeti; non sono venuto ad abolire, ma a dare pieno compimento. In verità io vi dico: finchè non siano passati i cieli e la terra non passerà un solo iota o un solo trattino della Legge, senza che tutto sia avvenuto. Chi dunque trasgredirà uno solo di questi minimi precetti e insegnerà agli altri a fare altrettanto, sarà considerato minimo nel regno dei cieli.

Chi invece li osserverà e li insegnerà, sarà considerato grande nel regno dei cieli.

Io vi dico infatti: se la vostra giustizia non supererà quella degli scribi e dei farisei, non entrerete nel regno dei cieli."

Si può dunque presumere che Gesù abbia fatto in modo di celebrare la Pasqua secondo la tradizione rabbinica del suo tempo.

Ora concedetemi, prima di procedere, di raccontarvi un aneddoto interessante.

Traggo spunto da un libretto di Moni Ovadia, ebreo, artista eclettico, che ha saputo, con la sua arte, far conoscere il mondo ebraico.

Il titolo di questo libro è estremamente evocativo: "Chi pagò il conto dell'ultima cena".

Vi si racconta di un'usanza particolare, secondo la quale, ad ogni elezione di un nuovo successore di Pietro, dopo alcune settimane, una delegazione della comunità ebraica di Roma, guidata dal Rabbino capo, si recava in San Pietro portando un'antichissima pergamena sigillata.

Il Papa, impassibile, riceveva la delegazione, il Rabbino capo gli porgeva la pergamena, con un sopracciglio alzato e il piglio interrogativo, e il sommo pontefice faceva spallucce, alzando sdegnosamente la mano a significare che non ci pensava nemmeno ad accettare quel vetusto documento. A quel punto la delegazione ebraica lasciava il Vaticano. Ad ogni Papa eletto, la scena si è ripetuta per secoli, finchè è asceso al trono di Pietro un porporato di indole assai curiosa, il quale ha voluto andare fino in fondo alla questione, svelando il mistero della pergamena.

Si accordarono per un nuovo incontro segreto, quindi compirono la delicata operazione di apertura con il vapore, per non rovinare l'antico manoscritto.

Passarono diversi minuti, poi con trepidazione srotolarono il prezioso reperto, e..., con la voce rotta dall'emozione, cominciarono a leggere l'intestazione: "Conto dell'ultima Cena…".

Non ci è dato sapere né l'ammontare delle spese, né, tantomeno se il Pontefice abbia o meno saldato quell'antico debito!

Torniamo ora alla Pasqua celebrata da Gesù durante l'ultima cena.

Non sono certamente uno dei pochi ad avere questa legittima curiosità. Nell'edizione del quotidiano "Il Giorno" di venerdì 28 febbraio 2014, nella pagina dedicata alla cultura, la giornalista Viviana Ponchia, affronta l'argomento dell'Ultima cena da un punto di vista enogastronomico, riflettendo sul contesto storico-etnografico della Gerusalemme di duemila anni fa. In questo piacevole articolo, la giornalista azzarda anche una data, il 7 di aprile, (sull'anno non vi sono certezze).

Veniamo ora alla cena pasquale vera e propria.

L'oste aveva di certo ripulito minuziosamente il locale da ogni traccia di cibo lievitato e di bevanda o condimento fermentati, così come prescrivono i precetti del PESAKH (la grande celebrazione pasquale), quindi tutti avranno iniziato il rito con le benedizioni partendo dal QADDISH, la preghiera del nome (HA SHEM). Questa preghiera che si recita da secoli con amore e venerazione, ha sempre sottolineato la volontà del popolo ebreo di mantenere vivo il proprio ed essenziale rapporto con Dio.

Per poter recitare questa preghiera bisogna essere almeno in dieci (MINIAN).

Sono rimasto affascinato dalla profondità di questa preghiera e degli evidenti parallelismi con il Padre Nostro (è evidente che Gesù conosceva e recitava il QADDISH), e ve la voglio condividere.

Sia magnificato e
santificato il Suo grande Nome
nel mondo che Egli ha creato
secondo la Sua volontà.

Venga il Suo regno durante la
nostra vita e i nostri giorni e
durante la vita di tutta la casa di
Israele, fra breve e nel tempo
prossimo. Amen.

Sia il Suo Nome grande benedetto
per tutti i secoli dei secoli.
Sia lodato, glorificato, esaltato
dichiarato eccelso e splendido
elevato e celebrato
il nome del Santo!

Egli sia benedetto:
Egli è al di sopra
di ogni benedizione e canto,
lode e parola di consolazione,
che si pronuncia nel mondo.
Amen.

Recitato poi il KIDDUSH, la benedizione del vino, avranno bevuto il primo dei tre bicchieri di vino previsti, (un vino intenso e ricco dei profumi del sole e della santità, -anche se enologicamente non corretto).Quindi si saranno lavati le mani, compiendo il rito dell'URKAS e di seguito eseguito il KARPAS, l'atto di intingere del sedano, del prezzemolo o un pezzo di patata nell'aceto o nell'acqua salata, recitando la preghiera "Benedetto tu, o Signore Dio nostro, Re del mondo, creatore del frutto della terra."

A quel punto, Gesù avrà compiuto la cerimonia del JAHAZ, prendendo dal piatto tre azzime sovrapposte, (pani non lievitati), ed estratto l'azzima di mezzo, poi l'avrà spezzata chiedendo che una delle due metà fosse nascosta.

Fatto questo, avrà riempito il secondo bicchiere di vino e dato inizio alla lettura della HAGGADAH (il racconto della schiavitù d'Egitto, dell'oppressione degli ebrei e della loro liberazione attraverso l'intervento prodigioso di Dio).

Avranno meditato sull'ostinazione del faraone, sulle piaghe che si abbatterono sull'Egitto, avranno tremato all'ascolto della piena assunzione di responsabilità del Santo Benedetto dell'uccisione dei primogeniti egizi, uomini e animali, Gesù ne avrà spiegato il profondo significato agli Apostoli.

Successivamente avrà intonato BETZET-ISRAEL, (all'uscita dall'Egitto), il salmo dalla melodia più intensa. Si tratta del bellissimo salmo 114 (vedi riquadro)

Nel corso del racconto, tutti avranno bevuto i successivi due bicchieri di vino, quindi si saranno lavati nuovamente le mani, (ROHZAH), a questo punto avrà avuto inizio il pasto vero e proprio, con la sequenza dei bocconi rituali, quando Gesù sollevò la prima azzima (MATZÀ), e la metà dell'azzima di mezzo spezzata.

Sulla prima azzima recitò: "Benedetto tu sia, nostro Signore, Re del mondo, che fai uscire il pane dalla terra", sulla seconda invece recitò: "Benedetto tu sia, o Signore nostro Dio, Re del mondo, colui che ci ha santificato e comandato di mangiare azzima" poi distribuì un pezzetto di ciascuna delle de azzime a ciascuno dei convitati, che lo intinse nel sale e ripetè la benedizione.

La MATZÀ è il pane della libertà, dell'identità universale del monoteismo, pane non lievitato e non salato perché non ce ne fù il tempo.

Successivamente mangiarono il MAROR, l'erba amara, per esprimere l'amarezza della schiavitù e insieme per esprimere lutto per gli Egizi annegati nel Mare dei Giunchi.(da studi effettuati, gli ebrei non attraversarono mai il Mar Rosso).

Dopo le erbe amare, intinsero del sedano o del prezzemolo nel KHAROSET, un impasto dolce e denso come fango, fatto con fichi, datteri, mandorle essenza di arancio e vino liquoroso, per ricordare il fango con cui gli ebrei erano costretti ad impastare i mattoni.

Da ultimo, in ricordo del Santuario, mangiarono un pezzo della terza azzima, avvolta nell'erba amara ed intinta nell'impasto dolce, in ricordo di Esodo, 12, 8.

Alla fine di questi passaggi, ebbe inizio la cena vera e propria.

Sicuramente mangiarono delle uova, simbolo dell'integrità della vita; inevitabilmente l'agnello o il capretto arrosto, in ricordo della terribile notte in cui furono uccisi i primogeniti degli egiziani, mentre le case degli ebrei furono risparmiate in quanto segnate con il sangue dell'agnello, come ordinato da Mosè.

Avranno gustato piatti di verdure, polpette di farina e miele, avranno bevuto in abbondanza.

Alla fine del pasto avranno mangiato un pezzetto della metà dell'azzima nascosta, così da alzarsi da tavola con il sapore della liberazione in bocca; (è infatti proibito mangiare altro cibo dopo L'AFIKOMAN, l'ultimo boccone).I Vangeli ci dicono soltanto che Gesù celebrò la Pasqua, non ci danno nessun dettaglio in merito al rituale o al meù, ma mi prendo la licenza di pensare che Gesù abbia celebrato una Pasqua ebraica nel suo insieme, arricchendola poi con l'istituzione della Santa Eucarestia.

A Questo punto, dopo aver seguito Gesù durante la celebrazione della Pasqua ebraica, mi chiedo quale sia stato il momento in cui Gesù istituì la Santa Eucarestia. Sarà stato all'inizio della cena, a metà, alla fine?

I Vangeli non ci sono molto d'aiuto; Matteo 26, 26-29, ci dice:" Mentre mangiavano", quindi nel bel mezzo della cena pasquale.

Marco 14, 22-25 è sovrapponibile a Matteo 26, 26-29.

Luca 22, 14-23 pone invece l'accento sul desiderio acceso di Gesù di celebrare la Pasqua con i sui discepoli, avendo piena coscienza che questa sarà l'ultima che Egli celebrerà con loro, in quanto sa che lo attende la passione e la morte.

Giovanni 13, 1-19 ci porta alla condizione di Gesù venuto per servire e non per essere servito, con la lavanda dei piedi ci dà una lezione di umiltà.

Pensiamo che al tempo di Gesù, nemmeno uno schiavo era obbligato a lavare i piede al proprio padrone, e allora capiremo lo sdegno di Pietro!

Tornando al mio desiderio, ormai credo sia chiaro: desidero poter partecipare alla mensa di una Pasqua ebraica, per riappropriarmi di quel tesoro di memoria che appartiene alle tre grandi religioni abramitiche, in un processo di ricerca di quanto ci unisce, piuttosto che di quanto ci divide.

Ringrazio il lettore che mi ha seguito fin qui.

Buona pasqua a tutti, nel Signore Gesù!

* Presidente Revisori dei Conti OPI – Infermiere c/o ASST Valtellina Alto Lario riabilitazione pneumologica Presidio di Sondalo-

Salmo 114

Quando Israele uscì dall'Egitto,
la casa di Giacobbe
da un popolo barbaro,
Giuda divenne il suo santuario,
Israele il suo dominio.
Il mare vi si ritrasse,
il Giordano si volse indietro,
le montagne saltellarono come arieti,
le colline come agnelli di un gregge.
Che hai, tu mare, per fuggire,
e tu Giordano per volgerti indietro?
Perché voi, montagne, saltellate come arieti
E voi, colline, come agnelli di un gregge?
Trema, o terra, davanti al Signore,
davanti al Dio di Giacobbe,
che muta la rupe in un lago,
la roccia in sorgenti d'acqua.

Relazione della Presidente
BARBARA MANGIACAVALLI

Colleghe, Colleghi, gentili Ospiti, grazie per essere qui al nostro primo Congresso nazionale della nuova Fnopi, in realtà il XVIII dalla nascita dell'Ipasvi che Fnopi sostituisce dopo oltre sessant'anni dall'attivazione dei Collegi nel 1954.

Questo Congresso, il primo appunto della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, testimonia il lavoro continuo che gli infermieri hanno svolto negli ultimi anni. Siamo Ordini, non più Collegi: quello che molti ritenevano un sogno è una realtà. E il nostro primo compito è partecipare e vigilare sui decreti attuativi della legge Lorenzin perché tra tre anni le regole siano fissate e chiare anche per gli infermieri. In questa ottica dobbiamo accompagnare gli Ordini provinciali nell'applicazione della legge creando consapevolezza di ruolo della rappresentanza professionale, fornendo strumenti di supporto, integrazione e crescita reciproca. D'altra parte, si tratta di un cambiamento storico nella professione, una tappa importante ed essenziale che non può permettersi di avere zone d'ombra nella sua realizzazione. E con gli Ordini, dovremo tenere sotto controllo e mettere in atto le conseguenti azioni coordinate per il contrasto dell'abusivismo professionale, una vera piaga per la nostra professione che risulta la più colpita.

Questo è il passaggio da Collegi a Ordini che voi tutti conoscete, ma vorrei dire che dall'ultimo appuntamento congressuale a oggi la Federazione ha bruciato più tappe di quante non ne siano state raggiunte negli ultimi 25 anni, che pure sono stati di continua ascesa e ricchi di successi.

Per questo, l'attuale potrebbe essere un Congresso celebrativo:

- dei traguardi raggiunti come l'Ordine professionale, appunto, o la partecipazione della nostra professione ai principali tavoli istituzionali, da quelli che lavorano sui Livelli essenziali di assistenza a quelli che si occupano del Piano cronicità;
- per la nuova affermazione che stanno avendo nel mondo accademico i nostri docenti, riuniti - da questa Federazione - in una Consulta perché possano lavorare in piena sinergia e ai quali viene finalmente attribuito il giusto riconoscimento delle loro capacità professionali anche attraverso "l'apertura di nuovi spazi";
- perché è anche grazie ai nostri docenti che gli infermieri possono e potranno contare su livelli superiori e mirati di istruzione e formazione che poche professioni possono vantare.

Ancora, potremmo sottolineare la nuova era di condivisione e di lavoro d'équipe, che lascia alle spalle personalismi, autocrazie, populismo, demagogia e lotte intra-professionali e apre le porte a un nuovo spirito di servizio istituzionale con la delega alla comunità professionale che ha le giuste competenze.

Lo abbiamo sempre detto e qui lo ribadiamo: crediamo nei percorsi che si prefiggono obiettivi di sistema, si raggiungono non solo "domani", ma anche nel medio-lungo termine e si ottengono con serietà, impegno, senso istituzionale, dignità e rispetto per l'onesta intellettuale degli infermieri che - come Federazione - rappresentiamo e con i quali vogliamo e dobbiamo lavorare per la crescita, l'etica e il decoro della nostra professione, della professione di tutti noi.

Ma le celebrazioni, per quanto momenti di gioia importanti, per una categoria professionale come la nostra che di strade difficili ne ha percorse tante, servono a poco.

Questo Congresso deve rappresentare il trampolino di lancio per l'infermiere del futuro, già a partire da domani.

Il quadro epidemiologico

Abbiamo di fronte un quadro del tutto nuovo rispetto alla tipologia dell'assistenza e dei bisogni dei pazienti che dobbiamo tenere ben presente.

Solo pochi anni fa quasi tutto si concentrava sull'acuzie e sul bisogno di far fronte a episodi che il più delle volte si concludevano con un'assistenza ospedaliera degna di questo nome e all'altezza di servizi e qualità che tutto il mondo ci ha a lungo invidiato.

Oggi, tutto questo non è più come prima e comunque è limitato a ciò che davvero è acuzie: l'età che avanza è sotto gli occhi di tutti, il nostro paese è uno tra i più longevi e soprattutto, uno di quelli considerati più in "buona salute".

Ma cosa c'è dietro questa "buona salute"? La realtà, vista soprattutto con gli occhi di chi esercita una professione come la nostra, non è esattamente questa.

Le patologie croniche sono in aumento così come lo è la non autosufficienza. I bisogni di questo tipo avrebbero necessità di un modello nuovo di assistenza che non c'è, di un territorio in grado di soddisfarli a lunga scadenza, se non addirittura - come spesso accade - anche per tutta la vita delle persone. Secondo l'Oms l'82-85% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta il vero grande problema che tutti i Paesi industrializzati debbono affrontare, assieme alla crescita esponenziale della spesa sociale, legata , oltre che all'invecchiamento della popolazione anche all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici. L'Istat (dati pubblicati nel 2017) disegna un quadro dell'Italia che presenta alcune criticità:

- la quota di individui di 65 anni e oltre ha raggiunto il 22%. Anche la struttura per età degli stranieri (5 milioni) mostra segnali di invecchiamento;
- gli anni di vita guadagnati sono scesi di 4,5 anni negli ultimi 10 anni (contro un aumento di 10 anni della Svezia), nonostante gli sforzi del Ssn;
- si è registrato un nuovo minimo delle nascite (474mila). Il numero medio di figli per donna si attesta a 1,34 (1,95 per le donne straniere e 1,27 per le italiane);
- 3,6 milioni famiglie sono senza redditi da lavoro. Si tratta del 13,9% del totale delle famiglie (con percentuali più alte al Sud del 22,2%).

La comprensione del mutamento del quadro clinico-epidemiologico c'è: non per nulla, ad esempio, è stato messo a punto e approvato per la prima volta il Piano nazionale cronicità.

Ma chiedete ai pazienti – che qui sono rappresentati - se la strada è davvero in discesa, chiedetelo alle famiglie di quelli che hanno bisogno di aiuto e spesso non sanno dove cercarlo. Secondo il recente rapporto di Cittadinanzattiva "Fuori dall'Ospedale dentro le mura domestiche" per i cittadini gli infermieri sono i più presenti nelle cure domiciliari: 84,31 per cento. Una presenza che secondo il monitoraggio dei servizi sul territorio è seguita al 73,87%, circa il 10% in meno, da medico di base o pediatra di libera scelta. Anche la percezione degli intervistati rispetto alla disponibilità degli operatori vede premiati gli infermieri con un giudizio positivo (59,52%) seguiti dal medico di famiglia con un distacco di oltre 17 punti (42.26%). E il dato migliora ancora secondo i primi risultati dell'Osservatorio civico Fnopi-Cittadinanzattiva, voluto proprio dalla Federazione per comprendere meglio le esigenze delle persone.

I numeri esatti dei risultati saranno illustrati e descritti durante il Congresso, ma vi anticipo solo che secondo i cittadini gli infermieri si rivolgono loro con gentilezza e cortesia, sono disponibili all'ascolto, mostrano vicinanza, comprensione e anche emozioni rispetto ai pazienti.

I cittadini si sono sentiti sicuri durante l'assistenza infermieristica e gli infermieri hanno anche fornito a pazienti e parenti informazioni chiare e comprensibili.

Ma si lamentano perché gli infermieri sono pochi, hanno poco tempo da dedicare al contatto con le persone, anche perché spesso sono occupati in attività che li allontanano dall'assistenza vera e propria (attività burocratiche, telefono ecc.).

E tutto questo accade soprattutto in ospedale: sul territorio c'è quasi il vuoto, tanto che i cittadini vorrebbero avere la possibilità di poter scegliere un infermiere di famiglia/comunità come si fa col medico di medicina generale, vorrebbero trovare gli infermieri nella farmacia dei servizi, avere la possibilità di consultarli in determinati casi come il trattamento di ferite e lesioni cutanee e averli disponibili anche nelle scuole, per bambini e ragazzi che ne potrebbero aver bisogno.

Cosa offrono gli infermieri

Quella dell'infermiere è tra le professioni sanitarie più vicine ai cittadini e nel processo di offerta e di garanzia di salute la professione infermieristica ha un importante ruolo. Ma sappiamo che c'è molto da fare.

Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati ad esercitare un ruolo sempre più incisivo, basato sulla sinergica collaborazione con i medici e gli altri professionisti sanitari, che riconosca le professionalità acquisite e capaci di contribuire ad innalzare la qualità della risposta assistenziale. La nostra professione ha come scopo il rapporto coi pazienti. È per noi un elemento valoriale importante sia professionalmente che per il 'patto col cittadino' che da anni ci caratterizza. Per noi è essenziale avere una relazione privilegiata con loro, per comprendere come ci vedono e come possiamo soddisfare nel modo migliore i loro bisogni di salute.

La richiesta degli italiani è di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio attraverso i canali del Servizio sanitario e supportare le famiglie nell'acquisto privato, ad esempio tramite i meccanismi della mutualità e assicurativi.

Sappiamo bene, nonostante l'idea sia allettante, che un infermiere convenzionato come un medico di medicina generale comporterebbe costi elevati per un Servizio sanitario che invece i costi li taglia anche spesso a scapito dei servizi e della loro qualità.
Ma ad esempio far affermare, come già avvenuto in molte Regioni benchmark, la figura dell'infermiere di famiglia - che non necessariamente deve essere una nuova figura, ma può essere un professionista già al servizio del Ssn - renderebbe più facile e migliore la vita di tante persone perché più completa la nostra risposta professionale.
La Federazione ha calcolato da tempo che su circa 16 milioni di persone che soffrono di cronicità o non autosufficienza il bisogno sarebbe di un infermiere ogni 500 pazienti: 30mila professionisti dedicati che eviterebbero un "fai-da-te" o l'aiuto di cargiver inesperti di cure cliniche che spesso riempie i pronto soccorso.
Queste considerazioni si associano all'idea di una libera professione infermieristica che porteremo avanti con forza perché non ha costi, ma solo vantaggi per i cittadini, i professionisti e le aziende.
E ancora, di una libera professione strutturata che senza il cappio di partite Iva strangolanti o di tasse e balzelli debilitanti, consenta ai professionisti che hanno scelto questa strada di percorrerla a testa alta, nella piena legalità e con la piena soddisfazione dei loro assistiti.

Cosa vogliono gli infermieri

Oltre al tema della libera professione per tutelare al meglio i cittadini, al primo posto c'è un aspetto della professione che riassunto in due parole comprende invece un ventaglio ampissimo di azioni che con voi, per voi e secondo le vostre e nostre necessità, cercheremo di portare a compimento al più presto e nel migliore dei modi: dignità professionale.
Subito viene alla mente in questo momento l'immagine che scaturisce da un contratto che afferma alcuni principi innovativi nella crescita ulteriore della professione, come l'infermiere senior e quello specialista, ma non premia le centinaia di migliaia di professionisti che si impegnano, ogni giorno e tutti i giorni, per far fede alla loro scelta di prendersi cura.
È evidente che un contratto con contenuti "buoni" avrebbe dovuto avere tre presupposti inderogabili che non ci sono:

1) possibilità di carriera certa e per tutti, tutti coloro che se lo meritano, si intende;
2) recupero retributivo degno di questo nome e non solo grazie allo sforzo delle Regioni, ma per implicito riconoscimento a livello centrale della professionalità che ci viene chiesta e che davvero non lesiniamo;
3) difesa della professione dai continui attacchi che tentano di farne la cornucopia in cui il servizio pubblico può "pescare" per soddisfare qualunque sua esigenza legata, il più delle volte, a una cattiva organizzazione e a uno scarso livello di programmazione o, peggio, a una necessità di risparmio che non può più essere fatta sulla pelle dei professionisti.

Gli infermieri sono infermieri e questa è la loro professione che in Italia e a livello internazionale ha precisi canoni per essere svolta e non può ridursi, come spesso accade, al ruolo di "tappabuchi" per esigenze che con lei hanno poco a che fare.
Non si deve e non si può nascondersi dietro al dato di fatto che un infermiere ha come suo primo obiettivo la salute e il benessere delle persone e, in questo senso, spesso accetta situazioni per lui non edificanti né proprie. Ma lo fa di buon grado, perché vuole garantire il suo compito principale: assistere.
Ed è anche vero – e questo cercheremo di "spiegarlo" a chi ancora non lo ha capito – che non ci si può approfittare di lui: l'infermiere è infermiere e questo deve fare.
Un professionista di alto livello sia clinico che organizzativo al quale si può chiedere, ma che non si può e non si deve costringere a compiere azioni che non fanno parte del suo bagaglio professionale, della sua etica, del suo impegno morale.
Tutto questo rappresenta anche la necessità di creare sinergie con le rappresentanze sindacali, per proporre il nostro contributo rispetto alla normativa contrattuale affinché venga mantenuto ii decoro e la dignità della professione.
E ancora, perché venga riconosciuto e valorizzato quanto di peculiare, competente e strutturato gli infermieri a tutti i livelli (clinico-assistenziale, gestionaleorganizzativo, formativo e di ricerca), agiscono quotidianamente, anche per prevenire, appunto, situazioni di sfruttamento retributivo e previdenziale.
Gli obiettivi della Federazione per il triennio che formalmente comincia oggi sono questi devono essere tutti chiari a tutti e, se possibile, condivisi. Ma non solo.
Anzitutto è necessario che si affermi e si consolidi un percorso culturale sulla nostra identità disciplinare e della nostra capacita di riconoscerci (e quindi esercitare) nelle norme professionali riferite a tutti i livelli (anche in questo caso clinico-assistenziale, gestionale-organizzativo, formativo e di ricerca).
Tutto questo, attivando anche una Scuola di politica professionale per preparare la rappresentanza di domani: gli infermieri non possono permettersi più di avere vuoti di rappresentatività o momenti in cui essere ignorati.
Dobbiamo consolidare il contributo della professione ai tavoli istituzionali: Agenas, Istituto superiore di Sanità, ministeri, Agenzie nazionali e internazionali dove già siamo entrati negli ultimi tre anni, per portare il nostro peculiare punto di vista sul sistema salute nel suo complesso.
Per questo e per avere spalle larghe in un compito non facile e di primaria importanza, dobbiamo sostenere le nostre Società scientifiche – con le quali abbiamo istituito una Consulta proprio perché è il lavoro di squadra il denominatore comune del nostro operare - perché consolidino il loro ruolo rispetto alla responsabilità professionale e alla rappresentanza scientifica. Ma non solo, anche per avere la massima voce in capitolo nell'applicazione della legge 24/2017 sulla responsabilità professionale. Lavorare assieme per definire linee guida condivise tra tutti i professionisti della sanità, ognuno per la propria area di competenza e nell'interesse della corretta gestione della patologia del paziente è il valore aggiunto per far decollare la legge e perché questa sia efficace ed efficacemente rispettata.
Da consolidare sono anche le alleanze e le sinergie con le associazioni dei cittadini e dei malati – con le quali abbiamo avviato un'altra Consulta - quali alleati presenti e futuri e nostri principali portatori di interesse con particolare attenzione alla cronicità, al settore socio sanitario e allo sviluppo dell'infermieristica nel territorio.
E' anche nostra intenzione – e in questo triennio abbiamo lavorato in tal senso, giungendo a un punto di avanzamento notevole - realizzare protocolli di intesa e documenti congiunti multi professionali per percorsi di partenariato professionale su obiettivi condivisi. In questo senso vorremmo, con la collaborazione di tutta la famiglia professionale, sviluppare posizionamenti politico/professionali su tematiche, quali, ad esempio, lo skill mix change (cioè la modifica della composizione professionale del personale, già attuata in Paesi quali Stati Uniti e Gran Bretagna e indicata come priorità da numerosi

studi recenti, tra cui il rapporto Oasi del Cergas Bocconi), i missed care (la misurazione degli esiti anche infermieristici), i Nursing Sensitive Outcomes (NSO), per consolidare il contribuito dell'assistenza infermieristica nel percorso di cura del paziente già attuato con successo in alcune Regioni benchmark italiane. Soprattutto però, in questo momento, dobbiamo continuare a investire su noi stessi, per presidiare i percorsi normativi ancora migliorabili e aperti tra cui ad esempio, l'area dell'infermieristica pediatrica, quella della libera professione (anche in relazione agli standard economici e a quanto serve per rendere attuativo il neo normato equo compenso) quella dell'Infermieristica militare, quella dello sviluppo di competenze contendibili e peculiari a partire dalla revisione di norme che affidano incarichi sulla base della professione e non del professionista. Una delle prime cose che vogliamo portare avanti, proprio perché la professione ha avuto un più elevato riconoscimento di sue peculiarità specifiche dal punto di vista anche specialistico, è delineare un percorso per il riconoscimento dell'infungibilità della specializzazione infermieristica. Come ho detto, gli infermieri sono pronti a tutto e non c'è nulla nella loro professione che non sappiano fare, non possano o non vogliano fare, lo dimostrano e lo hanno sempre dimostrato, ma non per questo qualcuno deve o può sentirsi autorizzato a fare di loro i jolly di un'assistenza che di carenze ne sta davvero dimostrando tante. Dovremo poi fare in modo che per i nostri "professori" si attivino percorsi per strutturare il corpo docenti all'interno del sistema universitario (ricercatori, professori associati e ordinari) in maniera adeguata ai numeri della nostra classe di laurea e creare le condizioni per la revisione dei piani e dei percorsi di studio anche a favore delle diverse forme di "specializzazione" a partire da quelle clinico assistenziali. Per la nostra preparazione dovremo sostenere lo sviluppo di un sistema di formazione continua (ECM) che offra maggiori garanzie qualitative e si raccordi con la clinica e il management professionale che ci riguarda. Inoltre, dovremo investire sui Centri di Eccellenza, implementando la rete della ricerca infermieristica, dei team building con i PhD e degli esperti per contribuire, attraverso lo sviluppo della scienza infermieristica, al sistema salute del nostro paese. Dobbiamo poi assolutamente coinvolgere i giovani professionisti per delineare con loro e per loro percorsi sostenibili di sviluppo professionale,

Spinti dal passato o guidati dal futuro?

Gli infermieri hanno subito quasi un decennio di riduzioni nel personale del Servizio sanitario nazionale pubblico (- 4,3% dal 2009 al 2016) e l'imminente formazione del nuovo Governo e del nuovo Parlamento moltiplicano gli allarmi che diverse famiglie professionali lanciano sulla possibilità di continuare a garantire cure e assistenza adeguate alla popolazione. Ciò su cui si punta l'indice sono le carenze presenti e, soprattutto, future di professionisti. Anche gli infermieri potrebbero unirsi al coro segnalando come negli ultimi sette anni, a fronte di un significativo aumento dei bisogni di assistenza, le aziende del Servizio sanitario nazionale, dall'ultimo contratto a oggi, che ha coinciso anche con l'era dei tagli legati ai piani di rientro, abbiano rinunciato a oltre 12mila mila infermieri: il numero più grande di perdite di personale registrato da qualunque categoria faccia parte del servizio pubblico. E dovremmo riaffermare con forza come nei prossimi 10 anni sarebbe necessario assumere almeno 70mila infermieri (di cui 20mila per recuperare le "perdite" e fare fronte alle esigenze dettate dall'Europa sugli orari di lavoro e 50mila per espandere l'assistenza territoriale con almeno un infermiere ogni 500 persone con malattie croniche o non autosufficienti). Gli infermieri non intendono unirsi al coro. Le scelte su quanto personale e quale personale abbiamo/avremo bisogno devono essere fatte guardando al futuro e non replicando il passato. Da quando abbiamo deciso che i medici di medicina generale dovessero avere fino 1.500 assistiti sono passati molti anni e sono cambiate molte cose nell'assistenza. Tra dieci anni molte altre ancora saranno cambiate. Forse quel limite deve essere abbassato o forse deve essere innalzato, l'unica cosa certa è che non possiamo permetterci il lusso di decidere senza analizzare e comprendere. I rapporti tra le diverse discipline mediche, le percentuali di posti assegnati alle diverse scuole di specialità sul totale, sono rimaste sostanzialmente invariate nel tempo. Eppure il dibattito è monopolizzato dalla "carenza di medici", senza affrontare il problema se avremo bisogno di più fisiatri o pediatri o cardiologi. Ancora una volta pensiamo di affrontare il futuro replicando il passato.

Da dieci anni nel Servizio sanitario nazionale ci sono circa due infermieri e mezzo per ogni medico. Non abbiamo quindi cambiato nulla nel modello di cura e assistenza, nonostante tutte le trasformazioni dell'ultimo decennio. Questo rapporto deve aumentare o diminuire in relazione alle prevedibili evoluzioni del prossimo decennio? Vogliamo decidere o vogliamo ritrovarci tra dieci anni a prendere atto di ciò che è avvenuto?

La circostanza che nei prossimi anni molti professionisti andranno in pensione pone molti problemi, ma apre una grande opportunità di ripensamento su come il Servizio sanitario nazionale debba funzionare e quale assistenza offrire.

Gli infermieri ritengono che tale opportunità di cambiamento non possa essere sprecata prendendo oggi decisioni che ipotecano il futuro (le decisioni sull'inserimento di personale hanno come orizzonte la vita lavorativa di quel professionista che è di almeno 30 anni) guardando al presente o, peggio, al passato.

Gli infermieri sono una professione che guarda al futuro e rispetto al futuro dell'assistenza e del Servizio sanitario nazionale chiedono a tutti gli attori, la politica in primis, una coerente assunzione di responsabilità.

Conclusioni

Deve finire l'atteggiamento secondo cui l'infermiere rappresenta il "cuscinetto" tra i bisogni dei pazienti e le esigenze di un'economia che, non per colpa nostra, spesso non li vede e non li affronta per quel che sono. Il rispetto della persona parte dal presupposto di farla vivere in buona salute, possibilmente in assenza di malattia e in pieno benessere e non in modo residuale in un'economia che per sostenere se stessa finora ha limitato e tagliato i beni primari della vita.

La salute è il primo diritto, ma anche il primo dovere della vita. Per riscuotere il proprio diritto è un dovere vivere in buona salute. E poiché la salute è un diritto va tutelata dai rischi e difesa dalla voglia che molti hanno di metterla sul piatto di una bilancia per fare da contrappeso a un'economia mal gestita.

Siamo infermieri prima di tutto, e crediamo nella forza della relazione, dell'ascolto, dell'inclusione, dall'autorevolezza che vince sull'autorità. Crediamo in un gruppo allargato, partecipato, che lasci spazio ad autonomie di pensiero e di cultura perché il rispetto della persona parte anche da questo.

"La salute è il primo dovere della vita" affermava Oscar Wilde. E il nostro primo dovere è garantire che tutti ne abbiano pieno e uguale diritto, senza essere ostaggi di un'economia che non si cura e non cura dalle malattie.

Prima Assemblea degli iscritti dell'Ordine Professioni Infermieristiche di Sondrio

A cura di Di Cara Cinzia*

In data 7 Aprile 2018, presso la sala Bettini di Faedo Valtellino si è svolta la prima assemblea annuale del neonato Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) della provincia di Sondrio. N el corso dell'assemblea il presidente dell'OPI, Giuseppe Franzini ha presentato agli iscritti presenti, rappresentanti dei professionisti della provincia, il programma che il nuovo Consiglio Direttivo ha pianificato per il corrente triennio, e in particolare gli eventi programmati per l'anno corrente. Tra le tematiche presentate ci si è particolarmente soffermati sul cambiamento che il D.Lgs, 3/2018 ha apportato alla figura professionale infermieristica, inquadrando l'Ordine come ente sussidiario dello Stato. In tal modo la suddetta legge garantisce una tutela degli interessi della professione e del cittadino, in merito all'esercizio della professione stessa. È affidata all'Ordine Professionale, infatti, il ruolo sanzionatorio per contrastare l'abusivismo professionale.

Grande rilevanza è stata data al tema della formazione, particolarmente curato dall'Ordine. Sono stati presentati i corsi di aggiornamento residenziali che il Consiglio Direttivo ha organizzato per l'anno corrente, indicando come valore aggiunto una collaborazione con il Corso di Laurea in Infermieristica di Faedo Valtellino.

Il presidente ha continuato la sua relazione presentando tutte le iniziative atte a rappresentare l'immagine della professione e dell'Ordine, con particolare riferimento alla presenza dell'infermiere sul territorio, tematica attualissima nell'evoluzione del ruolo infermieristico in comunità e nel sociale. A tal proposito in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, 12 Maggio, verranno collocati degli stand informativi in alcune piazze della provincia di Sondrio al fine di informare i cittadini del ruolo, l'evoluzione e le responsabilità dell'infermiere oggi, della sua presenza sempre più incombente sul territorio come referente principale della responsabilità dell'assistenza infermieristica.

Tra i punti del programma presentato nel corso dell' assemblea, è stato esposto il progetto Bocconi/OPI Lombardi, ereditato dal precedente collegio IPASVI, il cui scopo è quello di monitorare, sostenere e valutare il processo di implementazione della riforma del SSR. Il progetto istituisce tre gruppi di lavoro regionali che sviluppano le seguenti tematiche: skill mix change; nomenclatore tariffario e sistema del Pronto Soccorso; gestiti localmente da tre delegati per ciascun Ordine Provinciale in collaborazione con tutor e docenti dell'Università degli Studi Bocconi di Milano. Tali progetti volti a trovare soluzioni di un certo peso politico, saranno poi trasmessi ai tavoli della sanità regionale, al fine di orientare le scelte politiche sanitarie della Regione Lombardia.

Nel corso dell'assemblea il tesoriere dell'Ordine provinciale Laura Mostacchi ha presentato dettagliatamente il bilancio consuntivo 2017 e preventivo 2018, strumenti fondamentali per la pianificazione delle attività da programmare e per rendicontare le attività svolte nell'anno precedente. Entrambi i bilanci sono stati approvati dai presenti.

Presentate le diverse attività in programma e pianificati i numerosi eventi, il presidente Franzini ha proiettato delle testimonianze in merito all'incontro avvenuto a Roma tra gli infermieri italiani e il Santo Padre e del I congresso Nazionale FNOPI tenuto nei giorni successivi; cogliendo attraverso immagini e feedback i momenti più rilevanti ed emozionanti dei due incontri annuali sul territorio nazionale.

Ha concluso l'assemblea l'intervento del Consigliere "anziano" Ercole Piani, il quale ha colto l'occasione per enfatizzare quanto la motivazione personale e lo stimolo al continuo miglioramento possa servire da monito per la progressiva evoluzione della professione, invitando soprattutto gli infermieri neo laureati a "non accontentarsi" ma a cogliere sempre la dinamicità della conoscenza, delle competenze e della crescita professionale. Quest'ultimo intervento ha quindi sottolineato la già chiara intenzione di entusiasmo e sviluppo che contraddistingue l'OPI di Sondrio.

PROGRAMMA ECM 2018

DATA	Luogo	NOTE	TITOLO EVENTO
7 APRILE	Aula Bettini Faedo Valtellino	ore 14-18.15	**Dall'infermiere professionale all'infermiere professionista: dal collegio IPASVI all'Ordine delle Professioni Infermieristiche**
5 MAGGIO	Aula Vitali Sondrio	Iª Ed.	**Il ruolo e le responsabilità del professionista sanitario**
1 GIUGNO	Aula Vitali, Sondrio		**Il passaggio delle consegne e la trasmissione delle informazioni tra professionisti: sicurezza ed efficacia**
28 SETTEMBRE	Aula Bettini Faedo	Iª Ed.	**Gestione dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica**
8 NOVEMBRE	Auditorium G. Mascioni Villa di Tirano	IIª Ed.	**Il ruolo e le responsabilità del professionista sanitario**
15 OTTOBRE 12 NOVEMBRE	Aula Vitali, Sondrio	Corso di 2 Giornate	**Lavorare con intelligenza emotiva in sanità**
12 DICEMBRE	Aula Bettini Faedo	IIª Ed.	**Gestione dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica**

Melazzini (AIFA):

"Si identifichino soluzioni concrete per migliorare la presa in carico del malato"

0810312018 - Il direttore generale Aifa spiega sul sito istituzionale dell'Agenzia le affermazioni sulla possibilità di prescrizioni infermiesitiche illustrale al primo congresso della Federazione nazionale delle professioni infermieristiche.

Infermiere prescrittore? Le parole del direttore generale Alfa, Mario Melazzini, ineterventuto al Congresso nazionale della Federazione degli Ordini delle pòrofessioni infermieristiche, ha acceso un dibattito tra parfessioni, che si è basato tuttavia su interpretazioni diverse dalle affermazioni del Dg Aifa.
In questo senso Melazzini ha affermato che "il problema centrale dell'assistenza sanitaria è quello della presa in carico integrale del paziente, del suo inserimento e accompagnamento all'interno di un percorso terapeutico in cui giocano un ruolo importante tutte le diverse figure dei professionisti sanitari.
In questo scenario -prosegue Melazzini con una nota pubblicata sul portale Aifa -gli infermieri sono fondamentali nel rapporto quotidiano con il malato e costituiscono una figura di riferimento per garantire l'aderenza terapeutica e la sostenibilità del sistema, evitando trattamenti inappropriati e conseguente spreco di risorse pubbliche.
L'infermiere, nella mia visione, svolge un ruolo da co-protagonista e un cambiamento nell'approccio culturale alla professione potrebbe consentire di allargarne ulteriormente gli orizzonti, cosi come accade in altri Paesi europei.
Ad esempio, nel Regno Unno, l'infenniere ha la possibilità di prescrivere un numero ristretto e ben definito di farmaci, nel contesto di un piano clinico paziente specifico dopo diagnosi medica. Altra esperienza di rilievo è quella della Spagna, in cui non si parla mai di prescrizione ma di dispensazione di medicinali. l'ordine di dispensazione è il termine utilizzato al posto della ricetta medica.
Nel nostro Paese -aggiunge ancora il Dg Aifa -allo stato attuale la norma di riferimento (d.lgs. 21912006 -titolo VI) individua tra i soggetti legittimati a prescrivere il farmaco solamente i medici. Pertanto, qualora si volesse sperimentare un percorso di estensione di questa facoltà, in casi ben definiti e sempre in accordo con il medico di riferimento, sarebbe indispensabile un cambiamento della norma.
Al di là dell'aspetto tecnico e giuridico relativo alla prescrizione credo personalmente che i tempi siano maturi per un confronto di più ampio respiro, tra tutti gli attori coinvolti: i medici, infermieri, ministero della Salute, Istituto superiore di sanità.
L'obiettivo di questo dibattrto -conclude -non deve essere quello di definire i confini e gli ambrti di intervento delle diverse categorie professionali quanto piuttosto individuare soluzioni concrete per migliorare il presa in carico del malato ed offrire una risposta più funzionale alla domanda del bisogno di salute più tempestiva e adeguata."

UOMO VECCHIO

Quando un uomo anziano è morto nel reparto geriatrico di una casa di cura in un paese di campagna australiana, si credeva che nulla di valore egli avesse potuto lasciare. Più tardi, le infermiere sistemando i suoi pochi averi, trovarono questa poesia. La qualità ed il contenuto impressionarono lo staff che volle farne tante copie da distribuire agli infermieri di tutto l'ospedale. Un'infermiera di Melbourne volle che una copia della poesia comparisse nelle edizioni di Natale delle riviste di tutto il paese come unico lascito di questo vecchio per i posteri e facendo in modo che figurasse su tutte le riviste per la salute mentale.
È stata anche fatta una raccolta di immagini dedicata a questa semplice ma eloquente poesia.
E così questo vecchio, che nulla pareva potesse dare al mondo, ora è l'autore di questa poesia anonima che vola attraverso la rete internet.

"CRANKY" UOMO VECCHIO

Cosa vedi infermiera? Cosa vedete?
Che cosa stai pensando mentre mi guardi?
"Un povero vecchio" non molto saggio
con lo sguardo incerto ed occhi lontani.
Che schiva il cibo e non da risposte
e che quando provi a dirgli a voce alta:
"almeno assaggia!".
Sembra nulla gli importi di quello che fai per lui.
Uno che perde sempre il calzino o la scarpa
che ti resiste, non permettendoti di occuparti di lui
per fargli il bagno, per alimentarlo
e la giornata diviene lunga.

Ma cosa stai pensando? E cosa vedi?
Apri gli occhi infermiera!
perchè tu non sembri davvero interessata a me.
Ora ti dirò chi sono mentre me ne stò ancora seduto quì
a ricevere le tue attenzioni lasciandomi imboccare per compiacerti.
"Io sono un piccolo bambino di dieci anni con un padre
ed una madre".
Fratelli e sorelle che si voglion bene.
Sono un ragazzo di sedici anni con le ali ai piedi
che sogna presto di incontrare l'amore.
A vent'anni sono già sposo il mio cuore batte forte
giurando di mantener fede alle sue promesse.
A venticinque ho già un figlio mio
che ha bisogno di me e di un tetto sicuro,
di una casa felice in cui crescere.
Sono già un uomo di trent'anni e mio figlio è cresciuto
velocemente, siamo molto legati uno all'altro da un sentimento
che dovrebbe durare nel tempo.
Ho poco più di quarant'anni, mio figlio ora è un adulto
e se ne và, ma la mia donna mi stà accanto.
per consolarmi affinchè io non pianga.
A poco più di cinquant'anni
i bambini mi giocano attorno alle ginocchia.
Ancora una volta, abbiamo con noi dei bambini io
e la mia amata.
Ma arrivano presto giorni bui mia moglie muore
guardando al futuro rabbrividisco con terrore.
Abbiamo allevato i nostri figli e poi loro ne hanno allevati dei
propri.
E così penso agli anni vissuti all'amore che ho conosciuto.
Ora sono un uomo vecchio e la natura è crudele.
Si tratta di affrontare la vecchiaia con lo sguardo di un pazzo.
Il corpo lentamente si sbriciola
grazia e vigore mi abbandonano.
Ora c'è una pietra dove una volta ospitavo un cuore.
Ma all'interno di questa vecchia carcassa un giovane
uomo vive ancora.
e così di nuovo il mio cuore martoriato si gonfia.
Mi ricordo le gioie, ricordo il dolore.
Io vorrei amare, amare e vivere ancora
ma gli anni che restano son pochissimi
tutto è scivolato via veloce!
E devo accettare il fatto che niente può durare.
Quindi aprite gli occhi gente apriteli e guardate
"Non un uomo vecchio"
avvicinatevi meglio e vedete ME!

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

E TU, CONOSCI L'INFERMIERE?

Figura fondamentale del sistema sanitario

UNA RISORSA PER LA SOCIETÀ

Cura e assiste le persone e supporta i loro familiari

PASSIONE E COMPETENZA

Per essere infermiere servono:
Motivazione e tanti anni di studi universitari

SI OCCUPA DI

Prevenzione
Cura
Assistenza
Riabilitazione
Educazione
Formazione
Ricerca
Organizzazione

DOVE/COME/QUANTI

Ospedali, strutture residenziali, centri diurni, domicilio, luoghi di lavoro e vacanza

Dipendente
Libero professionista

423.397

E NON SI FERMA MAI...

Formazione continua
Aggiornamento
Esperienze quotidiane
Sviluppo professionale

OPI
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI SONDRIO

Sabato 12 maggio 2018

OPI SONDRIO sarà nelle principali piazze con i propri stand

Festa dell'Infermiere:
Cena di beneficienza - Polifunzionale Bianzone ore 19.30

Per informazioni:
Segreteria OPI - info@ipasviso.org