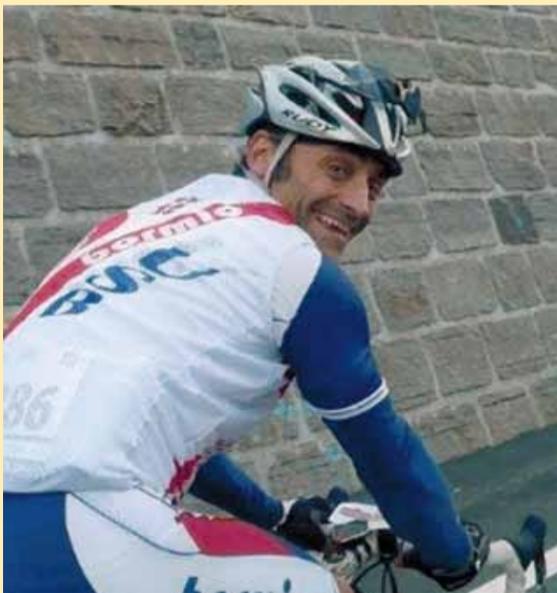


GRAZIE TONINO



Abbiamo insistito tanto perché tu rimanessi ancora con noi anche se sapevamo che è giusto così; GRAZIE per l'impegno, la determinazione, la presenza, quel tuo modo unico di condurre, per gli "spigoli" e le tenerezze ma soprattutto grazie perché per sei anni, qui con noi, sei sempre stato sul pezzo.

**I tuoi amici del Direttivo
e dei Revisori dei Conti
con le Impiegate**

Arrivederci...

di Tonino Trinca Colonel

“L’assistenza è un’arte; e se deve essere realizzata come un’arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle.” Florence Nightingale
Nel salutarvi, innanzitutto, un immenso ringraziamento a voi tutti: iscritti, colleghi del Consiglio Direttivo, impiegate, cittadini, associazioni varie che in questi sei anni mi hanno permesso di vivere un’esperienza unica. In prossimità del rinnovo elettorale del Consiglio Direttivo IPASVI Sondrio per gli anni 2018-2020, seppur con qualche dubbio, ho ponderatamente maturato, la decisione di completare, con questo secondo mandato, la mia presenza attiva in Collegio IPASVI. Si chiudono sei anni di grande impegno, dove mi sento d’aver dato con tutto

il gruppo, nei vari impegni ed attività di Collegio, il giusto contributo per una guida adeguata, espressione del pensiero dei nostri 1900 iscritti. Nel rispetto del mandato istituzionale e del ruolo del nostro ente ordinistico (“Il Collegio è un Ente di diritto pubblico di auto ed etero tutela: il Collegio tutela il cittadino che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale competente. Il Collegio tutela e disciplina i professionisti..”) in questi anni si è svolta attività di consulenza, sia per i cittadini che per gli iscritti, attività di mediazione, e dove si è reso necessario esercizio della funzione disciplinare. A livello locale, grande è stato l’impegno rivolto al settore formazione mediante l’organizzazione di eventi e corsi che hanno interessato diverse tematiche persuasi che l’agire dell’infermiere da sempre è guidato dall’evidenza scientifica. A livello regionale, in collaborazione con gli altri Collegi lombardi, l’attenzione si è

rivolta all’affermazione e alla difesa del prestigio degli infermieri (es. progetto Ipasvi - Bocconi in merito all’interpretazione delle opportunità emergenti per gli infermieri nella L.R. 23/2015 e con il ricorso, con sentenza favorevole, al Consiglio di Stato in merito della difesa del singolo libero professionista infermiere nell’effettuazione dei prelievi ematici). Nell’intento di affermare definitivamente il nostro percorso disciplinare, per la professione è in corso l’epocale sfida che Federazione Nazionale e singoli Collegi assiduamente sostengono, che vede ormai prossimo il riconoscimento in Ordine della nostra professione e la contestuale affermazione delle competenze avanzate. Un abbraccio ed i migliori auspici per le sfide future che vedranno gli infermieri sempre protagonisti indispensabili nel sostenere la richiesta assistenziale che si diffonde, in seno alla società, con l’espandersi delle fragilità e delle cronicità.

DALLE CURE INTERMEDIE ALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

di Ercole Piani



Ospedale San Sisto - Poschiavo (CH)

La popolazione assistita, sempre più anziana e fragile, necessita di strutture che garantiscano la gestione di lungo periodo delle cronicità in prossimità del luogo di residenza e di vita, con la possibilità di un ampio coinvolgimento dei familiari e dei loro medici di assistenza primaria nella gestione dei bisogni che sempre più hanno caratteristiche sociosanitarie. Gli ospedali di comunità diventano uno degli elementi portanti dell’attivazione dei PreSST (Presidi Socio Sanitari Territoriali) e della valorizzazione della medicina del territorio. Sin dal 2012 Regione Lombardia sta verificando realtà assistenziali per rispondere a questa emergenza; ho avuto il piacere di dirigere il Centro sperimentale Post Acuti di Sondalo, ora centro di Cure Intermedie e diretto dalla Collega infermiera Michela Zappa. Ho poi partecipato al gruppo di lavoro in SDA Bocconi per formulare proposte organizzative da proporre a Regione Lombardia in merito all’emergenza cronicità.

Quanto emerge dal nostro studio evidenzia ancor più la necessità di promuovere l’attivazione di nuove strutture a bassa intensità assistenziale e bassa instabilità clinica, dove gli infermieri potranno erogare assistenza a persone che necessitano soprattutto di recuperare benessere e autonomia in un ambiente “protetto”. La direzione organizzativa sarà demandata ad un infermiere mentre i medici di medicina generale potranno operare direttamente nella struttura, erogando anche servizi di assistenza medica ai loro pazienti. La durata massima della degenza in quelle strutture, che potranno essere denominate Ospedali di Comunità, potrà essere di 60 giorni, periodo che trova rispondenza con quanto sperimentato nei Centri Post Acuti ora Cure Intermedie.

Elementi chiave dell'Ospedale di comunità

- Promuove la continuità tra ospedale e servizi territoriali;
- Promuove e favorisce il ruolo del caregiver;
- Facilita l’attivazione delle risorse della comunità (Volontariato, associazionismo);
- Presenta indubbi vantaggi al paziente e sulla sostenibilità economica del sistema;
- Offre la possibilità di integrare la rete di offerta nelle aree montane e collinari grazie ad una collocazione nei PreSST, articolazione prevista nella riforma lombarda.

Aspetti positivi

- Minor costo gestionale per giornata degenza; Il minor costo di personale ad alta remunerazione (medici) permette di aumentare l’apporto del personale assistenziale (personale infermieristico e di supporto);

CONTINUA A PAGINA 2 ►

All'interno

L'arte che viene dall'anima	2
Infermieri: pionieri delle cure complementari?	4
ECM: novità 2017-2019	7
Abbiamo davvero bisogno di una legge sulle DAT?	9
La contenzione fisica	11-13
Il vissuto del caregiver della persona con lesione midollare	14-16
"Buonanotte madame"	16
Rinnovo cariche triennio 2018-2020	19
Assemblea elettiva - I candidati	20

▶ CONTINUA DALLA PRIMA PAGINA

- Coinvolgimento della famiglia nell'assistenza (self care);
- Coinvolgimento del medico di medicina generale nella cura del proprio paziente in una struttura protetta;
- Contribuisce al protocollo sulle dimissioni protette;
- Promuove l'autonomia;
- Reinserimento nel proprio ambiente di vita del paziente evitando spesso l'ammissione precoce in RSA.

Opportunità

- Riforma socio sanitaria lombarda istituzione dei PreSST;
- Coinvolgimento delle Amministrazioni comunali;
- Risparmio risorse economiche e spostamento dell'assistenza dall'ospedale al territorio;
- Miglior status, riconoscimento, capacità gestionali e competenze della professione infermieristica;
- Valorizzazione del sistema socio sanitario regionale;
- Conforme agli indirizzi nazionali e rispondente alla riduzione posti letto per acuti.

Aspetti negativi e criticità

- Difficoltà a trovare e gestire la struttura; nella nostra Provincia esistono strutture che possono essere utilizzate allo scopo – duole rilevare che a fronte di un progetto di investimento privato all'ex Ospedale di Tirano ben poco, in tal senso, sia stato fatto per promuovere una idonea collocazione delle Cure Intermedie da parte dell'Amministrazione comunale e dalle Direzioni ATS e ASST.
- Remunerazione delle prestazioni ancora da definire (quale eventuale compartecipazione economica dell'utente);
- Definire con chiarezza i criteri di accesso per profili di utenti;
- Garantire l'assistenza medica H 24 (guardia medica – reperibilità medica);
- Equilibrio di bilancio, ad oggi l'esperienza evidenzia la necessità di garantire assistenza ad almeno 20 utenti;
- Scarsa collaborazione dei Medici di Medicina Generale.

I pazienti eleggibili e il ruolo del nucleo familiare

All'interno del sistema dell'Ospedale di Comunità occorre porre particolare attenzione alla corretta individuazione dei pazienti e al coinvolgimento attivo e finalizzato del nucleo familiare. A questo scopo è opportuno tenere conto dei seguenti elementi per sincronizzare l'offerta dell'Ospedale di comunità con i bisogni dei pazienti

nel loro contesto familiare e sociale.

La tipologia di pazienti eleggibili:

- Pazienti, che presentano, in prevalenza, una multi morbosità provenienti da una struttura ospedaliera, rivolta ad acuti o di tipo riabilitativo;
- Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio, a fronte di una riacutizzazione di condizione clinica preesistente, comunque non idonei, per basso livello di intensità di cure, con il regime di ricovero presso ospedale per acuti;
- Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio.

Considerata la tipologia di pazienti risulta centrale il ruolo attivo del nucleo familiare, per il quale occorre progettare e gestire un'attività di formazione/educazione/addestramento congiunte sia del paziente che del care giver, prima dell'accesso e a domicilio.

Conclusioni

In questo progetto ho collaborato con altri Professionisti e Colleghi da circa 20 anni, sin da allora ho portato come esempio la realtà della vicina Val Poschiavo in Svizzera dove, da sempre, il medico di base opera anche all'interno dell'Ospedale, seguendo di fatto in tutte le fasi della "vita sanitaria" il proprio assistito. Nel citato Ospedale l'assistenza è garantita da varie figure professionali e l'infermiere trova all'interno dell'equipe la propria autonomia.

Ancora positivamente va evidenziata la recente riforma che ha visto convergere in una sola organizzazione l'Ospedale San Sisto, la Casa Anziani e la Spitex (Assistenza Domiciliare di cure infermieristiche, psicosociali ecc.), quale miglior modo per erogare assistenza sociosanitaria in realtà tipicamente montane? Nella nostra Provincia alcuni ospedali troverebbero dignitoso futuro se si orientassero ad assistere le varie cronicità, mentre le prestazioni sanitarie di "eccellenza" potrebbero essere garantite in soli 2 presidi. L'emergenza anziani e i vari problemi sociosanitari, che accompagnano sempre più la quarta età, saranno emergenza nel 2030 ma già da ora esistono chiari segnali in tal senso, per questo mi auguro che saranno messe in atto iniziative idonee che ritengo, a mio avviso, non più procrastinabili e sono convinto che l'Ospedale di Comunità sia la risposta più appropriata. Gli infermieri sono pronti da tempo.

L'Arte che viene dall'anima

di Lara BONINCHI LOPES, collaboratrice de "Il Grigione Italiano"



La mostra che ha recentemente aperto i battenti in Galleria Pgi sorprende e incuriosisce. Per la prima volta, gli ospiti lungodegenti del Centro sanitario Valposchiavo presentano le loro opere al pubblico. A colpire l'attenzione del visitatore sono tutta una serie di tele, create lontano dal frastuono quotidiano nel silenzio del raccoglimento indispensabile per dare libero sfogo alla propria creatività. Tele, dove ad emergere con forza e trepidazione è l'anima dell'anziano. Cerchi, quadrati, linee rette, una marea di forme e colori che con gioia abbracciano chi osserva con attenzione queste opere d'arte, così possono essere tranquillamente chiamate perché l'estro non ha età. E' un grande errore associare l'essere anziano alla mancanza di vitalità e creatività; l'anima infatti non invecchia mai, a volte lo spirito è solo assopito in attesa di un dolce risveglio.

"Tieni sempre presente che la pelle fa le rughe, i capelli diventano bianchi, i giorni si trasformano in anni. Però ciò che è importante non cambia; la forza e la tua convinzione non hanno età. Il tuo spirito è la colla di qualsiasi tela di ragno..." recita una bellissima poesia di Madre Teresa di Calcutta. Una mostra che mette al centro dell'attenzione l'anziano e la sua anima, quale importante e valida risorsa nella società. Gli anziani hanno molto da raccontare e anche da insegnare. Le opere realizzate dagli ospiti del Reparto geriatrico parlano di sentimenti ed emozioni attraverso un miscuglio di colori e forme che si ripropongono al visitatore in tutta la loro energia e vitalità.

Dal rosso carminio al violetto, dal blu cobalto al verde smeraldo i colori sono vivaci, caldi e invitanti. Il dipinto su tela spesso è arricchito grazie all'ausilio di altri materiali come fili colorati, brillantini, feltro e bottoni. Le creazioni degli ospiti lungodegenti

sono state eseguite singolarmente, ma anche in gruppo in diverse tappe. La pittura richiede tutta una serie di facoltà mentali e cognitive che aiutano l'anziano a mantenere le proprie abilità: concentrazione, motricità fine, coordinamento dei movimenti, orientamento spaziale, essere aperti a nuove esperienze e sperimentare materiali diversi. Non solo, dipingere aiuta a esteriorizzare sentimenti ed emozioni con più facilità, laddove la comunicazione verbale è compromessa da una malattia e le parole faticano ad uscire normalmente. Sprona inoltre a rimettersi in gioco quando si crede di non essere più adulti produttivi e utili alla nostra società.

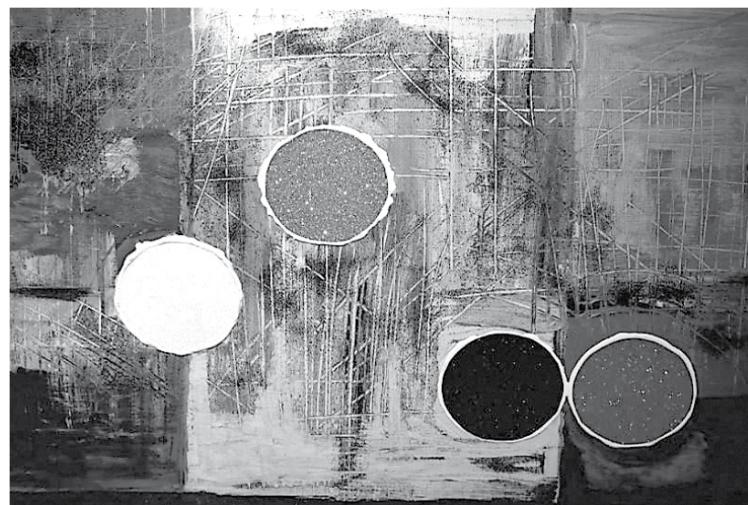
Il laboratorio artistico fa parte dell'attività di animazione organizzata all'interno del Reparto geriatrico dell'Ospedale San Sisto, grazie all'aiuto e alla collaborazione di Natalie Varisto, animatrice e collaboratrice sanitaria con esperienza pluriennale. "L'obiettivo di questo percorso è aiutare l'anziano a vivere il presente nel modo più sereno possibile, favorendo una maggiore integrazione con gli altri ospiti della struttura" spiega Varisto. Non solo le capacità motorie e cognitive vengono promosse attraverso il laboratorio

artistico, ma anche relazionarsi con gli altri diventa una parte importante dell'attività.

"I lavori realizzati vengono poi esposti nei reparti della struttura-conclude l'animatrice – osservandoli tutti assieme acquistano grande valore e si presentano nel loro massimo splendore. Il processo terapeutico non finisce al termine dell'attività, perché gli utenti diventano artefici e artisti delle opere che osservano tutti i giorni installate sulle pareti del luogo in cui vivono; la loro arte cambia l'ambiente e lo trasforma nel profondo. Sia la realizzare che l'osservare l'opera dona vitalità, gioia e colori anche quando le giornate appaiono un po' grigie". Agli ospiti del Reparto lungodegenti vanno tutti i nostri complimenti per questa bellissima mostra che è un contributo valido e molto apprezzato alla nostra realtà locale. Tra loro anche tanta emozione, gioia e un grandissimo piacere nel mostrare le proprie opere d'arte al pubblico.

In alto: Amelia Zanetti e Tito Tuena in compagnia di Natalie Varisto, animatrice e collaboratrice sanitaria.

In basso: "Nuovi Mondi" eseguito con la collaborazione dei signori Giuseppe Rossi, Tina Fahrni, Marili Paganini, Mario Daguati, Renato Costa e Hugo Mauderli.



FORME DI ESPRESSIONE DELLA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA: l'ambulatorio infermieristico vulnologico

di Patrizia Almasi*

Su invito del Consiglio Direttivo Ipasvi di Sondrio e del Presidente Tonino Trinca Colonel, ho partecipato come relatrice al Seminario rivolto agli studenti del 3° corso di Infermieristica organizzato dall'Università degli Studi di Milano-Bicocca in collaborazione con i Collegi IPASVI delle province di Bergamo, Lecco, Milano, Lodi, Monza-Brianza e Sondrio. L'argomento del corso riguardava: *"Le diverse forme di esercizio professionale infermieristico: aspetti normativi, adempimenti richiesti e confini di responsabilità"*. I relatori, fra i quali la Prof. Stefania Di Mauro, Presidente del Consiglio di Coordinamento Didattico dei Corsi di Laurea in Infermieristica, Ostetricia e Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, che ha presentato la giornata e lo scopo dell'evento, la Dott. Beatrice Mazzoleni Presidente IPASVI di Bergamo, la Dott. Stefania Negri Presidente IPASVI di Lecco, il Presidente IPASVI di Sondrio Dott. Tonino Trinca Colonel, insieme a vari consulenti per quanto concerne gli aspetti legali e fiscali, hanno sviluppato in maniera approfondita e competente varie tematiche inerenti la Libera Professione. Si è parlato di come si sia evoluto il quadro socio-demografico, delle ripercussioni sul mercato in Sanità, delle varie forme di esercizio infermieristico autonomo, dell'importanza dell'Ordine professionale, senza tralasciare gli adempimenti normativi, previdenziali e fiscali e soprattutto quali siano i confini di responsabilità che regolamentano l'agire professionale.

La relazione che ho proposto ai futuri colleghi verteva sulla presentazione di una forma di esercizio professionale: l'ambulatorio infermieristico e, nel caso, di un ambulatorio vulnologico.

La professione infermieristica ha finalmente la possibilità di esprimere le proprie competenze in maniera autonoma e responsabile. Un modo nuovo di esercitare l'attività infermieristica è rappresentato dall'ambulatorio infermieristico. L'istituzione di questo recente modello organizzativo fonda i suoi presupposti su alcune importanti innovazioni. La prima è sicuramente da ricondurre allo scenario che si è delineato nella sanità italiana, caratterizzato dalla tendenza alla "razionalizzazione" attraverso una diminuzione dei posti letto per acuti ed il conseguente e necessario potenziamento dei servizi territoriali. L'altro presupposto è da ricercarsi nella profonda evoluzione della professione infermieristica. La legge 42/99 e la legge 251/2000 (art. 2) hanno portato al riconoscimento dell'assistenza infermieristica sul piano dell'iter formativo,

dello stato giuridico e dell'autonomia professionale valorizzando e responsabilizzando le funzioni ed il ruolo dell'infermiere e, tra l'altro, permettendogli di uscire dalla struttura ospedaliera.

Dal 2003 ho costituito, inizialmente come studio associato con la collega Bonanno Antonella e da alcuni anni in forma individuale, un ambulatorio infermieristico vulnologico privato a Sondrio. La riflessione che ha condotto alla scelta è maturata dopo un'esperienza clinica ventennale nell'area di urgenza ed emergenza presso l'unità di Rianimazione ed Anestesia di Sondrio che ha permesso di sviluppare un bagaglio cognitivo ed esperienziale correlato all'aggiornamento costante; nel 2000 con il corso di perfezionamento in wound-care, organizzato con il patrocinio AISLEC, presso il Polo Infermieristico di P.A. Monti di Roma ho conseguito la qualifica di Infermiere esperto in Wound-Care. L'infermiere esperto o specialista in Wound-Care è un professionista in possesso del master universitario di I livello per le funzioni specialistiche, che **esercita una competenza specifica nell'area assistenziale clinica** della prevenzione e della cura delle lesioni cutanee supportato da evidenze scientifiche aggiornate (L. 43/2006). Presta la propria opera nei settori clinici, organizzativi e gestionali per garantire un'assistenza a misura della persona mediante tecnologie aggiornate, agendo con autonomia professionale ed in collaborazione con altri professionisti che costituiscono i Team multidisciplinari con specifiche competenze (reumatologi, diabetologi, chirurghi vascolari, chirurghi del piede diabetico, emodinamisti, infettivologi, podologi, MMG, infermieri generalisti, ecc...) e assumendosi la propria responsabilità nel processo di cura.

La scelta di concretizzare la realizzazione di un ambulatorio è scaturita dalla presenza di spazi di operatività in autonomia nel campo del wound-care e la possibilità di poterlo concretizzare in un modello organizzativo quale l'ambulatorio infermieristico. Gli spunti di riflessione sono emersi dall'analisi dei dati epidemiologico-statistici e demografici della provincia di Sondrio negli anni 2000-2002 (la percentuale di popolazione anziana e fragile affetta da patologie cronico-degenerative costituiva una potenziale domanda per il nostro servizio). L'esperienza clinica di trattamento di ulcere cutanee effettuata presso l'ambulatorio di terapia del dolore ha permesso di stilare una statistica sull'entità del problema negli ultimi due anni nonché di identificare la tipologia di lesioni più diffusa nel territorio. Tutti questi dati hanno



portato a propendere per la strutturazione di un ambulatorio infermieristico per il trattamento di lesioni cutanee.

Essendo stato particolarmente difficile reperire materiale bibliografico o letteratura scientifica inerente la costituzione di un ambulatorio infermieristico, il percorso costruito è personale:

- raccolta dati epidemiologici, statistici e demografici della provincia di Sondrio;
- sviluppo di competenze nell'ambito del wound-care;
- disponibilità di un capitale iniziale
- reperimento della sede e successivi adeguamenti strutturali (DPR 14 gennaio 1997);
- definizione di strumenti e materiali (prodotti per medicazione, autoclave...).
- divulgazione: biglietti da visita (previa autorizzazione del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI) e presentazione diretta presso i MMG e farmacie di Sondrio e provincia.

L'ingresso del paziente/utente presso l'ambulatorio avviene dopo chiamata diretta del paziente o di un parente o su consiglio di un medico curante o di un collega. Durante la prima visita si effettua una valutazione globale del paziente cui segue la stesura di un piano di trattamento tematico personalizzato.

L'attività di cura specialistica delle lesioni prevede:

- anamnesi clinica accurata e conoscenza degli stili di vita (in collaborazione con medico curante ed altre figure professionali) per una maggior compliance del paziente;
- definizione delle diverse tipologie di lesioni cutanee croniche o difficili (da pressione, vascolari venose ed arteriose, diabetiche, traumatiche e neoplastiche, ustioni) e relativo piano di trattamento tematico;
- consulenza e cura a domicilio dei pazienti allettati;
- utilizzo di medicazioni e tecnologie innovative nell'area del wound-care;
- aggiornamento e ricerca.

La strada dell'autonomia professionale, nell'ambito della libera professione infermieristica, è un "foglio bianco" da scrivere: irta di difficoltà ma estremamente stimolante. Permette di esplorare nuovi spazi di espressione dell'arte del "prendersi cura". L'importanza del confronto fra colleghi è basilare soprattutto per chi si affaccia come prima esperienza nella libera professione per cui consiglio, se possibile, di scegliere inizialmente la forma associata. Personalmente ho il privilegio di potermi confrontare con colleghi che hanno creato a loro volta ambulatori infermieristici vulnologici sia all'interno di strutture convenzionate come dipendenti (es. Centro Cardiologico Monzino di

Milano con la collega Stefanizzi Maria Vincenza) sia come liberi professionisti (Granata Fabio di Lodi). Dopo 14 anni di attività libero-professionale posso delineare quali sono gli aspetti positivi e quali quelli problematici a confronto con l'attività infermieristica ospedaliera:

Aspetti incentivanti

- Riconoscimento professionale
- Qualità del rapporto con il paziente
- Maggior autonomia decisionale nel percorso di cura
- Maggiore investimento di competenze
- Interazione diretta con altre figure professionali sanitarie e socio-sanitarie.

Aspetti critici

- Maggiori responsabilità decisionali
 - Minor possibilità immediata di confronto con altri colleghi
 - Maggior impegno di tempo da dedicare alla professione
 - Garantire la reperibilità all'utente
 - Minori tutele allo stato attuale in caso di infortuni o malattie
- Vorrei terminare con una bellissima frase di Florence Nightingale che racchiude l'essenza della professione infermieristica:

"L'assistenza è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale ed una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle".

Bibliografia

- *Gli ambulatori infermieristici territoriali: un nuovo modello organizzativo per l'assistenza infermieristica dei pazienti* - Sole 24 ore - Sanità, settembre 2000.
- *Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica: l'ambulatorio infermieristico territoriale* - Ed. CSE, Torino, giugno 2002.
- *L'attivazione di un ambulatorio infermieristico in regime libero-professionale a Sondrio* - Almasi Patrizia e Bonanno Antonella. - *Management Infermieristico* 2004.
- *Trattamento delle lesioni cutanee: lo stato dell'arte alla luce delle conoscenze attuali in campo vulnologico* - Almasi Patrizia 22-24 novembre 2014 - Corso Collegio IPASVI Sondrio.

* Infermiera esperta in Wound-Care patrizia.almasi@gmail.com

INFERMIERI: pionieri delle Cure Complementari?

di Roberta Giffalini*

L'uomo è formato da entità biologiche, psichiche, culturali, sociali, spirituali connesse in modo inscindibile con l'ambiente dove ogni cambiamento in un singolo livello influenzerà in modo istantaneo tutte le parti connesse del sistema uomo - ambiente. Basando l'assistenza infermieristica sulla teoria olistica, siamo consapevoli del fatto che l'essere umano è un'interconnessione fra corpo, mente, spirito ed energie. Quotidianamente ci troviamo di fronte ad un corpo malato, bisognoso di "ripristino" alla condizione di salute, ma quante volte riusciamo ad elaborare un piano di assistenza che comprenda anche i bisogni psichici e sociali? Siamo capaci di personalizzare realmente il piano di cura, ponendo attenzione ai pensieri e alle emozioni dei nostri pazienti? Florence Nightingale disse che, nella professione infermieristica, il tipo di persona che si è conta molto di più che in qualsiasi altra professione. Le cure infermieristiche dipendono essenzialmente dalle qualità delle persone che svolgono questa importante e preziosa professione, che Florence Nightingale definisce un'arte per cui viene richiesta devozione totale ed una dura preparazione, per avere a che fare con la migliore delle opere d'arte che è il corpo umano, Tempio dello spirito divino.

E' proprio da queste considerazioni che ho avuto la spinta ad avvicinarmi alle Cure Complementari che in Italia, come nel resto della Comunità Europea, vengono denominate Medicine Non Convenzionali e proprio per questo "nomignolo", possono essere ritenute a volte, erroneamente, completamente scollegate dalla medicina tradizionale. Se guardiamo i dati Istat del 2013 che si riferiscono alla Tutela della salute e accesso alle cure, notiamo una riduzione sostanziale del numero delle persone che si affidano alle Cure complementari (omeopatia, fitoterapia, agopuntura, osteopatia, chiropratica) rispetto al 2005, in Italia. Stato che è all'ultimo posto tra le nazioni occidentali più ricche. Possiamo ipotizzare delle criticità, delle cause. Innanzitutto in altri Paesi (Svizzera, Norvegia, Finlandia, Olanda, Portogallo, Ca-



nada, Australia, U.S.A....) le discipline complementari sono regolate dal punto di vista legislativo e non "tollerate" come succede in Italia, non relegate alle competenze di soli medici, medici chirurghi o odontoiatri. Il fatto di avere un riconoscimento a livello legislativo permetterebbe di avviare procedimenti formativi tali da creare veri professionisti, capaci di offrire il miglior servizio al cittadino, di rendere pari dignità agli operatori italiani rispetto ai colleghi europei o di altri continenti. Di pari passo sarebbe auspicabile una revisione del sistema sanitario, includendo a carico del servizio le cure complementari erogate da operatori regolarmente formati, senza dimenticare che le cure debbano essere avallate da un'evidenza scientifica. Nella vicina Svizzera, dove il sistema sanitario è regolamentato dalle casse malati, chi possiede l'integrazione, può usufruire di trattamenti (riflessologia plantare, naturopatia, shiatsu) all'interno del pacchetto assicurativo. Ovviamente, rientrano anche i medicinali omeopatici, che comunque in Italia vengono assunti da diversi consumatori ma che, per i costi, sono acquistati per lo più dal ceto medio alto discriminando quindi la parte di popolazione meno abbiente. Il tema dei costi si può osservare nei dati Istat dove si dichiara che, nel 2007, il comparto omeopatico fornisce un guadagno netto a favore dello Stato di 40 milioni di euro. La strategia dell'OMS per la Medicina Tradizionale 2014/2023 ha tra i suoi obiettivi, la promozione

di una copertura sanitaria globale mediante l'integrazione dei servizi e dell'autocura di medicina tradizionale e complementare nei sistemi sanitari nazionali. Questo in un'ottica di miglioramento della salute, favorendo l'autonomia del paziente anche attraverso la regolamentazione delle pratiche, dei prodotti e dei professionisti. Nelle "Linee guida per

un percorso di alta formazione - Infermieristica e cure complementari" emanate nel 2002 si legge: «le cure infermieristiche complementari sono cure olistiche e naturali che possono essere utilmente affiancate alle cure ufficiali sia infermieristiche, sia mediche. Esse possono anche essere utilizzate da sole. In ogni caso non vanno proposte dagli infermieri come sostituzione di interventi basati sull'evidenza. Possono essere parte integrante del piano di cura in ambito preventivo, curativo, riabilitativo. Offrono delle risposte che non si fermano alla malattia o all'organo malato, ma a tutti gli effetti possono essere considerate "cure della persona", dove la salute è intesa anche come mantenimento e rinforzo dell'unità che la persona ha con se stessa, capacità e possibilità di rientrare nella sua esistenza.[...] Il potenziale di auto guarigione presente in ciascuno viene confermato e stimolato alleandosi con la prodigiosa capacità della vita di ristabilirsi ed equilibrarsi da sola» (Gadamer, 1994).

Cure complementari in ospedale? Negli U.S.A un ospedale su sei si avvale delle cure complementari affiancate alla medicina tradizionale e più di tre quarti delle cliniche tedesche erogano agopuntura. In Italia sono circa 200 i centri pubblici che offrono prestazioni di Medicina complementare soprattutto al nord e in particolare in Toscana dove una legge regionale, la n.9 del 2007, "garantisce il principio della libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà di cura del medico e tutela l'esercizio delle medicine complementari. In particolare, la legge riconosce omeopatia, agopuntura e fitoterapia come parte integrante del Servizio sanitario regionale. In base alla legge, gli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, dei veterinari e dei farmacisti istituiscono elenchi di professionisti che esercitano le medicine complementari e rilasciano una specifica certificazione sul possesso dei requisiti. La legge istituisce anche una commissione per la formazione nelle medicine complementari". Potrebbe essere un modello da copiare in modo da qualificare alcune delle realtà valtellinesi, visto anche il continuo smantellamento di reparti ad alta specialità. Un appro-

ccio curativo che non sia "l'ultima spiaggia", come spesso accade, nel momento in cui la medicina tradizionale non permette alla persona di recuperare lo stato di salute. Le cure complementari possono agire per migliorare la qualità di vita ad esempio per le malattie reumatiche croniche, per gli esiti di traumi e di ictus, per la riabilitazione ortopedica e neurologica, per la cura della psoriasi e per le dermatiti allergiche, per l'asma e l'insufficienza respiratoria, per le patologie gastrointestinali, per contenere gli effetti collaterali della chemioterapia e della radioterapia in oncologia e nella terapia del dolore cronico e nelle cure palliative, per la depressione, per disturbi ormonali.... Sono parte delle Cure Complementari i seguenti interventi: la riflessologia olistica, il tocco massaggio, l'infant massage, il tocco terapeutico, l'auricoloterapia, il do-in, il Qi Gong, il Tui-na, il metodo Feldenkrais, il rebirthing, il rolfing, il reiki, lo shiatsu, il training autogeno, la visualizzazione, i fiori di Bach, la tecnica metamorfica, l'aromaterapia, la cromoterapia, la gemmo terapia, l'oligoterapia, l'alimentazione naturale, l'idroterapia, gli impacchi e le compresse. Se siamo coerenti nell'affermare che la salute è un'interconnessione fra corpo, mente, spirito ed energie, risalta il fatto che le cure complementari possono essere inserite in qualsiasi percorso terapeutico, avviando una stretta comunicazione fra operatore, medico e paziente. Conoscere e capire questo mondo permette agli infermieri di ampliare le proprie conoscenze, il

saper divenire, mettersi in linea con un mondo che sta cambiando, essere pionieri di competenze strettamente legate alla professione intesa come arte. Conoscere significa saper indicare altre opportunità ai pazienti (infermieri, "consiglieri dei consumatori") che hanno il diritto di scegliere l'approccio e il percorso terapeutico.

"Non possiamo pretendere che le cose cambino, se continuiamo a fare le stesse cose."(Albert Einstein)

Bibliografia:

- dati Istat 2013, Tutela della salute e accesso alle cure
- Giarelli G, Verso una "medicina intergrata"? Lo stato dell'arte e un'ipotesi di lavoro, Le medicine non convenzionali in Italia
- Tesi di laurea in infermieristica, L'Infermiere e le Medicine Complementari: analisi di un fenomeno emergente, Infermiere Emanuele Donnantuono
- Linee guida per un percorso di alta formazione - Infermieristica e cure complementari - Dichiarazione della Federazione Nazionale Dei Collegi Ispasvi, 2002
- Articolo: Medicine Complementari e alternative: la situazione normativa in Italia di Claudio Santoro, 2008
- Stili di vita più sani con le terapie complementari, Notiziario regionale delle medicine complementari, Regione Toscana
- Le medicine non convenzionali in Italia: situazione attuale, di Paolo Roberti di Sarsina, Esperto per le medicine non convenzionali, Consiglio Superiore di Sanità

* Infermiera Centro Sanitario Val Poschiavo Ospedale San Sisto





Gim, paladino di un sogno

CONCORSO FOTOGRAFICO-LETTERARIO
PER NARRARE LA MALATTIA ONCOLOGICA E LE PRATICHE DI CURA



Un concorso per raccontare la malattia, per testimoniare l'assistenza di un mondo costruito sul lavoro di cura e del prendersi cura nella quotidianità delle persone ammalate di tumore.

Il concorso, istituito alla memoria di Elio Tempia detto Gim, in questa 6ª edizione propone come temi:

- il cancro come campo da gioco;
- il cancro come messaggio;
- il cancro come riscoperta.

La partecipazione è gratuita e aperta a pazienti, familiari, volontari e operatori sanitari e sociali.

**CONTATTI
E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**
Fondazione Edo ed Elio Tempia Onlus
Belle via Motta 5
Tel. 015.351830 - Fax. 015.2116
Referente: Doretta Larus
concorsoletterario@fondazione-tempia.org

www.fondazione-tempia.org
www.aslbi.piemonte.it

CON IL PATROCINIO DI



IL SERVIZIO PER LA COLLABORAZIONE

CORRISPONDENTE








IL CORAGGIO DEL BUONSENNO

di Cecilia Capelli*

“Cogito, ergo sum”, ovvero “penso, dunque sono”. Questa frase è ancora oggi una delle più citate nella storia della filosofia occidentale e riassume il pensiero filosofico di Cartesio, il quale sostenne anche: *“Il buon senso è la cosa al mondo meglio ripartita: perché ognuno pensa di esserne così ben provvisto, che perfino coloro che sono i più difficili ad essere accontentati in qualsiasi altra cosa, non hanno per niente l’abitudine di desiderarne più di quanto ne hanno.”*

Si potrebbe dissertare a lungo sulla base delle citazioni di “mostri sacri” come Cartesio, ma vorrei prendere spunto da queste due menzioni per condividere una riflessione che ci coinvolge come operatori dell’ambito sanitario.

La nostra professione, per sua natura, ci pone al servizio e ci impone la conoscenza; la complessità delle situazioni, ci porta a sviluppare esperienza e a maturare come persone, oltre che come operatori.

Ricordo che durante la formazione infermieristica un concetto cardine che formava le “nuove leve” era: “bisogna sapere, saper fare, saper essere e saper divenire”. Parole sante, verrebbe da dire!

Poi ... poi ci si trova nella pratica, nella realtà quotidiana con mille sfaccettature e numerose “aree grigie”, dove giusto e sbagliato non sono sempre evidenti, dove il pensiero non è quello comune, dove il “fai quello che vorresti ti venisse fatto” non è necessariamente quello che l’altro si aspetta...

I vari contesti culturali, economici e politici ci impongono limiti e compromessi; il sistema deve funzionare e l’utente deve essere soddisfatto! L’aziendalizzazione

della cura è ormai uno status quo.

Le procedure e la burocrazia la fanno da protagonisti, spesso spacciate come panacee per facilitare il lavoro, standardizzando e schematizzandolo ... Tutto deve essere misurabile e dimostrabile, pena ... Che cosa?

Ed ecco che subentra il deterrente “denuncia”, spettro moderno che incute ansie e preconcetti.

Certamente, protocolli e standard sono nati ed esistono per coadiuvare il nostro lavoro e non è in discussione la validità degli stessi; parallelamente la tutela giuridica delle persone è chiaramente inviolabile.

Noi tutti, che abbiamo scelto una professione dedicata all’aiuto concreto del prossimo, che conosciamo la fondatezza delle evidenze scientifiche e ci adoperiamo per svolgere seriamente un lavoro impegnativo ed emozionante, riconosciamo le conquiste del settore e non le rifuggiamo. Interagire, ascoltare, sostenere, accompagnare, curare ... la professione è realmente un’arte, specialmente se la collochiamo negli ambiti di complessità già citati.

Quotidianamente riconosco molti di questi “artisti”, umanamente capaci e professionalmente competenti, persone che per natura e capacità sono veramente apprezzabili.

Parallelamente la routine, le paure e le varie difficoltà tendono, quasi inevitabilmente, a limitare tali preziose risorse ... Peccato!

Ci si trova così a notare situazioni in cui “il non fare” paga di più “del fare”, il “non dire” paga più “del dire”, ad agire in funzione di ciò che è meramente dimostrabile, al di là delle proprie conoscenze, oltre il proprio buon senso e senza conoscerne

per forza l’altrui. Il tutto in una girandola di equilibri precari, facciate di indifferenza che mascherano inquietudine.

Le responsabilità sono considerate un peso, un onere di carattere puramente giuridico, ... meglio demandarle ad altri. Chiediamo una firma qua, una la, è sempre preferibile mettersi in sicurezza, sia mai che ...

Il rischio reale è che si instauri la mediocrità e il qualunquismo, la sfiducia ed il pessimismo.

Di nuovo, ... peccato!

Che spreco.

E’ come vedere una scuderia di potenti auto sportive, che viaggiano però solo a giri ridotti, sempre in prima.

La soddisfazione dell’operatore è fortemente limitata, in quanto lo stesso non si trova nelle condizioni adeguate per emergere con le proprie capacità, mettendole a disposizione.

Vista dal lato degli utenti, dei loro familiari e della popolazione in generale, il servizio che se ne riceve rischia di essere fallace, carente, insoddisfacente ... la richiesta reale va ben oltre i protocolli e le dimostrazioni ... Sta spesso in un buon consiglio, competente, umano, genuino. Eppure ...

La speranza, anche in questo caso, è l’ultima a morire.

Alcuni temerari sono, nonostante tutto, disposti a mettersi in gioco. Accolgono la vera richiesta che ci viene posta, corrono il rischio e danno “quel qualcosa in più”, ci mettono la faccia, ci mettono davvero se stessi, ci mettono ... il coraggio del buonsenso!

Perché ... “Cogito ergo sum”.

* Infermiera Centro Sanitario Val Poschiavo Capo Reparto Acuti Ospedale San Sisto.

Insieme X Vincere

Presentazione a cura di Andrea Viviani

Grazie al contributo del Collega Andrea Viviani presentiamo l’Associazione Insieme Per Vincere

“Insieme per vincere” è una Onlus, costituita nel novembre 2013, con il compito precipuo di sostenere le esigenze dei malati oncologici e delle loro famiglie. Il nome è quello della manifestazione che da anni viene organizzata nel mese di febbraio in Valdidentro: un appuntamento, della durata di 3 giorni, che coniuga sport, cultura, salute ed educazione sanitaria. Una grande festa ed un’occasione per trovarsi e ritrovarsi, per stare insieme e per pensare, per ricordare ma anche per cercare di dare un aiuto concreto a chi, nella malattia, ha bisogno...soprattutto di non sentirsi solo. Lo “stare accanto” e lo “stringersi attorno” è dimostrato dalla collaborazione che offrono, spontaneamente, le quasi 30 Associazioni di volontariato che garantiscono la buona ri-

uscita dell’evento. Insieme alle Amministrazioni Comunali, la Comunità Montana, la ProLoco Valdidentro... e tutti coloro che vogliono, semplicemente, esserci.

Dal 2013, con la sua formale costituzione, “Insieme per vincere” è diventata una famiglia ancor più grande, con numerosi soci e benefattori: una famiglia che speriamo si amplii sempre più.

Nel corso degli anni, grazie alla solidarietà di questa “moltitudine silenziosa”, è stato possibile, presso l’Ospedale di Sondalo, attrezzare il day hospital oncologico, acquistare un nuovo ecografo per senologia ed uno per il reparto di Ostetricia e Ginecologia, dare una nuova dotazione strumentale completa all’Endoscopia Digestiva ed implementare alcuni servizi a beneficio dei malati e dei loro familiari (psicologa presso l’ospedale “Morelli” di Sondalo, acquisto di due macchine a favore del servizio di assistenza domiciliare di Cure Palliative, coprire par-



te delle spese dell’assistenza medica dello stesso servizio) Presso l’Ospedale di Sondrio, Insieme per vincere ha donato 40.000 euro per l’acquisto dell’acceleratore lineare presso il servizio di Radioterapia, congiuntamente all’acquisto di un ecografo destinato allo stesso servizio. Un ulteriore ecografo donato al servizio di Dialisi ed un processore per i campioni dell’Anatomia Patologica rappresentano gli ultimi progetti finanziati. Sul territorio è stato possibile comprare il pullmino che quotidianamente trasporta i malati a Sondrio per la radioterapia, E sviluppare progetti

di educazione ed informazione sanitaria, sia nelle scuole che per la popolazione. Tutto questo anche grazie alla collaborazione di altre Associazioni che condividono i nostri stessi obiettivi ed i nostri progetti (Cancro Primo Aiuto, Associazione Giuliana Cerretti, Amazzoni, RunFor ASD, Associazione Siro Mauro per le Cure Palliative) Ma il nostro valore aggiunto sta nei piccoli gesti e nella presenza, discreta ma costante, nei confronti di chi, nella malattia, ha bisogno di cure e di strumentazioni adeguate, ma anche di tempo e di vicinanza. Perché...solo insieme si vince.

AMAZZONI

Presentazione a cura di Andrea Viviani

L’associazione delle “Amazzoni” è nata sull’idea della solidarietà. Siamo un gruppo di donne operate di tumore al seno.

Questa esperienza ci ha tanto segnato che ad un certo punto della nostra esistenza abbiamo desiderato dare una mano, psicologicamente e materialmente, ad altre donne con lo stesso problema.

Così è nata questa associazione onlus regolarmente iscritta all’Ufficio del Registro di Tirano ed al Registro di Volontariato Provinciale.

L’8 marzo 2008 abbiamo inaugurato la sede che si trova nell’ex Ospedale di Tirano e tutti i venerdì, dalle 16,00 alle 18,00, siamo presenti.

Questo è il punto di riferimento per coloro desiderino avere dei consigli ed informazioni inerenti al problema dal momento della diagnosi a quello della terapia, della ricostruzione e dei successivi controlli. L’attività complessiva sviluppata dall’Associazione è stata, anche negli ultimi periodi, senz’altro positiva, nonostante le difficoltà incontrate, legate specialmente alle problematiche economiche.

Grazie al dinamico impegno volontario del gruppo, per aver fatto propri i valori di solidarietà e con contributi e donazioni, specialmente di privati, siamo riuscite a dare attuazione a diversi progetti.

Donazioni

Tra le varie iniziative portate a termine, va evidenziato il lodevole impegno da parte di questo sodalizio nello stabilire e sostenere anche i seguenti obiettivi:

- nel marzo del 2009, per festeggiare il nostro primo anno di esistenza, abbiamo acquistato una nuova sonda radiologica per l’Ospedale di Sondalo -Reparto Radiologia-, per migliorare la diagnostica del tumore;
- nel 2010 abbiamo contribuito alla donazione di una sonda per la ricerca del linfonodo sentinella per il Reparto di Chirurgia Generale dello stesso Presidio.
- a novembre del 2013 ci siamo regalate una macchina da usare presso la nostra Sede per il trattamento del linfedema al braccio, generalmente provocato dallo scavo ascellare a donne che hanno subito una mastectomia. Ad aprile del 2015, visto che non lo usavamo, l’abbiamo donato ai poliambulatori di Bormio dove le fisioterapiste lo utilizzano tutt’ora;
- a luglio del 2014 abbiamo acquistato e donato al reparto di Anatomia Patologica del Presidio di Sondalo una cito-centrifuga. Per questa attrezzatura abbiamo utilizzato i fondi raccolti nei vari mercatini e parecchie donazioni fatte da parte di privati,
- un altro importante obiettivo raggiunto, sempre nel 2014, è stata la donazione di televisori e poltrone -che si trasformano in letto- da lasciare nelle sale singole del Reparto di Chirurgia Generale da poco ristrutturato, sempre del Presidio di Sondalo. Questo dono vuol dimostrare la nostra sensibilità verso le persone che hanno bisogno (magari dopo un intervento) e, con la presenza di un familiare vicino anche di notte, possono meglio superare momenti difficili.
- nel 2016 abbiamo donato al reparto di Anatomia Patologica del Presidio di Sondalo un microscopio in quanto serviva e ne erano sprovvisti.
- e, recentemente, con altre associazioni, abbiamo contribuito alla donazione di un ecografo e relativa sonda al reparto di ginecologia del presidio di Sondalo.

Per i vari acquisti delle donazioni abbiamo utilizzato i fondi raccolti nei vari mercatini, parecchie offerte fatte da privati ma specialmente i fondi con la scelta del 5x1000 sulle dichiarazioni dei redditi.

Conclusioni

Il continuo aumento delle associate, simpatizzanti e sostenitori, ci fa veramente riflettere ma, nello stesso momento, ci stimola a lavorare sempre più portando avanti le nostre iniziative a livello di prevenzione, continuando inoltre a perseguire lo scopo iniziale dell’Associazione con il sostegno morale delle persone coinvolte dalla malattia del tumore al seno.

Relazione del tesoriere

di Elena Valli*

Cari colleghi, anche quest'anno, durante l'Assemblea Generale tenutasi presso la sala Vitali del Credito Valtellinese il giorno 9 marzo 2017, in qualità di Tesoriere, ho presentato ai presenti il bilancio del Collegio costituito dal Bilancio Consuntivo 2016 e dal Bilancio di Previsione 2017 che vengono pubblicati sulla rivista e che sono già disponibili sul nostro sito dopo l'approvazione della suddetta Assemblea Generale.

Qui di seguito farò una breve presentazione dei Bilanci, facendo presente che la gestione del Collegio nell'esercizio 2016 si è svolta nel rispetto dei principi di oculata e prudente gestione.

BILANCIO CONSUNTIVO 2016

Le entrate erano previste per una cifra di € 150.240 con un utilizzo di € 152.270,24 evidenziando così una disponibilità di € - 2.330,24; questo è avvenuto poiché ci sono entrati dei contributi da parte della Federazione IPASVI per il progetto "come raccogliere la sfida proposta dalla riforma del SSL" al quale il nostro Collegio partecipa e che si svolge presso l'Università Bocconi di Milano.

Ricordo che le entrate e le uscite sono comprensive delle partite di giro tali operazioni rilevate non hanno rilievo economico ma solo

finanziario e contabile. Trattasi di capitoli in cui si evidenziano le trattenute previdenziali ed erariali da versare quale sostituto d'imposta. Per quanto riguarda i costi, nel capitolo gettoni di presenza dei Consiglieri si evidenzia una disponibilità di € 4678,91, questo è avvenuto perché i gettoni per i consiglieri che hanno partecipato al progetto Bocconi sono stati sostenuti dal capitolo spese per partecipazione progetti Collegi Lombardi.

Per coprire le spese del capitolo spese condominiali e oneri accessori invece abbiamo sfornato di € 2.092,25 in quanto si è resa la necessità di sopperire ad interventi di manutenzione straordinaria condominiale per la riqualificazione dell'impianto di riscaldamento. Per far fronte a tale spesa abbiamo attinto dall'avanzo di amministrazione del 2015, dai capitoli:

- manutenzione, riparazione e adattamento uffici e relativi impianti
- acquisto di mobili, macchine d'ufficio e impianti
- spese impreviste

Nel capitolo spese per la formazione professionale degli iscritti risulta un avanzo di € 3.427,00, durante l'anno siamo riusciti ad organizzare 3 corsi di aggiornamento residenziali. L'avanzo di amministrazione dell'esercizio ammonta a € 16.188,43. Una parte di questa cifra è stata utilizzata per la gestione delle spese

ordinarie sostenute dal collegio in attesa dell'entrata delle quote associative. Sarà compito del Consiglio Direttivo definire l'utilizzo del resto di tale avanzo.

BILANCIO DI PREVISIONE 2017

Presentato ed approvato nel C.D. Del 29 novembre 2016.

I ricavi sono costituiti dai seguenti capitoli:

- contributi iscritti all'albo (ricordo che la quota associativa è di 70 € e ad oggi abbiamo 1934 iscritti)
- contributi nuovi iscritti
- interessi attivi su conti correnti bancari
- recuperi e rimborsi diversi (a tale capitolo sono stati aggiunti € 3.000 che entrano dalla Federazione come contributo per il progetto Bocconi)

Il totale delle entrate previsto è di € 153.080,00 al quale viene aggiunto l'avanzo di amministrazione 2016 di € 6.170,00, il risultato del totale a pareggio è quindi di € 159.250,00.

Per quanto riguarda i costi, i capitoli che hanno subito variazioni sono:

- spese spedizioni varie: aggiunti € 700 in previsione della convocazione dell'assemblea elettiva
- spese di pulizie locali sede: aggiunte 5 ore lavorative in più a bimestre passando da €



- 2.800,00 a € 3.257,42 per il 2017
 - spese per emissione quote associative: da € 4.550,00 del 2016 siamo passati a € 1.600,00 per il 2017 diminuendo così le spese di tale capitolo in quanto abbiamo disdetto il servizio Crerset che si occupava della riscossione delle quote associative dei nostri iscritti passando alla riscossione col servizio postale
 - spese per la partecipazione progetti collegi Lombardia: aggiunti € 7.700,00 previsti per il progetto Bocconi
 - spese per Parliamone: da € 732 del 2016 è stato incrementato a € 2.650,00 per il 2017 in quanto è prevista questa uscita straordinaria in previsione dell'assemblea elettiva.
- Per quanto riguarda il mutuo ipotecario stipulato per l'acquisto dell'attuale sede del nostro Collegio informo che il capitale residuo al 31/12/2016 è di € 54.527,36.
- Confermo la mia disponibilità a fronte di quesiti o interrogazioni.

* Tesoriera Collegio IPASVI - Infermiera Centro Sanitario Val Poschiavo Ospedale San Sisto

COME SI DIVENTA CONSULENTI TECNICI DEL GIUDICE

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



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

Circolare n. 39/2017 PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi

Prot. P.4241/III.01 **LORO SEDI**

Data 6 giugno 2017

Oggetto: Legge 24/2017
"Nomina dei Consulenti tecnici d'ufficio e
dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria"

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Si ritiene utile riportare alcune disposizioni disciplinate dalla recente L. 8 marzo 2017, n. 24 recante *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie* con particolare riferimento alle disposizioni in tema di Consulenza tecnica d'ufficio e alla formazione di collegi peritali.

L'art. 15 della citata legge dispone che:

- nei giudizi civili e penali, la consulenza tecnica e la perizia sono affidate ad un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, scelti tra gli iscritti negli albi in cui vanno indicate e documentate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina;
- l'incarico è conferito al collegio e per il compenso globale, non si applica l'aumento del 40% per ciascuno degli altri componenti;
- i Consulenti ed i Periti non devono essere in conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi
- i C.T.P. da nominare nei procedimenti ex art. 696-bis (tentativo di conciliazione obbligatoria) devono possedere adeguate e comprovate competenze in materia di conciliazione anche mediante specifici percorsi formativi;
- **REVISIONE DEGLI ALBI QUINQUENNALE** per di garantire un'idonea ed adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche oltre a quella medico-legale ed in cui, per ogni consulente, andrà indicata l'esperienza professionale maturata, il numero e alla tipologia di incarichi ricevuti e di quelli revocati.

Come si evince la rielaborazione del concetto di C.T.U. con la necessità di ricorrere ad un "collegio peritale" composto da medico-legale e uno specialista "che abbia specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento" è certamente molto positiva ma la portata normativa ha dei limiti applicativi che non si possono certamente sottovalutare.

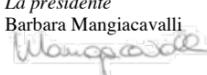
Le disposizioni di attuazione del codice di procedura civile (articoli 13 e seguenti) e penale (articoli 67 e seguenti) prevedono espressamente la disciplina applicabile per il conferimento di incarichi peritali.

Premesso quanto sopra si sollecitano i Collegi in indirizzo a diffondere l'informazione e a invitare gli iscritti interessati a richiedere l'iscrizione agli albi (in sede civile e in sede penale) presenti presso tutti i Tribunale Italiani dal momento che, salvo il caso di motivate eccezioni, i Giudici sono costretti a procedere alla nomina utilizzando i professionisti iscritti negli albi presenti presso ciascun tribunale territoriale.

Per maggiore esplicitazione si allega una nota esplicativa emanata dal Tribunale di Roma.

Questa Federazione procederà ad inviare una specifica nota al Ministero della Giustizia per sensibilizzare e sollecitare l'inserimento di infermieri negli albi peritali anche al fine di valutare la corretta applicazione delle future LINEE GUIDA e del cd. BUONE PRATICHE CLINICO ASSISTENZIALI previste dalla citata legge 24/2017.

Cordiali saluti.

La presidente
Barbara Mangiacavalli


Presso ogni Tribunale è istituito un albo dei Consulenti Tecnici del Giudice. L'albo è tenuto dal Presidente del Tribunale e tutte le decisioni relative all'ammissione all'albo sono deliberate da un Comitato da lui presieduto e composto dal Procuratore della Repubblica, da un rappresentante dell'Ordine o Collegio professionale, designato dal Consiglio dell'Ordine o dal collegio della categoria a cui appartiene l'aspirante CTU. Atto richiesto: Domanda di iscrizione all'albo dei consulenti tecnici del giudice + curriculum professionale documentato. Ufficio giudiziario: Tribunale competente per territorio in relazione al luogo di residenza del richiedente -Ufficio Consulenti Tecnici. Normativa di riferimento: artt. 13/24 disposizioni attuazione c.p.c.; artt. 61/64 -191/201 cod. proc. civ.

L'Ufficio CTU è istituzionalmente preposto alla tenuta e formazione dell'Albo dei Consulenti tecnici d'Ufficio, a disposizione della Magistratura, alla contestazione di addebiti disciplinari, alla seguente irrogazione delle relative sanzioni ed alla revisione periodica dell'Albo stesso, al fine di verificare il perdurare dei requisiti (speciale competenza, specchiata moralità, residenza anagrafica, iscrizione all'Ordine, etc ...) necessari all'iscrizione all'Albo stesso.

Documenti da allegare alla domanda di iscrizione all'albo dei C.T.U.

(da presentare all'Ufficio C.T.U. Via Lepanto, 4 tel. 06-32398433)

1. domanda di iscrizione all'Albo, in bollo da € 11,00 più

marca € 6,20 per diritti o indirizzata al Presidente del Tribunale, con indicazione specifica delle materie richieste (non più di quattro; l'elenco delle materie è disponibile per la consultazione presso l'ufficio C.T.U.);

2. fotocopia del documento di identità personale aggiornato; (l'aspirante deve avere residenza, o il domicilio professionale nel circondario del Tribunale);
3. solo per i medici non specialisti: certificato di esami sostenuti e laurea (fotocopia);
4. autocertificazione su modello predisposto dall'Ufficio C.T.U. ai sensi degli artt. 1-2-3 legge 15 maggio 1999 n. 127, sulla base di documento di identità personale aggiornato nei dati e non scaduto; (da ritirare e compilare, al momento della presentazione della domanda, davanti al funzionario). Chi non volesse avvalersi dell'autocertificazione dovrà presentare il certificato di nascita (in carta libera), certificato di residenza (in bollo) e certificato Ordine o Collegio Professionale (in bollo); Non verranno prese in considerazione le domande con un'anzianità di iscrizione all'Ordine o Collegio professionale inferiore ai 5 anni;
5. curriculum professionale, corredato da titoli e documenti dimostranti l'effettivo svolgimento dell'attività professionale e la speciale competenza tecnica in possesso dell'aspirante (in fotocopia) (es. fatture, contratti, collaborazioni, pubblicazioni. ecc ...);
6. attestazione comprovante l'avvenuto pagamento della

tassa di concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003, intestato a "Ufficio Registro Tasse, Concessioni Governative"; usare gli appositi moduli reperibili presso gli Uffici Postali ed indicare sul retro la causale del versamento; (il versamento può essere effettuato anche immediatamente dopo l'avvenuta iscrizione all'Albo);

7. solo per interpreti e traduttori: Titolo di studio in bollo (laurea o diploma Scuola Interpreti e Traduttori); per gli stranieri è necessario l'attestato scuola italiana (in bollo).

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento dell'Ufficio CTU, il possesso del requisito della speciale competenza sarà valutato assegnando un punteggio alla documentazione esibita dall'interessato, in base ai seguenti criteri:

- dimostrata esecuzione di prestazioni professionali di particolare complessità: da 2 a 3 punti per ognuna di esse;
 - pubblicazione di monografie su temi inerenti le materie per le quali si chiede l'iscrizione: 3 punti per ciascuna di esse;
 - pubblicazione di saggi brevi, articoli, note, inerenti le materie per le quali si chiede l'iscrizione: da 0,5 a 1 punto per ciascuna di esse
 - dimostrato svolgimento di attività professionale intensa e continuativa: 5 punti per ogni anno di attività.
- La speciale competenza si presume posseduta da chi, in applicazione dei criteri di cui al presente articolo, totalizzi un punteggio superiore a 30. Si richiede specificata moralità.
- I tempi tecnici di istruzione delle istanze sono di circa tre mesi.

ECM: NUOVO TRIENNIO 2017/2019 obbligo formativo e novità

Quali sono le principali novità del nuovo accordo?

Dal 2017 ci saranno nuovi criteri per l'attribuzione dei crediti agli eventi, ad esempio alla formazione sul campo verranno riconosciuti un numero maggiore di crediti ECM.

Quanti crediti devono essere maturati nel triennio 2017-2019?

Nel triennio 2017-2019, vengono confermati dalla CNFC 150 crediti complessivi, ma si abolisce il limite di minimo 25 e massimo 75 crediti l'anno. Ogni professionista potrà liberamente organizzare la distribuzione triennale dei crediti acquisiti. Dal 2017, viene poi introdotto un criterio che premia la regolarità formativa pregressa: chi ha acquisito da 80 a 120 crediti Ecm tra il 2014 ed il 2016, avrà una riduzione di 15 crediti per il nuovo triennio (riduzione da 150 a 135). Chi, invece, ha acquisito da 121 a 150 crediti nel triennio che volge al termine, avrà una riduzione di 30 crediti tra il 2017 ed il 2019 (da 150 a 120).

Documento Delibera CNFC in merito assegnazione crediti.

Valgono eventuali crediti acquisiti negli anni precedenti?

Per questo triennio possono essere considerati, nel calcolo dei 150 crediti, anche 60 crediti già acquisiti in precedenza.

Vi sono vincoli sulle tipologie di Formazione ECM?

Le condizioni per il riconoscimento dei crediti sono i seguenti:

- Almeno il 40% dell'obbligo formativo individuale acquisito come partecipante a eventi ECM
- Autoformazione: massimo il 10% dell'obbligo formativo individuale
- Formazione reclutata: massimo 1/3 dell'obbligo formativo individuale.

Altro elemento di rilievo è che ciascun professionista dovrà fare almeno il 40% di formazione accreditata (provider) per il rimanente 60% ha la possibilità di utilizzare percorsi formativi scelti individualmente, facendo riferimento ai crediti individuali (tutoraggi, pubblicazioni scientifiche, etc).

Vi sono novità in merito a esoneri ed esenzioni?

In merito ad esoneri ed esenzioni non vi sono novità rispetto a quanto definito dalla DETERMINA DELLA CNFC DEL 17 luglio 2013.

Con quali metodologie didattiche verrà erogata la formazione ECM?

I metodi e le tecniche didattiche utilizzate in un programma formativo ECM possono essere diverse.

Al fine di garantire un quadro completo e armonico che permetta di comprendere le diverse possibili modalità di formazione/apprendimento utilizzabili, la Commissione Nazionale per la formazione continua ECM, con la Delibera 13 dicembre 2016, recepita poi dall'Accordo Governo, Regioni e Province autonome del 2 febbraio 2017, ha definito le seguenti 11 tipologie:

1. Formazione residenziale classica (RES)
2. Convegni, congressi, simposi e conferenze (RES)
3. Videoconferenza (RES)
4. Training individualizzato (FSC)
5. Gruppi di miglioramento o di studio, commissioni, comitati (FSC)
6. Attività di ricerca (FSC)
7. FAO con strumenti informatici/cartacei (FAO)
8. E-learning (FAO)
9. FAO sincrona (FAO)
10. Formazione blended
11. Docenza, tutoring e altro.

Nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di training, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAO e, per questo, si usa il termine blended (sistema "misto"). In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna tipologia formativa.

Quali tipologie di formazione sul campo sono accreditabili?

La Commissione ECM ha stabilito di accreditare le seguenti tipologie di formazione sul campo:

- Attività di training individualizzato
- Partecipazione a Gruppi di lavoro/studio, di Miglioramento e Commissioni/Comitati e Audit Clinico
- Partecipazione a Ricerche.

Cosa si intende per attività di training individualizzato?

Acquisizione di abilità (saper fare) che si realizza nel contesto lavorativo attraverso l'applicazione di istruzioni e procedure, l'esecuzione di attività professionali specifiche, l'utilizzo di tecnologie o strumentazioni.

L'applicazione di istruzioni e procedure può essere estesa anche agli aspetti relazionali tra i professionisti e con l'utenza purchè, per ogni progetto di training individualizzato, sia evidente nella progettazione e nella realizzazione della attività formativa il contesto lavorativo e le ricadute professionali e organizzative.

Le metodologie didattiche posso-

no essere diversificate per ogni situazione, ma sono ricondotte prevalentemente all'affiancamento e all'esecuzione con supervisione.

Cosa si intende per partecipazione a Gruppi di lavoro/studio, di Miglioramento e Commissioni/Comitati?

Per partecipazione a gruppi di miglioramento si intendono attività per lo più multi professionali e multidisciplinari organizzate all'interno del contesto lavorativo con la finalità della promozione alla salute, del miglioramento continuo di processi clinico-assistenziali, gestionali o organizzativi, del conseguimento di accreditamento o certificazione delle strutture sanitarie.

In essi l'attività di apprendimento avviene attraverso la interazione con un gruppo di pari.

L'attività svolta nell'ambito dei lavori del gruppo deve essere documentata e può comprendere la revisione di processi e procedure sulla base della letteratura scientifica, dell'evidence based o degli standard di accreditamento, l'individuazione di indicatori clinici e manageriali, le discussioni di gruppo sui monitoraggi delle performance.

Per partecipazione a Commissioni/Comitati si intende la designazione dei componenti con atto formale e la presenza documentata in comitati permanenti nell'ambito del S.S.N./S.S.R. o comunque delle istituzioni sanitarie del territorio nazionale/regionale (ad es. etico, controllo delle infezioni, buon uso degli antibiotici, buon uso del sangue, prontuario terapeutico, HACCP e ospedale senza dolore).

L'attività svolta nell'ambito della Commissione/Comitato può riguardare: ricerca e organizzazione di documentazione, lettura di testi scientifici e discussione in gruppo, analisi di casi, redazione, presentazione e discussione di elaborati, produzione di linee guida o procedure o protocolli, valutazione e verifica di attività svolte, revisione di procedure di lavoro, rilascio di autorizzazioni formali.

Cosa si intende per crediti individuali ECM?

Tutti i professionisti sanitari, oltre alla partecipazione ad eventi formativi ECM svolti da provider accreditati a livello Nazionale o Regionale, possono conseguire crediti ECM attraverso attività di formazione individuale.

Quali tipologie di crediti individuali esistono?

- Tutoraggio individuale
- Crediti esteri
- Pubblicazioni scientifiche



La scuola non è finita

- Autoformazione
- Sperimentazioni cliniche.

Che cosa si intende per tutoraggio individuale?

Ai tutor che svolgono formazione pre e post laurea prevista dalla legge e ai professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti pre e post laurea previsti dalla legge è previsto il riconoscimento di 4 crediti per mese (unità mese non inferiore a 16 giorni e non superiore a 31 giorni, anche non continuativo e cumulabile nel triennio di riferimento). Il numero dei crediti attribuiti non varia in relazione al numero dei tutorati se le attività sono svolte nel medesimo periodo.

Cosa è il dossier formativo nell'ambito della normativa ECM?

Il Dossier Formativo è uno strumento di programmazione, rendicontazione e verifica ad uso e a gestione del professionista che attraverso lo stesso Dossier Formativo autodetermina con libertà ed autonomia il proprio percorso di aggiornamento, tenuto conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali. Il Dossier Formativo dovrebbe dunque assicurare che il processo ECM non sia realizzato in modo estemporaneo ma contemperati i bisogni professionali del singolo con quelli generali dell'organizzazione e del sistema.

Il Dossier Formativo valorizza il diritto/dovere del professionista della Sanità di acquisire crediti ECM su tematiche coerenti con il proprio lavoro, profilo professionale e posizione organizzativa.

Il Dossier Formativo è legato all'anagrafica dei professionisti sanitari italiani e la sua costruzione dovrà avvenire attraverso l'accesso al portale del CoGeAPS (Consorzio per la Gestione delle Anagrafiche delle Professioni Sanitarie) nell'area riservata con le proprie chiavi di accesso.

Il Dossier Formativo prevede quattro specifiche sezioni:

1. Anagrafica - contiene il profilo anagrafico con l'indicazione del profilo professionale, della collocazione lavorativa/posizione organizzativa

2. Programmazione -indicante il fabbisogno formativo individuale definito in rapporto al profilo e alle aree di competenza dell'operatore e alle caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta
3. Realizzazione/Evidenze -riporta le evidenze relative all'attività di formazione effettuata (documentazione, crediti, tipologie di attività) e alle altre attività considerate rilevanti (docenza, tutoraggio, ricerca)
4. Valutazione -riguarda la valutazione periodica da parte del singolo professionista, dell'Azienda, degli Ordini, Collegi, Associazioni etc. Documento dossier formativo.

Chi eroga la formazione Ecm?

I Provider (se ne prevedono a regime circa 1.500) sono responsabili dei propri prodotti formativi, assegnano direttamente i relativi Crediti Ecm e si impegnano a garantirne la qualità, la trasparenza, la correttezza e l'efficacia. Gli Enti accreditanti sono la Commissione nazionale per la formazione continua, le Regioni e le Province autonome, eventualmente attraverso organismi da queste appositamente deputati. I requisiti richiesti per ottenere l'accreditamento riguardano in particolare le caratteristiche del soggetto che si propone, la sua organizzazione generale, le risorse di cui dispone, la qualità dell'offerta formativa e la sua indipendenza da interessi commerciali.

Chi rilascia i crediti Ecm?

I crediti vengono rilasciati dai Provider. Hanno **valore nazionale** anche i crediti attestati da un Provider accreditato a livello regionale. Al termine dell'evento formativo Ecm, il Provider deve comunicare all'Ente accreditante ed al CO.Ge.A.P.S. (Consorzio della gestione anagrafica delle professioni sanitarie) i crediti ottenuti da ogni partecipante. Ogni Ente accreditante dovrà ogni anno effettuare verifiche ispettive in almeno il 10% di tutti i Provider accreditati.



ASSOCIAZIONE SOLIDARIETA' TERZO MONDO

NYAMATA

a cura di Infermiera Ornella Gherardi

Sostegno all'orfanotrofio di Nyamata

I bambini che stiamo sostenendo con i contributi dei sostenitori del progetto Rwanda sono attualmente 47.

34 di essi sono usciti dall'orfanotrofio e reinseriti presso la famiglia di origine (zii, nonni, fratelli o sorelle maggiori...) mentre 13 sono ancora in orfanotrofio in attesa di

valutazione da parte dell'apposita Commissione governativa sull'esistenza di parenti e sulla loro eventuale capacità di accoglierli nelle loro famiglie.

Progetto Sostegno Scolastico

10 frequentano la Scuola materna (tutti e 10 inseriti in famiglia di origine)

18 frequentano la Scuola primaria (12 inseriti in famiglia di origine e 6 in orfanotrofio)

8 frequentano la Scuola primaria (5 inseriti in famiglia di origine e 3 in orfanotrofio)

Inoltre ci sono in orfanotrofio ancora 2 ragazze con insufficienza mentale che non vanno più a scuole (hanno fatto le elementari) e 9 non hanno ancora l'età per la scuola (7 sono stati reinseriti in famiglia di origine e 2 sono ancora in orfanotrofio).



Atelier di sartoria e maglieria e Scuola professionale

Il 6 di giugno 2017 ha iniziato la sua attività la scuola di sartoria e maglieria di cui abbiamo finanziato l'avviamento in partnership con le suore Abajambo (noi con l'acquisto delle macchine e il primo stock di tessuto; loro con i salari degli insegnanti).

La scuola è anche un atelier finalizzato all'impiego di sarti e magliai e alla vendita dei manufatti con lo scopo di autofinanziarsi nel tempo. L'atelier occupa gli spazi dell'orfanotrofio rimasti liberi dopo l'uscita dei bambini inseriti in famiglia.

Rulindo

Attualmente stiamo seguendo 2 progetti legati alla coltivazione di ortaggi e allevamento di capre e conigli nel villaggio di Gitabage. Inoltre continuiamo a supportare l'atelier di cucito dove si tengono dei corsi professionalizzanti per ragazzi poveri.

Borse di studio

Attualmente sono 3 gli studenti che frequentano l'università e 5 la scuola secondaria (negli anni scorsi abbiamo visto concludersi il ciclo formativo di 4 giovani che si sono laureati e di numerosi ragazzi diplomati sarti)

Inoltre da 3 anni, nel periodo natalizio, viene effettuato un concorso tra studenti dell'ultimo anno delle scuole primarie, con lo scopo di sottolineare l'importanza dell'istruzione e incentivare l'impegno e la volontà di proseguire gli studi da parte dei ragazzi.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Alla c.a.
Responsabile personale infermieristico

e, pc. **Direttore Sanitario**
RSA/Cooperativa sociale
provincia di Sondrio

Loro sedi

23100 Sondrio
Via Aldo Moro, 38/E
Telefono 0342 218427
Telefax 0342 517182
Codice Fiscale 80000370140
e-mail: info@ipasviso.org
pec: ipasvi.sondrio@pec.it

Collegio Provinciale di Sondrio

Sondrio, 21 settembre 2017

Prot. 2017/1053/l.1-tb

Oggetto: **Somministrazione della terapia orale da parte dell'Operatore Socio Sanitario.**

Raccomandata

Gent.mo/a,

in tempi diversi e da eterogenei interlocutori sono giunte a questo Collegio richieste di delucidazioni in merito alla somministrazione della terapia orale da parte degli Operatori Socio Sanitari (OSS).

Ritenendo di non entrare nel merito dell'organizzazione delle singole Strutture private o pubbliche, ad indirizzo sanitario, socio sanitario e/o sociale, si ritiene importante ricordare quanto segue:

1. Il D.g.r. 18 luglio 2007 – N. 8/5101 *Regolamentazione dei percorsi OSS (Operatore Socio Sanitario) nel definire il profilo dell'OSS specifica:* "[...] L'OSS svolge attività indirizzate a soddisfare i bisogni primari della persona in un contesto sia sociale che sanitario [...] svolge la propria attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale"
"L'OSS è un operatore di supporto ad alta integrazione socio sanitaria, opera in base a criteri di bassa discrezionalità e alta riproducibilità [...]".
"[...] nell'ambito delle attività e delle competenze individuate l'OSS collabora in quanto svolge attività su precise indicazioni dei professionisti [...]"
2. Il Consiglio di Stato con la sentenza 1384 del 9 marzo 2010, in merito alla somministrazione di farmaci da parte degli OSS presso un centro disabili così si pronuncia: "In relazione alla finalità del centro presso cui prestano servizio i ricorrenti [...] ed allo stato anormale dei destinatari dei relativi servizi, la somministrazione di medicine particolari (antiepilettici, cardiotonici, psicofarmaci) a soggetti disabili, richiede la valutazione al momento della loro somministrazione e perciò una qualificazione oltre che esperienza professionale non posseduta dagli interessati, con la conseguenza che la somministrazione di tali farmaci è del tutto estranea ai compiti del personale con qualifiche diverse da quelle infermieristiche..."
3. Il DM 14 settembre 1994 n 739 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo dell'infermiere dichiara l'Infermiere* "[...] responsabile dell'assistenza generale infermieristica" specificando all'articolo 1 comma 3 lettera d): "[...] garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche" e alla lettera f): "[...] nell'espletamento delle funzioni, si avvale, ove necessario, dell'opera di personale di supporto".

Successivamente con la legge 42 del 1999 e la legge 251 del 2000 si completa il percorso normativo che riconosce alla professione Infermieristica autonomia professionale, competenza e responsabilità.

Ciò premesso, codesto Collegio, intende richiamare ad una riflessione in merito alle prassi segnalate che descrivono l'OSS impegnato nella somministrazione di farmaci, per via orale, in totale assenza di professionisti infermieri.

La somministrazione di farmaci è un intervento terapeutico di responsabilità infermieristica poiché richiede una valutazione puntuale e continua ed un discrimine non imputabile all'OSS.

Certo di una fattiva collaborazione porge cordiali saluti.

Il Presidente
Inf. Dott. Tonino TRINCA COLONEL



Abbiamo davvero bisogno di una legge sulle DAT?

di Andrea Viviani*

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) sono documenti in cui la persona esprime la propria volontà circa le sue preferenze sulle possibili alternative terapeutiche e dove può essere indicato un fiduciario (persona di fiducia) che le rappresenterà qualora egli si dovesse trovare in uno stato di incapacità mentale. Le DAT si pongono come finalità il rendere il più aderente possibile alla volontà del malato le cure future, di ridurre il peso delle decisioni che gravano sui familiari nelle situazioni in cui il malato è impossibilitato ad esprimere la propria volontà, di ridurre il rischio di trattamenti sanitario in eccesso (ma anche in difetto) e nel cercare di prevenire i conflitti tra le decisioni dei sanitari ed i familiari. Già nel dicembre 2003, il Comitato Nazionale per la Bioetica, ha adottato un parere in cui viene sottolineata la rilevanza della volontà espressa, anche precedentemente, dal soggetto, affermando che: *“ogni persona ha il diritto di esprimere i propri desideri anche in modo anticipato in relazione a tutti i trattamenti terapeutici e a tutti gli interventi medici circa i quali può lecitamente esprimere la propria volontà attuale”*.

Così come, già nel 1997, la Convenzione di Oviedo (Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina), ha previsto una disposizione apposita per le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento. All'articolo 9 dispone che *“i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione”*. Convenzione poi ratificata dal Parlamento Italiano nel marzo del 2001.

Il 20 aprile 2017 la Camera dei Deputati ha approvato il disegno di legge su consenso informato, pianificazione condivisa delle cure e disposizioni anticipate di trattamento (DAT); testo, per ora, non ancora discusso al Senato. Il ddl è composto da 8 articoli.

Nell'articolo 1 si stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero ed informato della persona interessata, tranne nei casi espressamente previsti dalla legge. Si promuove e valorizza la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, basata sul consenso informato. In esso si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Si riconosce il valore del lavoro d'equipe come parte fondamentale della relazione di cura e dove possono essere coinvolti, se il paziente lo desidera, i familiari e/o le persone significative per lo stesso.



Di fatto, si regolamenta il consenso informato, affermando il diritto del malato a conoscere la diagnosi, la prognosi, i rischi ed i benefici insiti negli accertamenti diagnostici e nelle pratiche terapeutiche, nonché alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario/accertamento diagnostico. Così come si afferma la possibilità di rifiutare, in tutto o in parte, di ricevere informazioni. E' chiaramente dichiarata la possibilità da parte del malato di revocare o rifiutare il consenso nei confronti di qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario, comprese l'idratazione e la nutrizione artificiale. Qualora il malato rifiuti o revochi un trattamento sanitario, non sarà abbandonato: verrà assicurato il coinvolgimento del medico di famiglia, l'assistenza psicologica, l'attivazione del percorso di cure palliative, se il paziente lo desidera. Il medico, tenuto a rispettare la volontà di non trattamento del malato, è esente da responsabilità civile o penale. Nelle situazioni di urgenza ed emergenza il medico è tenuto ad assicurare l'assistenza sanitaria indispensabile rispettando, quando possibile, la volontà del paziente. Il quale, non può esigere trattamenti contrari alla legge, al codice deontologico, alle buone pratiche clinico assistenziali. Viene riconosciuto il tempo della comunicazione medico-paziente come un tempo di cura. Ed infine si riconosce, nel percorso di formazione professionale dell'equipe di cura, un ruolo centrale alla formazione in materia: di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

Nell'articolo 2 si affronta il tema delle cure appropriate per il sollievo delle sofferenze, anche nei casi di rifiuto dei trattamenti terapeutici proposti dal medico. Nei casi di morte imminente o di prognosi infausta a breve termine è doveroso

astenersi da trattamenti inutili o non proporzionati (*... il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole...*), così come è doveroso ricorrere all'analgesia ed alla sedazione palliativa profonda. Nell'art. 3, dedicato ai i minori e gli incapaci (persone interdette o inabilite) si prescrive che gli esercenti la responsabilità genitoriale, il tutore, il curatore e l'amministratore di sostegno devono tener conto delle volontà della persona malata in relazione alla sua capacità di comprendere, intendere e volere, rimettendo al giudice tutelare la decisione in caso di opinioni discordanti tra il medico e queste figure decisionali.

L'art. 4 è dedicato alle DAT. Ogni persona maggiorenne, capace di intendere e volere, può esprimere le proprie volontà, attraverso le DAT, di acconsentire o rifiutare trattamenti in caso di una futura eventuale incapacità di autodeterminarsi. La persona può indicare un "fiduciario" che lo rappresenterà nella relazione con il medico/ struttura sanitaria. Il giudice tutelare, in assenza di fiduciario indicato dal paziente, può ricorrere alla nomina di un amministratore di sostegno. Il medico è tenuto al rispetto delle DAT che possono essere disattese, in tutto o in parte, in accordo con il fiduciario, solo quando le DAT siano palesemente incongrue o non corrispondenti alla situazione attuale o quando sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione delle DAT e capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita del malato. In caso di conflitto di opinioni tra il medico e il fiduciario verrà attivato il giudice tutelare. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o scrittura privata autenticata o scrittura privata consegnata all'ufficio di stato civile, o anche tramite videoregistrazione o altri dispositivi in caso di disabilità nella

comunicazione. Le Regioni potranno regolamentare la raccolta delle DAT e il loro inserimento in una banca dati.

L'art. 5 norma la pianificazione condivisa delle cure. Il malato, adeguatamente informato dell'evolversi della patologia, delle prospettive di cura e di futura qualità di vita, esprime il consenso rispetto alle cure proposte e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico. Il medico sarà tenuto ad attenersi a tali indicazioni quando il malato non potrà esprimere il proprio consenso o sarà divenuto incapace.

L'art. 6 stabilisce che, ai documenti che contengono le volontà in merito a trattamenti sanitari e che sono stati depositati presso i comuni di residenza o un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della presente legge.

Nel leggere gli articoli del ddl, ciò che è più evidente, è il mettere al centro del processo di cura la persona e la sua volontà. Di acconsentire o dissentire ad un determinato accertamento diagnostico, ad una procedura terapeutica, di sancire il diritto a far sentire la propria voce, ad essere riconosciuto come LA parte principale di quel misterioso ed affascinante mondo rappresentato dalla Medicina Moderna. Non il medico, né l'infermiere, l'intervento chirurgico o la terapia, novella pozione magica in grado di lenire le ferite e di ripristinare l'autonomia. Come quando il PC non risponde ai comandi... Un bel RESET e tutto torna come prima. Non il malato, il paziente... ma la Persona, che ha o che avrà un problema di salute. E che è chiamato a prenderne atto e a

decidere, come, quando e con quali modalità, chi si occupa di salute può aiutarlo. Una Medicina Moderna che, ebra dei suoi innegabili passi in avanti, sembra scordarsi il motivo per cui è nata ed esiste. Una corsa in avanti, talmente veloce ed irruenta, da rischiare di lasciare indietro il vero protagonista, colui al quale le cure sono dedicate, quasi come un'entità astratta, che non può capire e pertanto decidere. Come in un film, in cui l'attore principale (la Persona) viene oscurato dalla comparsa (la Medicina), pronta a prendersi le luci del palcoscenico. E gli applausi... ma anche i fischi... Del resto, già nell'antichità. Ippocrate affermava: *“...Perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale...”*

Già... il sollievo della sofferenza... Perché non esiste solo la sofferenza fisica... Ma anche quella psicologica, spirituale, sociale... e quella di non sentirsi ascoltati, considerati, sentirsi parte integrante di un qualcosa che riguarda Te e non, astrattamente, le dimensioni e l'estensione di una malattia... o il peggioramento di un parametro vitale o di un valore di laboratorio. Perché dentro un esame alterato c'è la perdita della propria autonomia, delle proprie capacità, della propria adeguatezza, del proprio ruolo. La paura della sofferenza, del futuro e della morte. La Moderna Medicina ha mezzi straordinari, sa guarire le malattie, ha una risposta a tutto. Ci sarà sempre un esame diagnostico che permette di capire, un intervento chirurgico che permette di curare, una terapia che permette di sopravvivere. Un pulsante, del RESET, che permette di riavviare il sistema... e di restituirlo alla sua integrità. Ci sono malattie di cui si può morire (il tumore, l'infarto, gli incidenti). Altre, come le malattie croniche, in cui è possibile procrastinare fino ad un tempo indefinito la possibilità di cura. Scordandosi di chiedere, all'attore principale, se quello è il copione che vuole seguire. Se, nella recita della Vita, quello è il ruolo che vuole ricoprire.

La Moderna Medicina, con i suoi mezzi straordinari e le sue potenti alchimie, ha il potere di guarire chi è malato... Ma anche di stritolarlo tra le sue spire, in un abbraccio sempre più stretto, che toglie il fiato. Lo chiamano accanimento, ma è un termine sbagliato. Forse sarebbe meglio chiamarlo futilità. Perché chi si accanisce lo fa con cattiveria, con la volontà di fare del male. I trattamenti futuri sono fatti, a volte, anche con amore, con una concezione sbagliata del "prenderci cura",

▶ CONTINUA DA PAGINA 9



della necessità di fare qualcosa, della paura di raccontare una verità scomoda e terribile, che genera domande altrettanto scomode e terribili. Domande di cui non conosciamo o non vogliamo conoscere le risposte...

La Moderna Medicina spesso si dimentica di parlare, di confrontarsi, di spiegarsi: quasi come se spersonalizzasse la malattia e renderla disgiunta da chi è malato renda meno gravoso confrontarsi con essa. Ci si dimentica di ascoltare, di toccare, di visitare, di prendersi un tempo che è anche quello dell'attesa, del silenzio. Non il silenzio imbarazzato di chi non sa cosa dire perché si sente inadeguato. Ma il silenzio che è ascolto, rispetto, condivisione, vicinanza.

La Moderna Medicina ha abdicato al proprio ruolo educativo: lascia questo spazio alle rubriche sui giornali o sulle riviste, ai depliant negli ambulatori, agli incontri spot dove intervengono le Persone che sono già sensibili al problema, a mamma Google e papà Internet che ci bombardano con una marea montante di informazioni, spesso false, o inesatte o distorte. Ed alimentano false aspettative e speranze, ci rendono tutti complottisti o creduloni, facendoci perdere fiducia nelle possibilità vere, reali, che la Medicina ha.

La Moderna Medicina ha bisogno di difendersi... non da sé stessa e dalle proprie incongruenze ma... dalle Persone Malate stesse!! Allora si prescrivono esami inutili, terapie inutili se non dannose, interventi inutili... Futili... Astenendosi dall'intervento complicato, rischioso, ma che potrebbe essere sostanziale, se andasse, a buon fine, per la Vita di quella Persona. Un'enorme perdita di risorse, di energie. E di tempo, passato a inseguire un qualcosa che non c'è.

La Moderna Medicina è orientata alla cura, non alla prevenzione. Attende che la malattia si manifesti, per poi aggredirla e cercare di sconfiggerla. Ma questa è e sarà sempre una strategia perdente. Se non si cerca di evitare che le Persone si ammalino (e questo lo si può fare investendo nell'educazione sanitaria, soprattutto nelle scuole), promuovendo i corretti stili di vita, spiegando cosa sono le malattie, come si manifestano,

come si possono prevenire, rendendo ognuno di noi il primo medico di se stesso, la nostra sarà sempre una rincorsa a qualcosa che corre molto più veloce di noi.

Mettere al centro di una legge il consenso informato è, al tempo stesso, bellissimo e rischioso. Così come lo è mettere al centro il potere decisionale delle Persone, il loro diritto a scegliere, ad essere consapevoli, a sapere. Esiste un consenso veramente informato? Difficile, se prima non si crea una Cultura della Salute, del proprio benessere, del preservare la propria autonomia. Difficile se l'Educazione Sanitaria, l'educazione alla salute, viene relegata tra le cose poco importanti e che non ci competono. Da sola potrebbe prevenire o fare in modo che si manifestino il più tardivamente possibile, circa il 40% delle malattie. Ma serve programmazione ed investire in un qualcosa che darà risultati dopo anni se non decenni. Difficile se non si parla la stessa lingua, se non si creano le basi per poter capire, se non si conosce. Più la malattia è grave, più le informazioni sono spezzettate, lacunose, piene di omissioni. Non si mente spudoratamente: il più delle volte lo si fa per omissione, lasciando intendere, non dicendo tutto, dando speranza. Che è lecito e giusto, quando la speranza è reale e le possibilità sono concrete. Ed è illecito ed ingiusto, soprattutto moralmente, quando quelle possibilità concrete non sono. Quando iniziavi a lavorare nel reparto di Cure Palliative, l'ultimo problema che pensavo di dover affrontare era quello della consapevolezza: chi non conosce e sa che cosa sono e a chi sono rivolte le Cure Palliative? E' stupefacente rendersi conto di quante persone ci si prende cura e sono inconsapevoli della propria malattia (poche): la quasi totalità è consapevole della propria malattia ma non della progressione della stessa o della probabilità elevata di una morte a breve termine. E sono lì in attesa di un miglioramento che raramente avviene o di un periodo di attesa per riprendersi... e di riprendere le cure attive nei confronti della causa della malattia. Tant'è vero che si parla di "Consenso Progressivo": al

peggiore della malattia e dei sintomi corrisponde un esplicitare che cosa si farà e cosa non si farà in rapporto ai sintomi e alla malattia. Ma se il tempo residuo è poco è difficile se non impossibile affrontare un percorso di consapevolezza (e quindi avere un consenso veramente informato): il consenso progressivo deve iniziare già nelle prime fasi della malattia, soprattutto quando le possibilità terapeutiche sono scarse ed il tempo è ragionevolmente poco.

Allora abbiamo veramente bisogno di una legge sulle DAT? Io non so se il ddl verrà mai tramutato in legge. E' frutto di un percorso lungo ed accidentato, con contrapposizioni e polemiche anche feroci, ideologiche, sospinto da vicende mediatiche che hanno suscitato emozioni forti. Probabilmente è inevitabile che sia così: quanto i temi riguardano l'etica e la morale le posizioni, legittime, sono distanti, difficilmente conciliabili. Ma se la Moderna Medicina vuole avere una speranza di sopravvivere a sé stessa, non può esimersi dal cercare di ricreare un rapporto di fiducia tra chi si cura e chi si prende cura, tra chi si affida e chi è l'affidatario. Fondare questa fiducia sulla libertà di scelta, sulla conoscenza, sull'onestà e sulla verità, sulle possibilità reali e concrete, su un consenso che deve essere libero ed informato, può davvero rappresentare un punto di svolta. Dove ognuno riconosce il proprio ruolo e le proprie responsabilità e non ha paura ad assumerselo ma nello stesso tempo riconosce anche i propri limiti e si impegna per provare a superarli. E allora la legge sulle DAT rappresenterebbe non un traguardo ma un punto di partenza: ripartendo dall'inizio. Dal "...Primo non nuocere..."

Nella stesura di questo articolo mi sono avvalso, nella parte riguardante il ddl sulle DAT, delle informazioni reperite sul sito della Società Italiana di Cure Palliative (www.sicp.it), dove è presente una sezione che riporta informazioni e pareri riguardanti la legge.

** Andrea Viviani, infermiere presso l'UO di Cure Palliative e Assistenza Specialistica Territoriale di Cure Palliative - Sondalo.*

COMPLICHIAMOCI LA VITA

di Bruno Robustelli Test*

Abbiamo deciso di pubblicare il presente articolo del Collega Bruno perché lo stesso autore non vuole una implicita richiesta di sostegno alle prossime votazioni del Consiglio Direttivo ma può servire a tutti noi e in primis a tutti i Colleghi candidati (n.d.R)

"Che cosa fai nella vita?" "Me la complico!"

Queste parole sono inserite in una divertente vignetta di Mafalda, il mitico personaggio creato dall'argentino Joaquin Lavado e pubblicato dal 1964 al 1973. Possono tranquillamente essere poste a suggello della vita di tutte le persone che hanno deciso di impegnarsi in una qualche attività da cui potrebbero benissimo mantenersi a debita distanza.

Le parole di cui sopra rappresentano bene anche la mia vita, e sono state spesso pronunciate dalle persone a me vicine: "Ma chi te lo fa fare? Ma perché ti complichiamo la vita?"

La risposta, o meglio le risposte le sto ancora cercando, perché ad ogni domanda di impegno, rispondiamo in modo sempre nuovo, in un continuo divenire, fatto di impegno concreto ma anche di visionarietà.

E' impossibile aderire ad un progetto, per quanto illustrato nel dettaglio, senza che nella nostra mente scatti un meccanismo di visione o meglio di previsione al riguardo.

Ognuno di noi, quando aderisce a un progetto, lo fa immaginando come potrebbe arricchire il progetto stesso, ed al contempo come ne rimarrebbe arricchito. Ciò che conta veramente è non smettere mai di interrogarsi e lasciarsi interrogare. Sono problemi miei? Forse!

Posso darti una mano? Può darsi!

Risolverò tutto? No di certo!

Esistono innumerevoli manuali di comunicazione che hanno come travatura portante imparare a dire di No, io vorrei tanto scrivere pagine nuove in cui si insegna a dire di sì!

Non per cambiare le leggi dell'universo, ma per dare una piccola mano proprio a queste leggi, che a volte, per assurdo, hanno bisogno dell'intervento dell'uomo, del suo piccolo ma inestimabile contributo, affinché quel meraviglioso meccanismo possa continuare a fornire ad ognuno il necessario per compiere il proprio viaggio. In fondo, anche la scelta della nostra professione non è stata casuale, ma si è trattato di una risposta ad un profondo bisogno di solidarietà, di indirizzare la nostra vita verso una dimensione di alterità, inteso come un andare verso l'altro, uscendo dalla sterilità dell'ego.

In questa ottica si inserisce la scelta di aderire alla richiesta di porre la mia candidatura per le prossime elezioni del collegio IPASVI, accettando di mettere a disposizione una parte del mio tempo e della mia esperienza, il tutto con l'umiltà di colui che sa di avere ancora molto da imparare, ma anche con la consapevolezza di poter dare un contributo concreto.

Umiltà, appunto, che significa essere consapevoli dei propri limiti, ma allo stesso tempo delle proprie capacità e potenzialità, attenti a non scivolare nell'umilissimo, che troppo spesso ci impedisce di assumerci delle responsabilità e finisce per tarparci le ali, "Perché non sono capace, non ho le carte in regola, ecc..."

Ognuno di noi ha potenzialità nascoste, in germinazione, che aspettano solo di essere scoperte e potenziate.

Concludo con un ricordo personale.

Al termine di una giornata di corso per quadri sindacali, dopo aver dovuto fare i conti con indecifrabili acronimi, inglesismi indigeribili e quant'altro, il Prof. Sangalli se ne uscì con un meraviglioso coup de theatre: "Qualcuno di voi sa come riassumere la giornata di oggi?"

Ci furono vari tentativi ma nessuno era per lui soddisfacente.

"Ve lo dico io come si riassume. La frase è in milanese: Sem chi a fa cus'è?"

Cosa siamo qui a fare? Meravigliosa capacità di sintesi!

Ecco cari colleghi, chiediamoci che cosa siamo qui a fare, siamo solo spettatori o possiamo essere attori, magari protagonisti?

Con l'augurio di poterci a lungo complicare la vita!

* Infermiere riabilitazione pneumologica Sondalo.



La contenzione fisica del malato: aspetti giuridici

di Antonino Zagari*

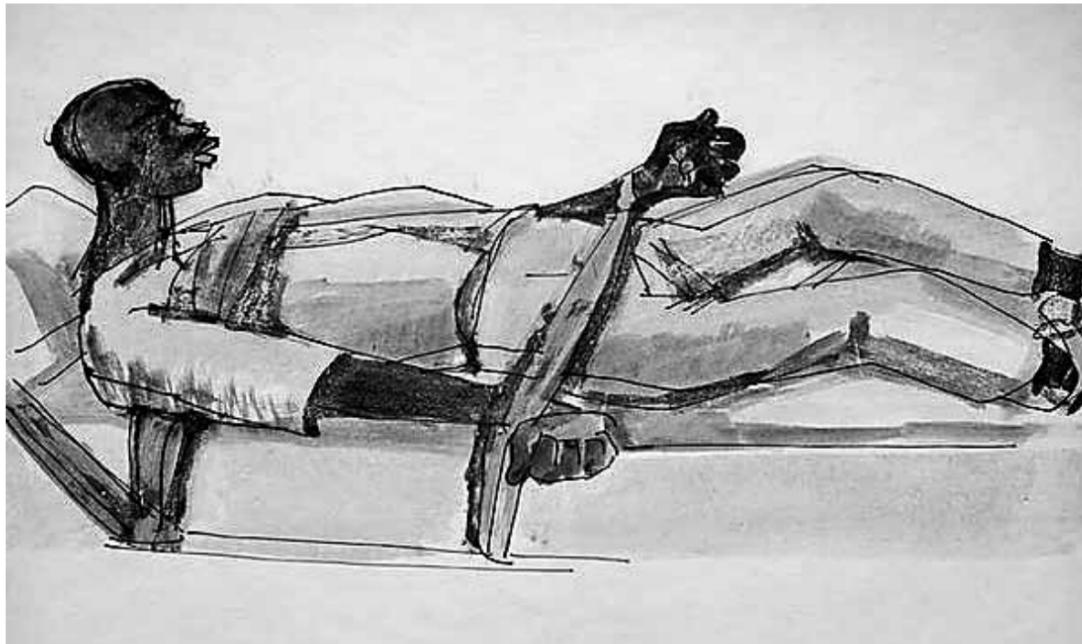
La contenzione fisica coincide con la fattispecie in cui taluno, al fine di vincere una resistenza, fa uso della forza fisica con coercizione. Si pone allora il dubbio della riconducibilità o meno di detta fattispecie al concetto di trattamento terapeutico-sanitario. In ambienti di lunga degenza quali ad es. le RSA (residenze sanitarie assistenziali) o in ambienti psichiatrici, il ricorso ad atti di contenzione nel rapporto terapeutico viene vissuto come un evento che, sebbene “doloroso”, appare in taluni casi, quantomeno necessario. La necessità è ravvisata nelle ipotesi in cui il soggetto, versando in stato confusionale e d’incapacità ad autodeterminarsi, potrebbe porre in essere condotte autolesionistiche ovvero condotte violente nei confronti di altri. Non mancano però in letteratura pareri contrari a tale impostazione e che ritengono che il ricorso ai mezzi di contenzione è spesso privo di qualsiasi evidenza di beneficio per il soggetto a fronte di un’evidente lesività della dignità personale¹.

Il presente lavoro si pone l’interrogativo circa la liceità o meno di quegli atti di contenzione che si sostanziano nell’applicazione al corpo nel suo complesso ovvero a parti di esso di strumenti suscettibili di limitarne la libertà di movimento volontario² come ad esempio accade nelle ipotesi dell’utilizzo di fascette specifiche per polsi e caviglie, l’uso della fascia pelvica, della cintura per carrozzina o della sedia, o, ancora, dell’utilizzo di fasce di sicurezza per il letto.

Nelle ipotesi de quibus il paziente viene legato adducendo a giustificazione della condotta di contenzione la necessità di prevenire il compimento di atti autolesionistici o, anche, eteroaggressivi.

Il problema giuridico della liceità sorge in quanto in dette fattispecie ci si trova innanzi ad un intervento sanitario non assistito dal valido consenso del paziente, evidentemente incapace, per la situazione in cui versa, di prestarlo. Nelle ipotesi considerate, al fine della valutazione di liceità della condotta posta in essere dagli operatori sanitari, occorre avere riguardo alle norme della Costituzione poste a tutela dei diritti inviolabili dell’individuo e, in particolare, a quelle di cui agli art. 13³ e 32⁴ dirette a garantire la sua libertà di autodeterminazione e, infine, alla disciplina di cui all’art. 5 del c.c.⁵ che tutela l’integrità fisica. Occorre allora indagare se all’interno dell’ordinamento giuridico esistano norme che producano efficacia scriminante nei confronti delle condotte di contenzione poste in essere in violazione delle fattispecie costituzionali sopra richiamate ovvero che, addirittura, tali condotte prevedano come lecite.

Prima di approfondire l’interrogativo che muove il presente lavoro,



appare qui opportuno premettere che suo obiettivo non è quello di legittimare condotte originate da mero opportunismo organizzativo che si configurano quale metodica abituale di accudimento del paziente e, neppure, di legittimare quelle pratiche di contenzione poste in essere da operatori senza scrupoli che le dispongono o le attuano in modo coattivo. Con ogni evidenza qui non si tratta di un trattamento preventivo, terapeutico o assistenziale posto in essere nell’interesse del paziente, ma, al contrario, di condotte illecite suscettibili di integrare gli estremi del sequestro di persona (art. 605 c.p.) o della violenza privata (610 c.p.) e/o delle lesioni personali (art. 593 c.p.) e/o del maltrattamento (art. 572 C.P.) etc. Sul punto appare qui opportuno richiamare quanto statuito dalla Suprema Corte di Cassazione: “*ai fini della configurazione del reato di sequestro di persona deve prescindere dall’esistenza nell’offeso di una capacità volitiva di movimento e istintiva di percezione della privazione della libertà, per cui il delitto è ipotizzabile anche nei confronti di infermi di mente o di paralitici*”. Nell’affermare questo principio, la Cassazione ha altresì evidenziato che la persona umana è da considerarsi libera non in quanto abbia capacità di muoversi, ma in quanto sia assente ogni coercizione che sottragga il suo corpo a possibilità di movimento nello spazio⁶. Occorre allora affrontare il problema cercando di definire se la contenzione, in determinate condizioni, possa considerarsi “atto terapeutico”, con tutto ciò che eventualmente ne deriverebbe in termini di valutazione di liceità del trattamento, o se, invece, debba considerarsi “altro”.

Definendo come terapia il complesso dei provvedimenti e dei trattamenti adottati per curare una malattia⁷⁻⁸, dobbiamo dire l’ampiezza della definizione appena richiamata non sembra, prima facies, consentire la riconducibilità ad essa del

ricorso ad atti coercitivi e ciò resta vero anche laddove si dovessero considerare in essa ricomprese quelle azioni dirette non a curare ma a prevenire una malattia. In passato l’interesse terapeutico è stato positivamente definito dal legislatore attraverso la norma dell’art.34 del R.D.615/1909 nella parte in cui si specificava che agli infermieri il ricorso ai mezzi coercitivi è consentito solo “*in casi eccezionali e con il permesso scritto del medico*”. L’art.60 dello stesso decreto prevedeva altresì che “*Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere utilizzati se non con l’autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell’istituto*”. Il R.D. 615/1909 è stato in seguito abrogato dalla legge n. 180 del 1978. Un altro aspetto interessante su cui porre attenzione oggi è relativo al codice deontologico degli infermieri, il quale al punto 4.1 prevede che: “*l’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta e non divisibile quoniam do vi si configuri l’interesse della persona e in accettabile quoniam do sia una implicita risposta alle necessità istituzionali*”⁹ si riconosce pertanto, con tale norma deontologica, agli infermieri la possibilità di ricorrere alla contenzione fisica nell’interesse della persona. Si tratta di una novità assoluta poiché tale disposizione non trova riscontro in nessun altro codice delle professioni sanitarie. A questo punto bisogna però dire che, nell’ordinamento giuridico attuale, le uniche norme positive che legittimano la coazione fisica sono quelle di cui agli artt. 34 e 35 della legge istitutiva del S.S.N. n.833 del 23/12/1978, dirette a regolare i trattamenti sanitari obbligatori con particolare riferimento ai pazienti psichiatrici. In sede consultiva, diversi Ministeri sono stati chiamati

dalle Asl e da alcune amministrazioni comunali ad esprimere un parere in ordine all’applicazione della disciplina prevista dalle norme in materia di T.S.O. In particolare, il Ministero della Sanità, ha avuto modo di affermare che “*un provvedimento di t.s.o., una volta emesso, impone a dei sanitari di intervenire professionalmente, con gli atti tecnici ritenuti più opportuni. Poiché tali atti devono essere eseguiti a prescindere dal consenso dell’interessato, è necessario attivare ogni forma di persuasione, facendo leva sul proprio bagaglio professionale. Qualora persista una situazione di rifiuto e di opposizione (o ancor più specifici rischi di pericolosità), gli operatori sanitari hanno l’obbligo di segnalare l’impossibilità di eseguire il provvedimento all’autorità che lo ha emanato (il Sindaco) non competendo ad essi l’adozione di mezzi coercitivi. In tal caso l’esecuzione del provvedimento può essere effettuata solo attraverso l’intervento della forza pubblica*”¹⁰ Tale orientamento venne successivamente fatto proprio dalla Regione Emilia Romagna¹¹. Appare lecito ritenere che, pur avendo riguardo al problema del riparto delle competenze tra forze dell’ordine e operatori sanitari, il parere espresso dal Ministro della Sanità finisca per negare la medicalità degli atti di coercizione attribuendo alle forze dell’ordine la competenza a porli in essere. In passato anche la magistratura contabile ha attribuito alla contenzione natura di misura carceraria e non di atto terapeutico¹². Spunti di riflessione critici rispetto a questa impostazione possono essere tratti dalla pronuncia del Tribunale di Milano che in passato aveva affermato: “*il giudice non può prendere posizione in ordine al problema se la contenzione meccanica dei malati sia scientificamente ammissibile in alcun caso oppure se, in alcune limitate evenienze e con tutte le dovute cautele, essa possa essere praticata come estre-*

mo rimedio e come male minore rispetto ai trattamenti ancora più spersonalizzanti come quelli farmacologici. Non si ritiene infatti legittimo che un organo dello stato si pronunci, in ragione esclusiva della propria autorità, su di una discussione ancora aperta tra gli studiosi”¹³. Nello stesso periodo la Suprema Corte confermando un giudizio di Appello pronunciato dalla Corte di Napoli, ebbe modo di affermare che “*la contenzione, poteva essere giustificata come rimedio d’urgenza, momentaneo (per ciò venne assolto il primo medico che la dispose) diveniva viceversa illecito protrarla senza curarsi delle lesioni che ne derivavano al detenuto*”¹⁴. Recentemente la magistratura amministrativa ha avuto modo di affermare “*nelle ipotesi nelle quali si sia in presenza non già della semplice impossibilità in capacità di esprimere consenso o dissenso, bensì di un atteggiamento di rifiuto del trattamento sanitario, che renda necessaria la coazione anche fisica, il malato stesso andrà prelevato dalla polizia municipale e da qui esta accompagnato al presidio ospedaliero di destinazione, insieme con il personale medico e paramedico necessario alla somministrazione di terapie durante il viaggio, e comunque alla continua supervisione degli aspetti medico-assistenziali*”¹⁵.

Non mancano in dottrina Autori di contrario avviso che propendono però la medicalità degli atti di coazione purchè condizionali al trattamento vero e proprio¹⁶.

Secondo il parere di chi scrive la posizione giurisprudenziale richiamata porta a dedurre che, allo stato attuale, non è possibile definire con certezza un atto di contenzione come atto strettamente terapeutico. Da ciò deriverebbe l’impossibilità di trovare la sua legittimazione all’interno dei principi che regolano l’attività sanitaria e la necessità di trovare altrove la sua causa di giustificazione.

Neppure si può ritenere, come alcuni Autori al contrario prospettano¹⁷, che possa essere la norma dell’art. 50 c.p.¹⁸ sul consenso dell’avente diritto a produrre efficacia scriminante nei confronti degli atti di contenzione; poiché le ragioni che negano al consenso del paziente la capacità di produrre quest’effetto sono le seguenti:

1. Il consenso, ai fini della sua validità giuridica, deve essere valido e informato. Non v’è chi non veda tuttavia la grande difficoltà di trovare nella fattispecie concreta il ricorso dei due elementi richiesti dalla norma. Il consenso di un soggetto che non è in grado di autodeterminarsi e che pone in essere condotte auto ed eterolesionistiche, è denso di ambiguità. Non di rado è anzi proprio il “*sin-tomo su cui lavorare*” tanto che

- un vero consenso al trattamento giunge solo alla fine dello stesso.
- La contenzione solitamente viene posta in essere senza il consenso del paziente e, più precisamente, avviene contro la volontà del paziente medesimo. Ma anche laddove prestato, la sua validità viene minata dalle stesse condizioni di salute di chi lo ha fornito.
 - Infine, se si avvallesse la tesi che sia valido il consenso dell'avente diritto, prestato al momento della "crisi" e relativamente ad atti che limitano la propria libertà personale, è evidente che allora si dovrebbe anche accettare la possibilità che nelle stesse condizioni lo stesso consenso possa essere revocato, conservando lo stesso soggetto la capacità di determinarsi validamente, anche in corso di una "crisi". Trovandosi così di fronte al paziente non in grado di autodeterminarsi che decide di non essere più contenuto.

È evidente tuttavia che, laddove esistono i presupposti per la contenzione che vedremo in seguito, l'operatore sanitario non può mai esimersi dal tentativo volto ad ottenere l'accettazione del trattamento da parte della persona restando tuttavia consapevole che ottenere una dichiarazione di consenso da parte di un soggetto che non è in grado di autodeterminarsi non vale a metterlo al riparo da eventuali denunce e responsabilità. Fin qui abbiamo escluso che si possa fondare la liceità del trattamento contenitivo riconducendone la fattispecie al vero e proprio trattamento terapeutico o che il trattamento contenitivo possa essere discriminato dal consenso dell'avente diritto.

Andando avanti nell'analisi giuridica dobbiamo chiederci allora se tale attività non possa mai essere posta in essere oppure se, in determinate circostanze, una pratica contenitiva possa ritenersi doverosa



e necessaria da parte di un operatore sanitario.

Il quesito potrebbe trovare una risposta positiva all'interno del nostro ordinamento e anche a fronte di alcuni principi enunciati dalla giurisprudenza. Essi sono:

- lo stato di necessità ex art. 54 c.p.,
- la posizione di garanzia assunta da ogni operatore sanitario, (art.40, 2° comma, del c.p. reato omissivo improprio).

Lo stato di necessità di cui alla norma dell'art. 54c.p. prevede che "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo". La norma citata legittima un soggetto all'azione indipendentemente da una manifestazione di volontà da parte del soggetto passivo. L'azione può essere posta in essere anche quando il soggetto passivo è fisicamente impossibilitato ad esprimere

il proprio consenso e si presume che, se avesse potuto, avrebbe manifestato una volontà in senso positivo. Se, potendo esprimersi consapevolmente, il malato manifesta una volontà contraria all'intervento contenitivo, il sanitario deve astenersi dal porre in essere qualsiasi attività, anche se questo ne peggiorerà le condizioni di salute. Naturalmente il ricorso allo stato di necessità richiede l'esistenza di tutti i requisiti previsti dalla legge e, dunque, l'attualità del pericolo di un danno grave alla persona e l'assenza di contributi nella causazione del pericolo, l'altrimenti evitabilità del pericolo, l'equivalenza (o prevalenza) del bene salvato rispetto a quello sacrificato.

Quello dell'accertamento dell'attualità del pericolo è invero il problema centrale nell'applicazione dello stato di necessità in questi casi. Si osserva che tutti gli elementi valutativi del pericolo devono sussistere al momento della valutazione che così risulta essere fatta "ex ante". L'attualità del pericolo

postula la necessità che nella fattispecie concreta ricorra una rilevante possibilità del verificarsi dell'evento e, dunque, non l'assoluta immediatezza tra la situazione di pericolo e l'azione necessitata. Nel momento dunque in cui l'agente pone in essere il fatto costituente reato, deve esistere, secondo una valutazione "ex ante" che tenga conto di tutte le circostanze concrete e contingenti di tempi e di luogo, del tipo di danno temuto e della sua possibile prevenzione, la ragionevole minaccia di una causa imminente e prossima del danno¹⁹. Ad esempio, nell'ipotesi della persona anziana in una fase di stato confusionale acuto qualora, accertata l'impossibilità di un intervento immediato da parte del medico attraverso una terapia farmacologia finalizzata al controllo della crisi, sia ragionevole ritenere che possa procurarsi delle lesioni per cadute o di altro genere si ritiene che sussista la necessità di un intervento urgente contenitivo. È opportuno precisare che bisogna distinguere fra interventi urgenti,

nel senso della loro assoluta improrogabilità pena il rischio per la vita o di un danno grave alla persona; necessari, ovvero prorogabili solo per pochissimo tempo, ma la cui omissione comporta pericoli per la vita; di elezione, ossia non necessari né urgenti ma solo migliorativi delle condizioni di salute del paziente. Solo per gli interventi urgenti e necessari si ritiene applicabile la scriminante dello stato di necessità di cui alla norma dell'art. 54 c.p. Laddove per, nella fattispecie sopra prospettata e relativa al paziente incapace, la situazione di incapacità sia stata determinata dalla condotta del sanitario (medico o infermiere) ed essa stessa influisce sulla situazione di pericolo, la scriminante de qua non potrà essere invocata per il dettato dello stesso art. 54 c.p. che richiede, appunto, che il pericolo di danno non sia stato determinato da chi invoca l'applicazione della scriminante stessa²⁰.

Con riguardo poi all'altro elemento della fattispecie consistente nella non altrimenti evitabilità del pericolo, la contenzione deve apparire come unica condotta, nelle circostanze del caso concreto, in grado di fronteggiare il pericolo. Ne deriva che la contenzione fisica deve essere posta in essere solo quando è l'unico mezzo che il sanitario possiede per fronteggiare il pericolo e che, in tutti gli altri casi, si deve sempre optare per altri mezzi meno traumatici per il paziente. Con questa regola si vuole ulteriormente stringere il campo di operatività della norma che non dimentichiamo può sacrificare beni di pari o inferiore valore rispetto a quelli salvati.

Rispetto all'ultimo presupposto di questa norma vi è l'equivalenza (o prevalenza) dell'interesse salvato rispetto a quello sacrificato. Nei trattamenti sanitari sembra essere in gioco il bene vita e incolumità fisica rispetto al bene libertà che verrebbe

La tessera professionale europea - EPC

EPC
La tessera
professionale
europea

Procedura elettronica
per il riconoscimento
delle qualifiche
professionali



La tessera professionale europea - EPC è una procedura elettronica da utilizzare per ottenere il riconoscimento delle qualifiche professionali all'estero, in un altro paese dell'UE.

È una procedura elettronica nuova rispetto alle tradizionali procedure di riconoscimento: l'utente può seguire l'andamento della sua domanda online e riutilizzare i documenti già caricati per presentare nuove domande in altri paesi.

Dal 18 gennaio 2016 è possibile chiedere la tessera professionale europea per le professioni di:

- infermiere
- fisioterapista
- farmacista

Le informazioni utili e la procedura per richiedere la tessera professionale europea sono disponibili sul sito **YourEurope** (in italiano **La tua Europa**) alla pagina dedicata alla **Tessera professionale europea - EPC**

Modalità di pagamento imposta di bollo Tessera professionale europea EPC

Vista la determina dell'Agenzia delle Entrate AGE-AGE-DC001, Registro Ufficiale 0111398.-14-07-2016-U, che ha stabilito l'applicazione dell'imposta di bollo, nella misura di 16 euro ai sensi del D.P.R. n. 642/1972, al fine del rilascio della Tessera Professionale Europea, stabilita dal Reg. 2015/983 della Commissione, attraverso il sistema IMI (sistema di informazione del Mercato Interno) e tramite il portale **YourEurope**, gestiti dalla Commissione Europea, si informa l'utenza di quanto segue.

Sono tenuti al versamento della suddetta imposta di bollo coloro i quali, in possesso dei requisiti stabiliti dalla Direttiva 2005/36/CE, intendono richiedere il rilascio della Tessera Professionale Europea per esercitare in un altro Stato Membro la professione di:

- **farmacista, infermiere professionale o fisioterapista**

Il versamento dell'imposta dovuta va effettuato mediante bonifico a favore del Bilancio dello Stato Capo VIII, ca-

pitolo 1205, art. 1, fornendo tutte le seguenti informazioni:

- codice fiscale ovvero, per i non residenti in Italia che non ne sono in possesso, le proprie generalità;
- BIC: BITAITRRENT- IBAN: IT 07Y 01000 03245 348 008 1205 01;
- Causale: IMPOSTA DI BOLLO

Importo imposta di bollo

L'importo dell'imposta di bollo dovuta va calcolato nel modo seguente:

- coloro che intendono richiedere la Tessera Professionale Europea per esercitare **stabilmente** la propria professione in un altro Stato Membro, dovranno versare un'imposta di bollo da 16 euro, da effettuarsi secondo le modalità sopra riportate;
- coloro che intendono richiedere la Tessera Professionale Europea per esercitare la propria professione **temporaneamente ed occasionalmente** in un altro Stato Membro, dovranno procedere nel modo seguente:
 - nel caso in cui lo Stato ospitante proceda all'effettivo rilascio della Tessera Professionale Europea, solo dopo aver effettuato una propria verifica preliminare, dovrà essere corrisposta un'imposta di bollo da 16 euro, osservando le modalità di pagamento sopra riportate;
 - nel caso in cui lo Stato ospitante non effettui alcuna verifica preliminare e pertanto la Tessera Professionale Europea venga materialmente rilasciata da questa Amministrazione, dovrà essere corrisposta un'imposta di bollo da 32 euro, osservando le modalità di pagamento sopra riportate.

sacrificato, nei casi di intervento senza il consenso dell'avente diritto. Sicuramente vi è un dilemma di tipo etico²¹ nello stabilire se è prevalente il bene salute (o vita) rispetto al bene libertà²²; la giurisprudenza più recente sembra timidamente orientarsi per la prevalenza del bene libertà mentre ancora nella dottrina medico legale prevale la tutela della salute²³. È da ritenere che in una situazione di urgenza il consenso presunto al trattamento contenitivo non lede un interesse protetto (libertà), ma realizza i presupposti (incolumità fisica), per il pieno godimento. Infine bisogna precisare che è necessario che non vi sia sproporzione di mezzi impiegati, sia in termini di tempo che di metodica, rispetto al pericolo attuale da scongiurare; si risponde altrimenti del reato previsto dall'art. 55 c.p. vale a dire eccesso colposo nella commissione del fatto scriminante. Rispetto a quest'ultimo presupposto dello stato di necessità un criterio guida deve essere l'art. 4.1 del codice deontologico degli infermieri laddove prevede che *l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento*.

Accanto allo stato di necessità, che giustificerebbe l'uso di mezzi di contenzione in un paziente anziano privo della capacità di autodeterminarsi e con atteggiamenti autoleisionistici ed eteroaggressivi, vi è anche il problema di stabilire se un operatore sanitario, quale può essere l'infermiere o il medico, abbia un dovere di intervento. Tale obbligo sarebbe collegato alla responsabilità penale per omesso impedimento di un evento che si aveva l'obbligo giuridico di impedire (art.40 2° comma c.p.). Dalla regola contenuta nell'art.40 c.p secondo comma e dall'incontro di essa con le norme di parte speciale contenute nel codice penale o in altre leggi e purchè si tratti di reati commissivi di evento, causalmente orientati, nascerebbe la posizione di garanzia in capo a taluni soggetti.

Gli elementi necessari perchè si costituisca la posizione di garanzia sono l'incapacità da parte del titolare di tutelare da sè il bene e l'insorgere del rapporto di tutela fra garante e garantito.

La stessa suprema corte ha avuto modo di statuire che *medici e paramedici sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. 2 e 32 Cost., nei confronti dei pazienti, la cui salute devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; l'obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro*²⁴. La posizione di garanzia ha per scopo:

- quello di preservare determinati beni giuridici (nel caso dell'infermiere si tratta ovviamente dei valori della vita e dell'integrità fisica del paziente) da tutti i pericoli che possono minacciarne l'integrità, quale che sia la fonte da cui scaturiscono.
- quello di neutralizzare determinate fonti di pericolo, in modo da garantire l'integrità di tutti i beni giuridici che ne possono risultare minacciati²⁵.

Peraltro quanto detto trova anche riscontro nell'art. 51 del c.p. (adem-



I matti sono punti di domanda senza frase, migliaia di astronauti che non tornano alla base. Sono dei pupazzi stesi ad asciugare al sole. I matti sono apostoli di un Dio che non li vuole... (Simone Cisticchi)

pimento di un dovere) che ci induce ad affermare che il compimento dell'attività sanitaria è doveroso ogni qualvolta al potere si accompagni la sua doverosa esplicazione, tenendo, comunque, sempre fermi i limiti imposti dal rispetto del paziente e della dignità umana. Non manca chi, però, vede in modo negativo il richiamo a quest'ultima causa di giustificazione, in quanto essa prescinde completamente da qualsiasi manifestazione di volontà del titolare del bene giuridico, mentre dal consenso del paziente non è possibile discostarsi, tranne casi eccezionali espressamente previsti dalla legge (T.S.O.)²⁶. Pericoli tutti connessi ovviamente ad una pericolosa relazione operatore sanitario paziente improntata a forme di autoritarismo assolutamente inaccettabili in una società a Costituzione ancorata al principio personalistico e al rispetto dei diritti inviolabili della persona.

Concludendo si ritiene che non può esservi trattamento contenitivo, salvo il sussistere dello stato di necessità ex art. 54 c.p. (per il dettato dell'art. 32 Cost.). Quindi, tralasciando il T.S.O. che ha una sua disciplina specifica, negli altri casi i presupposti concreti perchè si possa ritenere che via sia uno stato di necessità, possono essere riassunti nei seguenti punti:

- l'incapacità della persona di autodeterminarsi (gravi alterazioni psichiche); - sussista, secondo una valutazione circostanziata, un pericolo concreto di un danno grave alla persona;

- non vi sono le condizioni e le circostanze necessarie che consentono di adottare terapie o strumenti alternativi²⁷;
- la contenzione deve essere finalizzata alla prevenzione di un danno grave alla persona e non alle cose.

Per quanto riguarda la *responsabilità*, essendo la contenzione un evento eccezionale è opportuno che vi sia una prescrizione medica, con registrazione in cartella clinica e infermieristica della:

- motivazione circostanziata; - durata del trattamento o della sua rivalutazione;
 - tipo di contenzione e modalità da utilizzare. Naturalmente, durante tutto il periodo in cui viene contenuto, il paziente dovrà essere assistito continuativamente e in maniera personalizzata con la garanzia nei confronti del paziente della libertà di movimento per almeno 10 minuti ogni 2 ore.
- Concludendo: la cultura della sorveglianza è un metodo che deve permeare ogni momento dell'assistenza alla persona "difficile". Competenza e conoscenza sono la vera forza dell'assistenza. Comprendere questo significa superare insieme i vecchi tabù della custodia totale e della perseguibilità legale d'ogni atto assistenziale. Dove vi saranno paura, sospettosità, omertà su quanto avviene, incomprensioni, supponenza, lì si applicherà la contenzione in maniera indiscriminata, irrazionale e moralmente colpevole²⁸.

* Infermiere laureato in giurisprudenza esperto Diritto Sanitario ASLMI3- Monza (MI)



Note

- 1 Documento Regione Emilia Romagna- Protocolli per la terapia e la gestione delle problematiche assistenziali dei pazienti affetti da demenza- Ottobre 2000 p. 31.
- 2 Cester A., Gumirato G. I percorsi della contenzione, dal caos al metodo, S. Lucia di Piave(TV), Vega Editore, 1997, p. 24.
- 3 Art.13 cost. La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge... omissis
- 4 Art. 32 cost. "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."
- 5 Art. 5 c.c. Atti di disposizione del proprio corpo. Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.
- 6 Cassazione penale sez. V, 17 ottobre 1990 in Cass. pen. 1993, 573
- 7 Rassegna giurisprudenziale Pretura di Torino 19 ottobre 1985 in Riv. It. Med. Legale 1986, p. 906.
- 8 De Mauro dizionario della lingua italiana.
- 9 Art. 4.1 del Codice Deontologico Dell'Infermiere approvato dal Comitato Centrale nel 1999
- 10 Ministero della Sanità, direzione generale ospedali - div. III: Risposta a richieste di chiarimenti sul trattamento sanitario obbligatorio (t.s.o.) per soggetti con patologia mentale, prot. N. 900. 3/ sm-E1/896 del 21 sett. 1992.
- 11 Direttiva Regionale in ordine alle procedure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per malattie mentali: Bollettino ufficiale della regione Emilia- Romagna del 23/5/1990 - parte seconda - N. 45.
- 12 La sottoposizione a particolari misure carcerarie (letto di contenzione) deve ritenersi rimedio di natura eccezionale di talchè, se protratte oltre i limiti strettamente indispensabili, si pone in violazione di diritti costituzionalmente garantiti e, pertanto, il medico carcerario che consente il protrarsi di tale misura di contenzione (senza sostituirla con apposita terapia) risultata poi pregiudizievole alla salute del detenuto, risponde del relativo danno che l'amministrazione della giustizia ha dovuto risarcire alla parte lesa. Corte Conti, sez. riun., 25 febbraio 1989 n. 602, in Riv. corte conti 1989, fasc.2,37.
- 13 Tribunale di Milano 4 aprile 1979 in Riv. It. Med. Leg. 571,1979 vedi anche Benci L., Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, 2° edizione, Mc Graw - Hill, Milano, 2001 p. 111.
- 14 Cassazione penale, sez. IV, 19 dicembre 1979, in Foro it. 1981, II,145.
- 15 Tribunale Amministrativo Regionale della Sicilia, Sezione staccata di Catania - Sezione II SENTENZA N. 0799/2005.
- 16 Benci L., Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, 2° edizione, Mc Graw - Hill, Milano, 2001. - D. Rodriguez- A. Aprile in Medicina legale per infermieri - Carrocci Faber 2004 p. 217 e segg. - C. Calamandrei. Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere Mc Graw - Hill, Milano, 1999--- Mauri C. - La contenzione psicologica, farmacologia e fisica come strumento terapeutico in ambito psichiatrico: le competenze dell'infermiere- Tesi di Laurea A.A. 2004/2005 Università degli studi Milano-Bicocca Corso di Laurea in Infermieristica.
- 17 D. Rodriguez op. cit.
- 18 Art. 50c.p. Consenso dell'avente diritto. Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che pu validamente disporre.
- 19 Cassazione penale sez. I, 2 giugno 1988, in Giust. pen. 1990, II,29 (s.m.).
- 20 Cassazione penale sez. IV 13 settembre 1988 n. 9213.
- 21 Mele C. (2006) L'unica alternativa era la contenzione fisica? Elaborato Corso integrato di Deontologia e Regolamentazione infermieristica e Ostetrica Università Milano Bicocca AA 2004/2005.
- 22 Tribunale di Milano, Sez. VI, 4 dicembre 1997. E' costituzionalmente tutelata la libertà di autodeterminarsi, in ordine ad atti che coinvolgono il proprio corpo, in base al principio della libertà personale (art. 13 Cost.), Nel diritto di ciascuna persona di disporre della propria salute ed integrità personale, pur nei limiti previsti dal nostro ordinamento, deve essere ricompreso il diritto di rifiutare le cure mediche lasciando che la malattia segua il suo corso, anche fino alle estreme conseguenze, trattandosi di una scelta che riguarda la qualità della vita. Sussiste il reato di lesioni nel caso di trattamenti medico-chirurgici prestati senza il valido consenso del paziente ed il correlativo diritto al risarcimento del danno morale ex art. 2059 c.c. e del danno biologico ed eventualmente patrimoniale, trasmissibile agli eredi iure hereditatis. Il consenso dei congiunti di paziente dotato di normale capacità mentale è invalido in Riv. It. Med. Leg., 1998, 1129-1163(commento di A. Fiori).
- 23 D. Rodriguez op. cit..
- 24 Cass. Penale sez. IV 02-03-2000 n. 9638 - Corte d'appello di Milano Sez. II - Sentenza del 16-12-2005 - Cass. Penale sez. IV depositata 11 marzo 2005.
- 25 Fiandaca G., Musco E. Diritto penale - Parte generale Zanichelli editore, terza edizione.
- 26 MANTOVANI, F., I trapianti e la sperimentazione umana nel diritto italiano e straniero, CEDAM, Padova, 1974, pp. 40 e ss..
- 27 Bibliografia di riferimento- Zuccone N. (2004) I mezzi di contenzione. In: Lince M., Nardi R., Il Risk Management infermieristico in medicina interna Atti 9° congresso Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti. Torino Centro Scientifico Editore 189-205. - Poli N., Rossetti A., M. L. (2001) Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. Nursing Oggi, (4): 58-67- Petrini M., Antico L., Bernabei., Caretta F. (1991) L'uso dei mezzi di contenzione nelle istituzioni per le persone anziane. Anziani Oggi, (2): 1-19.
- 28 Mele C. op. cit.

del database Medline è stato utilizzato il thesaurus della *National Library of Medicine* (NLM), trovando i seguenti *MESH Terms*: “Caregivers” e “Spinal Cord Injuries”. Per la ricerca dei termini controllati in CINAHL è stato utilizzato il thesaurus rappresentato dai *CINAHL Headings* che ha consentito di individuare i seguenti termini: “Caregivers” e “Spinal Cord Injuries”. Non sono stati associati dei *subheading* ai *MESH Term* e ai *CINAHL Headings* in modo da non restringere ulteriormente la ricerca. Questi termini sono stati combinati con l'utilizzo dell'operatore booleano “AND”, che consente di cercare i documenti che contengono tutti i termini inseriti. Per condurre questa ricerca è stato utilizzato il limite temporale di 5 anni, per quanto riguarda l'età della persona con lesione midollare non sono stati posti limiti, quindi sono stati inclusi sia adulti che bambini, in modo da rendere più ampia la ricerca. Nella ricerca sono stati inclusi sia articoli che riguardavano lesioni midollari traumatiche che non traumatiche; non è stata fatta alcuna distinzione per quanto riguarda il livello neurologico della lesione ne rispetto al grado della stessa (completa o incompleta). Sono stati inclusi, nella ricerca, articoli riguardanti solo il caregiver della persona con lesione midollare, mentre sono stati esclusi gli articoli che oltre a riguardare il caregiver della persona con lesione midollare riguardavano anche i caregiver di persone con altre disabilità croniche da diverse cause come per esempio lesioni cerebrali. Al fine di rendere più completa la mia ricerca sono stati inclusi sia articoli in lingua inglese che in lingua spagnola, la cui traduzione è stata affidata ad un professionista. Per effettuare la selezione degli articoli è stato letto e tradotto l'abstract di tutti gli articoli trovati in modo da valutare se l'argomento trattato fosse pertinente al quesito clinico posto. Successivamente questi articoli sono stati analizzati attraverso la lettura critica secondo la metodologia IMRaD, e da questi ne sono stati ulteriormente esclusi 2, arrivando a quelli usati per condurre questo approfondimento bibliografico. Questi articoli sono stati esclusi in quanto uno trattava oltre che delle lesioni midollari anche delle lesioni cerebrali e non venivano distinti i risultati in base a se la lesione era di tipo cerebrale o spinale e l'altro in quanto trattava dell'essere genitore con lesione midollare.

La ricerca è partita dalle banche dati di letteratura secondaria. In TRIPDataBase usando come search strategy, “caregiver” AND “spinal cord injury”, from 2012”, sono stati reperiti 61 documenti di cui 0 documenti ritenuti pertinenti.

In Cochrane Library usando come search strategy, “MeSH descriptor: [Caregivers] explode all trees” AND “MeSH descriptor: [Spinal Cord Injuries] explode all trees”, è stato reperito 1 documento che non è stato ritenuto pertinente.

Successivamente la ricerca si è spostata su banche dati di letteratura primaria.

In Cinahl sono state utilizzate 3 search strategy:

- “(MM” Spinal Cord Injuries”) AND (MM” Caregivers”)”, da questa stringa di ricerca sono stati reperiti 25 documenti di cui sono stati ritenuti pertinenti 5 documenti: 2 studi qualitativi, 2 studi osservazionali trasversali e 1 studio prospettico.
- “caregiver AND spinal cord injury”, da questa stringa di ricerca sono stati reperiti 69 documenti di cui ne sono stati ritenuti pertinenti 9. Di questi 9 documenti 5 sono duplicati della ricerca precedente. I 4 articoli selezionati sono 1 studio di coorte, 2 studi osservazionali trasversali e 1 studio caso controllo.
- “parents AND spinal cord injury”, da que-

sta stringa di ricerca sono stati reperiti 16 documenti di cui sono stati ritenuti pertinenti 2, questi due documenti sono duplicati delle ricerche precedenti.

In Medline usando come search strategy, ““Spinal Cord Injuries”[Mesh] AND “Caregivers”[Mesh] AND (“2011/03/31” [PDAT]: “2016/03/29”[PDAT])”, sono stati reperiti 33 documenti di cui ne sono stati ritenuti pertinenti 4. Di questi 4 documenti 3 sono duplicati delle ricerche precedenti. L'articolo selezionato è uno studio osservazionale trasversale. In PsycInfo usando come search strategy, “caregivers AND (injury spinal cord) AND pd(20110301-20161231)”, sono stati reperiti 30 documenti di cui sono stati ritenuti pertinenti 3 documenti. Di questi 3 documenti 2 sono duplicati delle ricerche precedenti. L'articolo selezionato è uno studio osservazionale.

In sintesi i documenti selezionati e ritenuti pertinenti sono 11:

- 1 studio di coorte
- 1 studio caso controllo
- 1 studio osservazionale
- 2 studi qualitativi
- 1 studio prospettico
- 5 studi osservazionali trasversali

Risultati

Secondo uno studio condotto in Brasile da Barbosa *et al.* (2011) i sentimenti prevalenti dei caregiver familiari sono affetto, fede, tristezza, preoccupazione, speranza, ansia e paura. La ricerca di tipo qualitativo è stata condotta su un campione di 7 caregiver familiari in un reparto di emergenza e traumatologia, i quali erano già stati messi in guardia sulle disabilità conseguenti una lesione del midollo spinale. I dati sono stati raccolti attraverso un'intervista semi strutturata. Tutte le persone intervistate hanno dovuto lasciare il proprio lavoro per assistere la persona durante il ricovero in ospedale e

si è stimato che il 14% dei caregiver avrebbe dovuto rinunciare anche dopo il ricovero. Le sensazioni vissute dai caregiver familiari sembrano derivare dalla situazione di dolore e di perdita che l'individuo con lesione e la sua famiglia vivono. Lo stato di disabilità e quindi il soddisfacimento dei bisogni che ne conseguono sono fattori di grande tristezza per i familiari, la fede e la religione sono un meccanismo importante di coping durante il processo di malattia e per superare la crisi iniziale (Barbosa I. *et al.* 2011).

I caregiver appartenenti al genere femminile di bambini sono più soggetti ad ansia e depressione, la cui insorgenza è correlata alla giovane età al momento della lesione. L'aumento di ansia e depressione è legato alla diminuzione della qualità di vita dal punto di vista sociale, emozionale e scolastico, nonostante questo la salute mentale del caregiver non è messa in relazione con il livello di partecipazione del giovane (Kelly *et al.*, 2012). I dati sopra riportati sono stati forniti da uno studio prospettico di 420 giovani con lesione midollare da 1 a 18 anni d'età e 380 dei loro caregiver familiari, in particolare madri. 379 hanno completato una valutazione psicologica, di questi il 20% presenta da moderata a severa ansia e il 22% da moderata a severa depressione. Solitamente i caregiver con un maggior livello di istruzione e quelli sposati hanno meno probabilità di sperimentare l'ansia.

Il *care burden*, ovvero l'onere della cura, si riferisce all'impatto che causa l'assistenza fornita in termini fisici, psicologici, sociali ed economici, nella vita del caregiver di un individuo malato incapace di svolgere le attività di vita quotidiana (Nogueira *et al.*, 2012).

Il *care burden* è maggiore nei caregiver di persone con tetraplegia piuttosto che in quelle affette da paraplegia ed è maggiore se vi sono presenti delle complicanze associate, inoltre livelli maggiori di *care burden* incidono in maniera negativa sulla percezione

dello stato di salute del caregiver. Il tempo dedicato quotidianamente all'assistenza e l'età del caregiver incidono debolmente sul *care burden* ed esso è maggiore quando il caregiver presenta problemi di salute. Lo stato di salute percepito dal caregiver è più compromesso se il soggetto assistito presenta tetraplegia e/o complicanze. Inoltre livelli maggiori di *care burden* influiscono negativamente sullo stato di salute auto percepito (Nogueira *et al.*, 2012).

Secondo uno studio di Graca *et al.* (2013) condotto su un campione di 7 caregiver familiari e un gruppo di controllo composto da 7 persone (non caregiver) simili per età e sesso, il *care burden* è maggiore del 63% rispetto al gruppo di controllo. Questo aspetto è stato misurato con la *Caregiver Burden Scale* (CBS) in particolare il campione dei caregiver mostra, rispetto al gruppo di controllo, il 62% in più per quanto riguarda l'item dello sforzo generale, il 66,7% in più rispetto all'item che indaga l'isolamento sociale e il 55% in più rispetto all'item che indaga la delusione (Graca *et al.*, 2013).

Tabella 1. Comparazione dei risultati medi ottenuti dalla somministrazione della CBS tra il gruppo di caregiver e il gruppo di controllo.

Caregiver Burden Scale Domain	Gruppo di caregiver (N=7)	Gruppo di controllo (N=7)
Sforzo generale	2.62	1
Isolamento sociale	3	1
Delusione	2.20	1

Non vi sono significative differenze per quanto riguarda il *care burden* a 6 settimane dalla dimissione rispetto che a 1 o 2 anni dalla dimissione, ma alti livelli di *care burden* si registrano a maggior numero di ore dedicate settimanalmente alla cura, a bassa capacità funzionale e a scarsa partecipazione sociale del soggetto con lesione midollare. A 2 anni dalla dimissione alti livelli di *care burden* sono stati registrati in soggetti con elevata età e in presenza di severa compromissione dell'assistito (Middleton *et al.*, 2014).

Secondo uno studio di Rodawsky *et al.* (2013) il 40% dei caregiver di persone con lesione midollare presenta elevati livelli di sintomi depressivi, il che consiste in un alto rischio di depressione. Questo studio osservazionale trasversale è stato condotto su un campione composto da 173 caregiver di adulti con lesione midollare di vecchia data, i dati sono stati raccolti attraverso delle scale di valutazione: la *Centre for Epidemiological Studies Depression Scale* per misurare la depressione, una scala numerica (da 0 a 4) per valutare lo stato di salute, la *Katz Index of Activity of Daily Living* per valutare l'autonomia nel mieloleso nell'usare il bagno, nei trasferimenti, nel vestirsi e nel mantenere la continenza, la *Instrumental Activity of Daily Living* per valutare l'autonomia nel mieloleso nell'usare il telefono, fare il bucato, fare la spesa, preparare il cibo, governare la casa, organizzarsi il trasporto, gestire i farmaci, gestire le finanze, una versione modificata della *Risk Appraisal Measure from the REACH trials* per misurare il grado di stress, la *Lubben Social Network Index* per misurare l'integrazione sociale del caregiver e una versione modificata della *Social Support Scale from the REACH trials* per misurare il supporto sociale ricevuto.

Le caratteristiche demografiche, il livello neurologico della lesione, la gravità della stessa e lo stato funzionale residuo non sono correlati a più alti livelli di sintomi di depressione. Lo stress, lo stato di salute percepito,



le interazioni sociali negative, l'integrazione sociale, gli aspetti positivi del caregiving, il supporto sociale ricevuto, l'assistenza e i servizi formali, e la cronicità della malattia sono fattori correlati alla depressione. Lo stato di salute auto percepita del caregiver, le interazioni negative, la scarsa integrazione sociale sono i fattori più fortemente correlati alla depressione nel caregiver. Le interazioni sociali negative e la scarsa integrazione sociale sono moderatamente correlati allo sviluppo di sintomi depressivi da parte del caregiver, mentre lo stato di salute auto percepita rimane il più forte predittore di depressione. Il fatto di dover lavorare dentro casa e di essere pagati per la funzione di caregiver può essere associato a sintomi depressivi a causa dell'isolamento derivante dal lavorare dentro casa con scarse interazioni sociali (Rodawsky *et al.*, 2013). Uno studio di Elliott *et al.* (2014) condotto su 128 caregiver di individui ricoverati presso un reparto di riabilitazione intensiva per una recente lesione midollare rivela che il gruppo dei caregiver resilienti, rispetto al gruppo cronico e al gruppo di ricovero, ha dimostrato bassi livelli di depressione nei primi periodi dopo la lesione, ma con un incremento di questi livelli a 6 mesi dalla lesione. La compromissione funzionale, il grado in cui i caregiver assistono nelle ADL, il grado di fatica e l'esaurimento nello svolgere la funzione di caregiver, il disaccordo in famiglia, lo stress legato alla fornitura di cure, la perdita del senso di sé sono tutti fattori correlati con la depressione. La maggior competenza del caregiver, l'efficienza delle reti sociali e una migliore integrazione sociale portano a un minor rischio di depressione nel caregiver. Inoltre essere resilienti porta ad un minore livello di stress e a sentirsi meno intrappolati nel ruolo di caregiver (Elliot *et al.*, 2014). Uno studio di Doyle *et al.* (2016) condotto su un campione di 30 caregiver familiari di bambini con lesione midollare rivela che in questa tipologia di caregiver la depressione è fortemente correlata con la coesione, la flessibilità e la soddisfazione familiare. Di questi caregiver il 23% riporta esperienze di moderata/severa depressione. Per valutare la salute mentale e le dinamiche familiari del sopra citato studio sono stati utilizzati diversi tipi di questionari: *Spanish versions of Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – Fourth Edition (FACES - IV)*, *The Family Communication Scale (FCS)*, *The Family Satisfaction Scale (FSS)*, *Zarit Burden Interview (ZBI)*, *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, *Satisfaction with Life Scale (SWLS)*, *Relationship – focused Coping Scale (RFCS)*, *Family Assessment Device-General Functioning*. Le dinamiche familiari presenti sono fortemente associate con la salute mentale del caregiver di bambini mielolesi. La depressione in questi soggetti inoltre è correlata positivamente con lo sforzo richiesto dalle cure prestate e a loro



volta queste due variabili sono correlate negativamente con la soddisfazione per la vita (Doyle *et al.*, 2016).

Uno studio qualitativo di Conti *et al.* (2016) condotto su 11 caregiver di persone con lesione midollare traumatica o non traumatica con un *Modified Barthel Index* ≤ 60 attraverso un'intervista semi strutturata rivela che i caregiver riferiscono che la situazione non è stata assimilata subito ma che per far sì che venga elaborata è necessario un periodo di tempo. Le difficoltà incontrate e la tristezza risultante dalla nuova condizione portano loro a sperimentare la solitudine e l'isolamento sociale, questo spesso a causa della loro tendenza a non condividere le difficoltà. Il ritorno a casa ha amplificato i segni di fatigue correlati con la solitudine e l'isolamento sociale soprattutto nei caregiver che hanno sperimentato ciò prima della dimissione. In alcuni casi dopo la dimissione i caregiver hanno dichiarato che la situazione li ha aiutati a migliorare il proprio senso di rilevanza, la loro autonomia, l'autorealizzazione e sentimenti di autoefficacia. Inoltre la mancanza di un punto di riferimento e di scarsa chiarezza di informazione da parte degli operatori sanitari ha portato ai caregiver un senso di impotenza, frustrazione, perdita di fiducia e disorientamento totale. Il coinvolgimento del caregiver nel piano di cura è stato definito un aspetto positivo per la riabilitazione, difatti l'importanza dell'Unità Spinale per i caregiver si è vista dopo la dimissione, in quanto rimane il punto di riferimento per le cure sanitarie a casa. Molti racconti rivelano uno sconforto nel ruolo di caregiver e una grossa quantità di energia spesa per incoraggiare il malato verso l'indipendenza.

La speranza è il punto cruciale per la motivazione del caregiver, infatti la più grande preoccupazione sul futuro è di riuscire a mantenersi in salute in modo da poter prestare le cure necessarie. Essere il caregiver di una persona con lesione midollare porta ad affrontare una serie di modificazioni nella vita di tutti i giorni, infatti il ritorno a casa, dopo la fase iniziale di ricovero, è stato descritto come un momento pieno di emozioni, le abitudini e lo stile di vita sono cambiati e in alcuni casi drasticamente. Talvolta alcuni caregiver considerano essenziale un supporto esterno per sollevare il loro enorme dispendio di energie (Conti *et al.*, 2016).

Discussione

Molti caregiver sperimentano sintomi depressivi importanti, i quali si associano a scarse relazioni sociali e a scarso supporto sociale con conseguente aumentato rischio di depressione (Rodawsky, 2013). Gli autori suggeriscono che gli interventi da attuare dovrebbero mirare a migliorare le relazioni interpersonali del caregiver e ad incrementare il sostegno sociale. La valutazione e gli interventi mirati al caregiving devono essere considerati parte del supporto sociale.

Il *care burden*, negli studi presi in considerazione, è stato misurato utilizzando la *Caregiver Burden Scale (CBS)*; i dati reperiti mostrano che nei fornitori di assistenza è presente un livello elevato di affaticamento psico fisico che aumenta ulteriormente in presenza di tetraplegia o di complicanze associate alla lesione midollare. L'articolo sottolinea che l'educazione del caregiver dovrebbe essere parte integrante del processo di riabilitazione e cura della persona con lesione midollare, infatti anche coloro che forniscono assistenza evidenziano bisogni, i quali a loro volta influiscono direttamente sul *care burden* e la qualità di vita. In questo contesto specifico, l'aspetto educativo appare molto importante in quanto l'attività di fornire cure è ritenuta molto logorante sia a livello fisico che psicologico e può mettere a rischio la salute di coloro che ne sono direttamente coinvolti. Per questo, secondo Kelly *et al.* (2012), l'infermiere ha, in modo ancora più peculiare, il dovere etico e morale di pianificare interventi educativi per formare sia le persone con le-

sione midollare sia i loro caregiver.

Secondo uno studio di Barbosa *et al.* (2011), il soddisfacimento dei bisogni della persona con lesione midollare è un fattore che genera sentimenti di grande tristezza e preoccupazione per i famigliari. Infatti il coinvolgimento diretto della famiglia nel processo di cura e riabilitazione della persona contribuirebbe a migliorare ulteriormente l'assistenza erogata a livello domiciliare.

L'individuazione dei fattori di rischio per il *care burden* può consentire di intervenire in modo mirato e tempestivo nella presa in cura che garantisca la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio, favorisca l'organizzazione di periodi di sollievo per il caregiver e incoraggi lo sviluppo di strategie per l'auto-cura, ipotizzi l'aumento del supporto sociale ed economico.

Dallo studio di Graca *et al.* (2013) si conclude che i caregivers, famigliari di persone con lesione midollare, hanno una notevole riduzione della qualità di vita che giustifica il bisogno di monitorare non solo le persone mielolesi ma anche coloro che continuano a vivere in modo informale garantiscono l'assistenza e necessitano quindi di adeguato supporto orientato a minimizzare le perdite del benessere.

Il *care burden* è scarsamente correlato al tempo dedicato quotidianamente al prestare assistenza e al carico delle cure. Il *care burden* si è percepito maggiormente nei seguenti domini della *CBS*: ambiente, delusione e sforzo generale (Noqueiera *et al.*, 2013). Secondo questi ricercatori gli infermieri sono una parte integrante del *team* di riabilitazione e la



Parliamone

Copyright by Collegio IPAS.VI. - Sondrio

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

Direttore: Ercole Piani

Presidente IPAS.VI.: Tonino Trinca Colonel

HANNO COLLABORATO
Amazzoni, Cecilia Capelli, Danila Molinari, Tiziana Briotti, Bruno Robustelli Test, Elena Valli, Insieme per Vincere, Annamaria Feraresi, Antonino Zagari, Anna Paroli, Barbara Mangiacalli, Ornella Gherardi, Andrea Viviani, Tonino Trinca, Patrizia Almasi, Roberta Giffalini, Lara Boninchi Lopez, Natalie Varisto.

loro azione deve essere sistematizzata e intercorrelata, nonché mirare a fornire cure per l'essere umano che garantiscano la migliore qualità di vita. Il ruolo dell'assistenza infermieristica non si evidenzia solo durante il processo di riabilitazione ed implica la responsabilità sociale di inclusione della famiglia, come del caregiver se diverso dal familiare, in un percorso che consideri il contesto sociale e ambientale e la possibilità di migliorare la qualità di vita.

Uno studio di Elliot *et al.* (2014) dimostra che essere resilienti, ovvero la capacità di far fronte in maniera positiva ad eventi traumatici senza alienare la propria identità, può avere effetti positivi sul caregiver, che si evidenziano in un minor rischio di depressione e minori livelli di stress. L'adattamento del caregiver può essere promosso attraverso un'assistenza sanitaria, sociale informata e dall'adesione a gruppi di sostegno organizzati dalla comunità miranti a favorire la partecipazione sociale. Questa ed altre strategie di intervento, come il *Problem-solving training* (ovvero la possibilità di mettersi in contatto in videoconferenza con operatori sanitari dedicati), possono essere considerate per caregiver a rischio di depressione.

L'ansia e la depressione sono i fattori che rappresentano maggiormente il disagio psicologico, per questo un'attenta e continua valutazione di essi attraverso l'utilizzo di scale di misurazione validate può essere utile a fine preventivo e di miglioramento della salute mentale. Dai risultati precedentemente presentati si evince che ancora maggiore attenzione dovrebbe essere dedicata ai caregiver di persone con lesione midollare, con partico-

lare riferimento all'importanza del contributo infermieristico orientato a favorire il miglioramento dello stato fisico, di salute, psicologico e sociale del caregiver.

Il limite principale di questo approfondimento bibliografico è la provenienza degli studi presi in esame, ovvero la maggior parte di questi è stato condotto in Nord e Sud America, uno solo è stato condotto in Italia. Questo perché nei Paesi del Nord e Sud America i tassi di incidenza di lesione midollare sono maggiori, probabilmente a causa di un numero più elevato di casi di violenza, perlopiù dovuta ad un uso sconsiderato ed eccessivo delle armi da fuoco, rispetto agli altri Paesi del Mondo. Nonostante questo non si spiega il fatto della presenza di pochi studi nel resto del mondo, in quanto la causa principale di lesione midollare è dovuta agli incidenti stradali, e questi sono presenti in tutti i Paesi.

In conclusione essere caregiver di persone con lesione midollare è molto difficile sia dal punto di vista fisico, sia psicologico ed economico. La letteratura considerata suggerisce la necessità di favorire un buon coinvolgimento del caregiver durante il processo di cura e riabilitazione in modo da poterlo preparare ad affrontare questo duro compito. La comunicazione con i professionisti sanitari avrebbe bisogno di essere migliorata e potrebbe essere utile, anche per i caregiver, organizzare incontri di *follow-up* post dimissione finalizzati a valutare efficacia e l'efficienza degli interventi nel tempo. Emerge dagli studi considerati l'esigenza di somministrare un'assistenza mirata ed efficace anche ai caregiver che favorisca il loro coinvolgimento attivo nella quotidianità delle cure al domicilio.

Bibliografia

- 1 Barbosa I., Carvalho Z. (2011) Feelings of the family in face of the spinal cord injury. *Index De Enfermeria*, 20(1-2): 6.
- 2 Conti A., Garrino L., Montanari P., Dimonte V. (2016) Informal caregivers' needs on discharge from the spinal cord unit: analysis of perceptions and lived experiences. *Disability & Rehabilitation*, 38(2): 159-167.
- 3 Doyle S., Perrin P., Nicholls E., Olivera S., Quintero L., Otávaro N., Arango-Lasprilla J. (2016) Pediatric SCI/D caregiver mental health and family dynamics in Colombia, South America. *Disability & Rehabilitation*, 38(9): 819-827.
- 4 Elliott T.R., Berry J.W., Richards J.S., Shewchuk R.M. (2014) Resilience in the initial year of caregiving for a family member with a traumatic spinal cord injury. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6): 1072-1086.
- 5 Graça Á., Nascimento M., Lavado E., Garanhani M. (2013) Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 66(1): 79-83.
- 6 Kelly E., Mulcahey M., Kلاس S., Russell H., Anderson C., Vogel L. (2012) Psychosocial Outcomes Among Youth with Spinal Cord Injury and Their Primary Caregivers...2011 International Conference on Spinal Cord Medicine and Rehabilitation, Washington, DC. *Topics In Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 18(1): 67-72.
- 7 Medeiros M.M.C., Ferraz M.B., Quaresma M., Menezes A.P. (1998) Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do Caregiver Burden Scale. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 38(4): 193-99.
- 8 Middleton J., Simpson G., De Wolf A., Quirk R., Descallar J., Cameron I. (2014) Psychological Distress, Quality of Life, and Burden in Caregivers During Community Reintegration After Spinal Cord Injury. *Archives Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 95(7): 1312-1319.
- 9 Nogueira P., Nasbine Rabeh S., Larcher Caliri M., Spadoti Dantas R., Haas V. (2012) Burden of care and its impact on health-related quality of life of caregivers of individuals with spinal cord injury. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(6): 1048-1056.
- 10 Nogueira P., Nasbine Rabeh S., Larcher Caliri M., Spadoti Dantas R. (2016) Health-Related Quality of Life Among Caregivers of Individuals With Spinal Cord Injury. *Journal Of Neuroscience Nursing*, 48(1): 28-34.
- 11 Noqueira P.C., Rabeh S.A., Caliri M.H., Haas V.J. (2013) Caregivers of individuals with spinal cord injury: caregiver burden. *Revista da Escola de Enfermagem*, 47(3): 607-614.
- 12 Rodakowski J, Skidmore E.R, Rogers J.C, Schulz R (2013) Does social support impact depression in caregivers of adults ageing with spinal cord injuries. *Clinical rehabilitation*, 27(6): 565-575.

*Infermiera presso RSD Cop. San Michele Tirano

SCHEDA NETWORK "HEALTH IN ITALY"



Negli ultimi anni la facilità degli spostamenti internazionali ha spinto milioni di persone ad affrontare un viaggio al di fuori del paese di residenza allo scopo di ricevere assistenza medica. Per Medical Tourism (anche turismo sanitario) si intende qualsiasi viaggio al di fuori del proprio paese di residenza allo scopo di ricevere prestazioni medico/sanitarie, preventivamente concordate, nonché l'insieme delle relative attività di organizzazione di viaggio e di permanenza nel paese estero. Nonostante tale mercato sia in forte espansione a livello globale, anche grazie ai costi decrescenti dei viaggi internazionali, in Italia si avverte la mancanza di un brand di sistema che rappresenti nel mondo il nostro Paese.

Presso la Farnesina, con il supporto del Ministero degli Esteri e del Ministero della Salute, nonché di primarie realtà sanitarie e di investitori, è stato presentato il primo brand di sistema italiano di Medical Tourism, "Health in Italy", nel corso del convegno "Qualità del sistema sanitario italiano, turismo e attrattività dei territori".

L'obiettivo di Health in Italy (www.healthitaly.org), associazione senza fini di lucro, è la promozione dell'intera filiera della salute (ospedali, alimentazione, benessere, stili di vita e strutture alberghiere) aggiungendo quindi l'eccellenza nella sanità alle altre dimensioni per le quali l'Italia è già famosa in tutto il mondo.

La Farnesina supporta lo sviluppo internazionale del sistema Italia e nel settore del Medical Tourism l'Italia può competere ai massimi livelli mondiali. L'Italia si classifica prima al mondo sia per la qualità delle vite secondo il Bloomberg Global Health Index 2017, sia nella classifica dei Siti Unesco. Lo sviluppo dell'Italia come destinazione di Medical Tourism consentirà a regime la creazione di 8.000-10.000 nuovi numerosi posti di lavoro e contribuirà a valorizzare le professioni mediche e sanitarie.

Al riguardo, il ministro degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, Angelino Alfano, ha dichiarato: "L'Italia è per Bloomberg il Paese più sano al mondo e al primo posto per la qualità della vita. E quali sono le ragioni di questo primato se non il vivere all'Italiana, il sistema sanitario, le sane abitudini alimentari, la bellezza storica e paesaggistica da cui siamo circondati? Facendo squadra presentiamo per la prima volta in maniera integrata la qualità del sistema sanitario e la ricchezza culturale e turistica dei nostri territori, uno sforzo di sistema che vede al fianco del Ministero degli Esteri il Dicastero della Salute e quello dei Beni e delle Attività Culturali e del Turismo, le Regioni, l'ENIT e una serie di prestigiose e qualificate strutture sanitarie pubbliche e private. Puntando su questo settore, l'Italia, secondo i più recenti studi, potrebbe registrare un incremento del fatturato della filiera della salute di oltre 5 miliardi di euro l'anno".

Il network Health in Italy include strutture sanitarie e non sanitarie in base a criteri molto selettivi ed esigenti, basati sull'analisi dell'efficacia delle cure (outcome), della qualità e della sicurezza dei pazienti (ispirati agli standard Joint Commission International), e delle capacità di accoglienza di pazienti internazionali (secondo gli standard di hospitality).

Nel network Health in Italy sono finora entrate sia strutture pubbliche che strutture private di alta qualità. Ne fanno parte: l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, la Fondazione Poliambulanza, l'Humanitas Research Hospital, il Policlinico Universitario Campus Bio-medico, il C.O.T. di Messina, il Centro Chirurgico Toscano, l'ISMETT e il Gaslini. Numerose altre strutture hanno fatto richiesta di entrare e sono attualmente in fase di valutazione.



"Buonanotte, madame"

Proponiamo il romanzo del Collega Alessio Biondino (ndr)

Rosa è una signora di 64 anni malata di SLA, Sclerosi Laterale Amiotrofica. Dopo una lunga degenza ospedaliera, arriva finalmente il giorno in cui lei ed i presidi necessari alla sua complessa sopravvivenza (è stata da poco tracheostomizzata, connessa ad un respiratore meccanico ed è anche nutrita artificialmente) vengono trasportati a domicilio dove ad attenderla trova Renato, l'anziano marito, ed Alessio, uno degli infermieri incaricati di assisterla con turni di 12 ore al giorno.

Dopo essersi conosciuti e dopo un fisiologico periodo di adattamento, Alessio e 'madame' Rosa costruiscono un'efficiente relazione d'aiuto ma soprattutto un rapporto umano complicato, divertente, solido... unico.

Lei è una donna forte, capricciosa, ostinata, molto femminile, con un'incontenibile voglia di vivere, di comandare e di resistere. Lui è un infermiere un po' atipico, che produce metafore a non finire e che fa dell'umorismo una parte fondamentale del suo modo di aiutare. Alessio e Rosa vivono insieme momenti difficili, bui. Affrontano situazioni d'urgenza, intoppi meccanici, problemi apparentemente insormontabili, paure e periodi di depressione. Ma raggiungono anche obiettivi all'inizio impensabili, facendo sì che Rosa riconquisti alcune 'terre perdute' come qualche bella fetta di autonomia, di benessere, di autorità e di 'leadership' all'interno della sua famiglia (a discapito di quel santo del marito); e, soprattutto, Alessio e Rosa stanno sempre a ridere. Piangono dal ridere. Nonostante la patologia evolva. Nonostante ci sia bisogno di più ore di assistenza, ma non ci siano i fondi necessari per erogargliela. E nonostante anche le relazioni d'aiuto più lunghe, siano inevitabilmente destinate a finire...

Il libro, presentato anche al TGR di RaiTre (in data 26/12/2014), all'Indignato Speciale del TG5 (in data 30/01/2015) e nel programma "Storie Vere" di RaiUno (da parte di Erminia Manfredi e Paola Severini, in data 7/01/2016), diventa uno dei manifesti a favore dei diritti dei disabili gravissimi e viene recensito positivamente da SuperAibile Inail, Redattore Sociale, IJN (Italian Journal of Nursing), L'Eco di San Gabriele, altri quotidiani locali, riviste e blog.

"Buonanotte, madame è una parte importante di me. È un periodo importante della mia vita, che mi ha fatto crescere molto a livello umano e professionale. È ispirato alla mia reale esperienza di infermiere domiciliare a contatto con malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica, ma soprattutto è ispirato a lei... 'madame' Rosa. Tra i suoi obiettivi c'è quello di accendere un faro sulla vita dei tanti malati gravi 'parcheeggiati' a domicilio senza un'assistenza socio-sanitaria adeguata e sulle condizioni lavorative dei professionisti impegnati nell'assistenza territoriale; ennesima realtà poco funzionante di una Sanità sempre più in crisi".

Alessio Biondino

Cenni biografici di Alessio Biondino

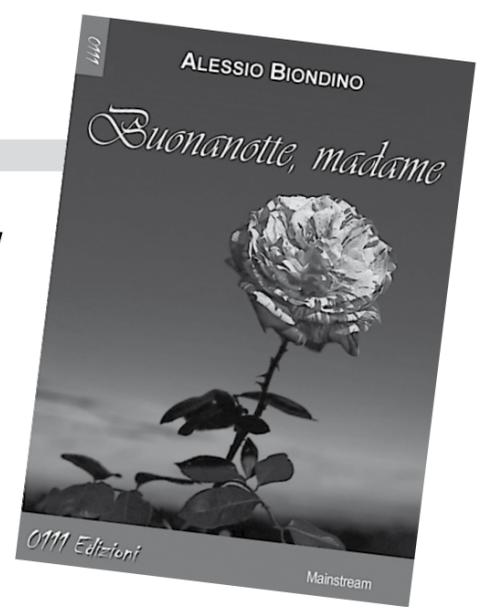
Alessio Biondino nasce a Roma nel 1978. Ama scrivere e raccontare sin da piccolo, ma non ci fa molto caso. Conseguisce la maturità scientifica nel 1997 e, non avendo le idee chiare su come proseguire gli studi, parte per il servizio militare. Al suo ritorno, lavora come Assistente Domiciliare di persone disabili e di anziani non autosufficienti per un lungo periodo di tempo. Esperienza, questa, che lo porta a sviluppare una grande passione per le professioni "di aiuto". Si laurea con lode in infermieristica nel 2010, dopo di che

ha diverse esperienze lavorative come infermiere presso cliniche private convenzionate e in assistenza domiciliare a pazienti complessi. Nel 2013 mette alla prova la sua voglia di scrivere e pubblica, insieme a una collega infermiera, poi diventata sua moglie, un manuale informativo dal titolo "Assistenza respiratoria domiciliare - Il paziente adulto tracheostomizzato in ventilazione meccanica a lungo termine" (ed. Universitalia), con l'obiettivo di aiutare i caregiver e gli operatori sanitari nella gestione territoriale dei pazienti ad alta intensità assistenziale.

Nell'ottobre 2014 pubblica il suo primo romanzo dal titolo "Buonanotte, madame" (Ed. 0111), basato su un reale percorso assistenziale vissuto insieme a una paziente malata

di SLA.

A marzo 2016 inizia una collaborazione, come autore, presso «Nurse Times», giornale di informazione infermieristica. Scrive per la testata più di 500 pezzi, di varia natura: articoli scientifici, di cronaca, di denuncia, di attualità, salute, interviste e storie vere. Grazie ad alcuni dei suoi scritti, ottiene un'altra intervista all'Indignato Speciale del TG5 (andato in onda il 19/04/2016), in cui denuncia l'insostenibile situazione assistenziale dei disabili gravissimi assistiti a domicilio; una per "Presa Diretta", programma di RaiTre (andato in onda il 30/01/2017) e una per TV7, lo speciale del TG1 (andato in onda il 10/03/2017), in cui racconta della penuria di concorsi pubblici e di alcune particolari



formule lavorative a cui sono costretti molti professionisti italiani. Altresì, è più volte ospite del programma radiofonico "Roma ogni giorno", in onda quotidianamente sulle frequenze di Radio Roma Capitale e condotto da Francesco Vergovich, in cui esprime la sua opinione su vicende e temi sanitari. Tuttora lavora come infermiere nel territorio di Roma e continua a scrivere.



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

Corso Residenziale

"DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI QUALITÀ"

PROVIDER ECM COLLEGIO IP.AS.VI VARESE N.1067

ASSEGNATI N. 4 CREDITI ECM

SABATO 25 NOVEMBRE 2017 1° EDIZIONE

LUNEDÌ 27 NOVEMBRE 2017 2° EDIZIONE

SONDRIO, AULA MAGNA (ASST VALTELLINA E ALTO LARIO)

ID evento: 1067- 200364

INTRODUZIONE

L'infermiere agisce sempre di più in un mutevole scenario sociale dove la digitalizzazione e la comunicazione, che sono parti costitutive della stessa società, hanno accelerato, come mai accaduto prima d'ora, il cambiamento.

La capacità di rispondere ai nuovi bisogni di salute, manifestati da persone assistite sempre più informate e impegnate in modo attivo nella presa in carico delle decisioni che riguardano la propria salute, è la nuova sfida per la professione infermieristica.

In tutto ciò ogni singolo professionista dove può ricercare le prove di efficacia più aggiornate per valutare se il suo operato è valido ed attuale?

Il corso vuole introdurre le principali variabili inerenti la web society tra cui l'uso delle APP, i social network come giusta fonte di informazione per poi passare alla trattazione dell'*Evidence Based Nursing* (EBN) ed infine arrivare alle fondamentali fonti di letteratura scientifica per effettuare una ricerca bibliografica inerente un quesito clinico.

OBIETTIVO FORMATIVO N. 2 "Linee guida-Protocolli-Procedure"

PROGRAMMA 25.11.17

08.30-09.00	Registrazione partecipanti.
09.00-09.30	L'assistenza infermieristica nella web society.
09.30-10.15	L'utilizzo della ricerca nella pratica professionale infermieristica: il nesso con il "fenomeno Evidence".
10.15-10.30	PAUSA
10.30-11.00	Dove e come cercare informazioni utili per l'assistenza infermieristica (fonti, motori di ricerca e gestione banche dati infermieristiche).
11.00-11.30	Dalla ricerca bibliografica alla revisione della letteratura
11.30-11.45	PAUSA - ASSEMBLEA IPASVI PER ELEZIONI
11.45-12.00	Pubmed/Medline (descrizione e utilizzo con esempi)
12.00-12.45	SBBL ed accenni ad altre fonti (descrizione e utilizzo con esempi)
12.45-13.00	questionari ECM

PROGRAMMA 27.11.17

08.30-09.00	Registrazione partecipanti.
09.00-09.30	L'assistenza infermieristica nella web society.
09.30-10.15	L'utilizzo della ricerca nella pratica professionale infermieristica: il nesso con il "fenomeno Evidence".
10.15-10.30	PAUSA
10.30-11.00	Dove e come cercare informazioni utili per l'assistenza infermieristica (fonti, motori di ricerca e gestione banche dati infermieristiche).
11.00-11.30	Dalla ricerca bibliografica alla revisione della letteratura
11.30-11.45	PAUSA
11.45-12.00	Pubmed/Medline (descrizione e utilizzo con esempi)
12.00-12.45	SBBL ed accenni ad altre fonti (descrizione e utilizzo con esempi)
12.45-13.00	questionari ECM

Rinnovo cariche triennio 2018/2020

Gentile collega, il Consiglio Direttivo nella seduta del 28/09/2017 ha deliberato di convocare l'Assemblea elettiva riguardante il rinnovo delle cariche per il triennio 2018/2020 secondo le seguenti modalità:
Prima convocazione: sabato 18 novembre 2017: ore 18.³⁰ Assemblea. Votazioni dalle ore 19.⁰⁰ alle ore 20.⁰⁰; domenica 19 novembre 2017 votazioni dalle ore 19.⁰⁰ alle ore 20.⁰⁰; lunedì 20 novembre 2017 votazioni dalle ore 19.⁰⁰ alle ore 20.⁰⁰.

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

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

Qualora nella prima convocazione non si raggiungesse il numero legale (1/3 degli iscritti aventi diritto di voto) è prevista una **seconda convocazione** nelle seguenti date, sedi ed orari, senza ulteriore avviso oltre il presente (numero legale 1/10 degli iscritti aventi diritto di voto).

E Data, ora e luogo dell'as-



semblea: Sabato 25 novembre 2017, ore 11.30 presso l'Aula Magna dell'ASST Valtellina ed Alto Lario, Presidio di Sondrio, Via Stelvio n. 25.

E Date, ora e luogo delle votazioni: Biblioteca ASST Valtellina

ed Alto Lario, Presidio di Sondrio, Via Stelvio n. 25:

• **Sabato 25 novembre 2017** dalle ore 12.⁰⁰ alle ore 18.⁰⁰;

• **Domenica 26 novembre 2017** dalle ore 9.⁰⁰ alle ore 18.⁰⁰;

• **Lunedì 27 novembre 2017** dalle ore 9.⁰⁰ alle ore 16.⁰⁰.

Si ricorda altresì agli iscritti che:

- sono eleggibili tutti gli iscritti agli albi IPASVI;
- non è ammessa la delega per l'elezione del consiglio;
- sono esclusi dall'elettorato attivo i sospesi dall'esercizio professionale nel periodo coincidente con le operazioni elettorali;
- il professionista sospeso dall'albo nei giorni dedicati alle operazioni di voto conserva il diritto ad essere eletto (elettorato passivo);
- al momento della votazione bisogna essere muniti di un valido documento di identità in corso di validità;
- si ha la facoltà di indicare sulla scheda elettorale anche un numero inferiore di preferenze a quello previsto dalla normativa;
- si deve verificare la sussistenza di eventuali omonimie e, in caso positivo, di rendere il voto inequivoco, onde evitare l'annullamento della scheda. Per questo motivo in sala sarà disponibile per la consultazione copia aggiornata dell'albo professionale;
- non sussiste nessuna causa di ineleggibilità o incompatibilità per le elezioni alle cariche ordinarie;
- entro trenta giorni dalla proclamazione dei risultati delle elezioni ogni iscritto dell'Albo può proporre ricorso avverso la validità delle operazioni elettorali alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, che decide nel termine di sei mesi (art. 21 del DPR 221/50 – art. 3, comma 4 Legge 241/90);

Nelle giornate di sabato 25 (I ediz.) e lunedì 27 novembre 2017 (II ediz.) si terrà presso l'ASST Valtellina ed Alto Lario, presidio di Sondrio, Aula Magna, l'evento formativo "Dalla letteratura scientifica all'assistenza infermieristica di qualità", relatore Inf. Dott. Paolo CONTESTABILE.

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

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

Il Consiglio Direttivo uscente,

PRESIDENTE

Inf. Dott. Tonino TRINCA COLONEL,

VICEPRESIDENTE

Inf. Coord. Marisa BORDONI,

SEGRETARIO

Inf. Ped. Marisa AMBROSINI,

TESORIERE

Inf. Elena VALLI,

CONSIGLIERE

Inf. Dott. Lara CIAPONI,

Inf. Dott. Arianna FIORELLI,

Inf. Cristiana FRANZINI,

Inf. Dott. Alessandro FUMASONI,

Inf. Debora GIUGNI,

Inf. Cesare MEVIO,

Inf. Dott. Laura MOSTACCHI,

Inf. Dott. Monica Rita NONINI,

Inf. Coord. Ercole Andrea PIANI,

Inf. Dott. Antonietta QUETTI

ed il Collegio dei Revisori dei Conti uscente

MEMBRO EFF.

Inf. Coord. Giancarlo BOTTA',

Inf. Lucia NEGRI,

Inf. Coord. Gisella TRIDELLA

MEMBRO SUPPL.

Inf. Cinzia DI CARA

porgono a tutti gli iscritti cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

f.to Inf. Dott. Tonino TRINCA COLONEL

Metodologia didattica: Lezione frontale - Analisi e discussione di casi e problemi - Confronto/dibattito

Valutazione del corso: Questionario di gradimento e Questionario di apprendimento

DESTINATARI: infermieri – infermieri pediatrici – assistenti sanitari

Relatore: Dr. Contestabile Davide, Infermiere tutor presso Corso di Laurea in Infermieristica, ASST Valtellina e Alto Lario

Responsabile scientifico: Inf.Dott. Tonino TRINCA COLONEL, Presidente IPASVI Sondrio

INFORMAZIONI GENERALI:

- **POSTI DISPONIBILI: n.99 per gli iscritti ai collegi IPASVI** in regola con la quota d'iscrizione ANNUALE
- La partecipazione **E' GRATUITA**
- L'iscrizione dovrà avvenire attraverso contatto telefonico con la segreteria organizzativa telefonando al numero 0342/218427 **da giovedì 2 novembre 2017 h. 14.30**, fino a completamento dei posti disponibili.
- **La scheda d'iscrizione dovrà essere inviata a mezzo fax n.0342/517182 o e-mail info@ipasviso.org entro tre giorni dalla prenotazione, pena la cancellazione della stessa.**
- L'attestato di partecipazione con i relativi crediti ECM sarà rilasciato a tutti coloro che parteciperanno almeno al 90% delle ore previste dall'evento

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Richiedo l'iscrizione al seguente corso RESIDENZIALE:

"DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA ALL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI QUALITÀ"

SONDRIO,

25 novembre 2017 1° Edizione

27 novembre 2017 2° Edizione

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Profilo professionale: _____

Residenza _____

via _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail: _____

Posta Elettronica Certificata _____

In servizio presso (sede/Unità Operativa) _____

Dichiaro: di essere Iscritto/a all'Albo **IPASVI della Provincia di SONDRIO ed ESSERE IN REGOLA**

CON LA QUOTA ANNUALE

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

DATA __/__/2017

FIRMA

ASSEMBLEA ELETTIVA

Rinnovo cariche triennio 2018/2020



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



Patrizia ALMASI
Diploma di Infermiere nel 1982, iscritta all'albo dal 1982. Lavora come libero professionista presso proprio ambulatorio infermieristico. Specializzazioni: Corso di perfezionamento in Wound-care (A.A. 1998-1999).



Marisa AMBROSINI
Diploma di Infermiera Pediatrica nel 1976, iscritta all'albo dal 1984. Ha lavorato presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Sondrio (Patologia Neonatale) ora in quiescenza dal 2016.



Giancarlo BOTTA'
Diploma di Infermiere nel 1981, iscritto all'albo dal 1983. Abilitato a Funzioni Direttive. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Morbegno (Polikliambulatori)



Bruno COMETTI
Diploma di Infermiere nel 1990, iscritto all'albo dal 1990. Abilitato a Funzioni Direttive: Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Sondalo (Medicina generale) Specializzazioni: Master in Scienze Infermieristiche di terapia intensiva - Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie.



Cinzia DI CARA
Laurea in Infermieristica nel 2013, iscritta all'albo dal 2013. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario Distretto territoriale Bormio-Tirano.



Annamaria CATTANEO
Diploma di Infermiera nel 1993, iscritto all'albo dal 1993. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Chiavenna.



Claudia FACCHETTI
Laurea di Infermiera pediatrica nel 2016, iscritto all'albo dal 2016. Lavora presso ospedale dei bambini Vittore Buzzi Milano.



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



Giuseppe FRANZINI
Diploma di Infermiere nel 1986, iscritto all'albo dal 1986. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Sondalo (anestesia e rianimazione). Specializzazioni: Master in diritto del lavoro e contrattuale.



Michele GAGGINI
Laurea in Infermieristica nel 2014, iscritto all'albo dal 2014. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Sondrio (P.O.)



Romina LORETI
Diploma di Infermiere nel 1992, iscritto all'albo dal 1992. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Morbegno. Specializzazione: Master in funzione di coordinamento - Master infermiere legale forense e gestione rischio clinico.



Cesare MEVIO
Diploma di Infermiere nel 1990, iscritto all'albo dal 1990. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Sondalo (Blocco Operatorio)



Laura MOSTACCHI
Diploma di Infermiere nel 1993, iscritta all'albo dal 2012. Master in Infermieristica legale -forense e gestione rischio clinico, Master in Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario (Urologia)



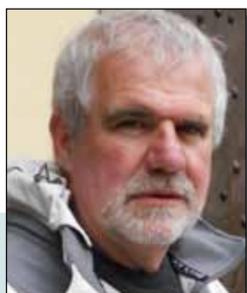
Francesca NANI
Diploma di Infermiere nel 1997, iscritta all'albo dal 1997. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario -presidio di Sondrio (Pediatrica). Specializzazioni: Master in Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie.



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



Anna PAROLI
Laurea in Infermieristica nel 2016, iscritta all'albo dal 2016. Lavora presso RSD Cooperativa S. Michele (Tirano)



Ercole Andrea PIANI
Diploma di Infermiere nel 1978 iscritto all'albo dal 1987. Abilitato a Funzioni Direttive. Professore a contratto Università Milano-Bicocca - Giornalista pubblicista.



Monica RIPAMONTI
Laurea in Infermieristica nel 2002, iscritta all'albo dal 2007. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Sondrio (Geriatría/RRF/ Oncologia degenza)



Bruno ROBUSTELLI TEST
Diploma di Infermiere nel 1989, iscritto all'albo dal 1989. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Sondalo (Riabilitazione pneumologica)



Gabriele TAM
Laurea in Infermieristica nel 2010, iscritto all'albo dal 2010. Lavora presso ASST Valtellina e Alto Lario - presidio di Chiavenna (Medicina Generale -RGG)



Elena VALLI
Diploma di Infermiera nel 1990 iscritta all'albo dal 1990 Lavora presso Centro Sanitario Valposchiavo - Ospedale San Sisto