

progetto INFERMIERE

ANNO 2010 • N. 2

Tariffa Associazioni senza fini di lucro - Poste Italiane S.p.A

Spedizione in abbonamento postale D. L. 335/2003 conv. in L. 27/02/2004 n. 46 art. 1 comma 2 - DBC Genova
In caso di mancato recapito restituire a: Collegio IPASVI - Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4° piano - 16129 GENOVA



focus su

***La relazione infermiere-paziente
nell'erogazione del servizio di cura***

***L'approccio ecologico sociale
ai problemi correlati all'uso
delle sostanze psicoattive***

"Premio Rosetta Caldirola"



Collegio di Genova
www.genova.ipasvi.it

Direttore Responsabile
Carmelo Gagliano

Vice Direttore
Marisa De Paoli

In Redazione
Edoardo Araldo, Marcello Del Papa,
Cinzia Lanzone, Donatella Passalacqua,
Paola Profumo, Diego Snaidero,
Stefano Chiesa, Salvatore Ruggiero,
Fiorenza Antonio, Porcu M.Assunta,
Pellissery Irene, Tibaldi Laura.

Impaginazione e stampa
Ennegi s.a.s. - Genova

Redazione e Ufficio stampa
Via SS. Giacomo e Filippo 19/7
4° piano
Tel. 010.590611
Fax 010.591298
www.genova.ipasvi.it
e-mail: ipasvige@genova.ipasvi.it

**La riproduzione e la stampa,
anche parziale di articoli
e immagini del giornale, sono
formalmente vietate
senza la debita autorizzazione
dell'editore.**

Registrazione Tribunale di Genova
n. 42/91 del 3/12/1991

Hanno collaborato a questo numero:
Massimiliano Rossi,
Donatina Di Martino, Marisa Signorini,
Enzo Croci, Antonio Fiorenza,
Giorgio Schiappacasse,
Marina Gaggero, Carmelo Gagliano.



Collegio di Genova

sommario

3 L'editoriale

**5 La relazione infermiere-paziente
nell'erogazione del servizio di cura**

9 Bilancio consuntivo anno 2009

**13 12 Maggio 2010
Giornata Internazionale dell'Infermiere**

16 La sindrome da ospedalizzazione

18 Notizie in breve

24 "Premio Rosetta Caldirola"

26 Carta Europea sull'alcool

**27 L'approccio ecologico sociale
ai problemi correlati all'uso
delle sostanze psicoattive**

31 Recensione

l'editoriale

di Carmelo Gagliano

Cari Colleghi,
è un piacere raggiungere con questo editoriale ciascuno di voi. Ci avviamo alla conclusione di un anno ancora faticoso per noi professionisti della sanità. Molte sono le cause e le motivazioni che ci fanno essere preoccupati:

- ✓ la scelta di allocare risorse economiche secondo criteri e logiche che poco valorizzano i bisogni di salute della cittadinanza;
- ✓ le proposte legislative che vogliono migliorare la qualità della sanità rendendo difficile la vita ai professionisti che vi lavorano; vedi il mancato rinnovo contrattuale, la difficoltà a usufruire del part-time, etc..
- ✓ il blocco delle assunzioni e l'allungamento della vita lavorativa "forzata" anche per coloro i quali hanno maturato i requisiti per il conseguimento della pensione
- ✓ la debolezza di una programmazione politica regionale che fatica a determinarsi nelle scelte operate

Sempre, ogni giorno sentiamo alzarsi voci imperiose che denunciano i mali della sanità...ma queste urla non rappresentano, anzi coprono, l'importante lavoro svolto da una foresta silenziosa di migliaia di Infermieri che lavorano, assistono, compensano le carenze, il lavoro altrui e le falle organizzative solo per alto senso di responsabilità. A molti sfugge questa capacità di compensazione, ma non a noi. Allora è doveroso darne atto e dirvi GRAZIE. Un doveroso ringraziamento, perché in tutte le situazioni di criticità (solitudine, emergenza estiva, emergenze atmosferiche, carenze di risorse..) noi INFERMIERI ci siamo sempre e sempre accanto a chi ha bisogno di noi.

Non vogliamo autoreferenziarci, ma prendere atto che il reale riconoscimento dell'impegno che stiamo mettendo in questa sanità che cambia, lo riceviamo solo dai cittadini e a questi dobbiamo volgere

sempre il nostro pensiero e le nostre azioni il più qualificate possibili.

Tentando di fare una sintesi del servizio svolto in questo anno, di seguito ho voluto descrivere i principi ambiti del nostro impegno e le attività compiute nel rispetto dell'impegno programmatico che ci siamo prefissati come Consiglio Direttivo per offrire risposte concrete alle istanze che i colleghi ci rivolgono nei diversi campi e attività del nostro agire professionale.

Siamo riusciti a concretizzare l'avvio sperimentale e, se risconterà il vostro favore lo proseguiremo, di un corso di formazione FAD con 10 crediti ECM. Il sistema nazionale della formazione ECM prevede sostanziali cambiamenti per l'anno 2011 e come Collegio IPASVI di Genova saremo presenti tra i Provider, cioè coloro che erogheranno i corsi a favore dei propri iscritti, compresa la modalità on-line. Questa verrà realizzata attraverso il contributo e la valorizzazione delle competenze e capacità dei nostri colleghi genovesi, come da sempre stiamo cercando di fare dando loro visibilità e spazio nei nostri momenti di aggiornamento.

In tal senso si colloca la proposta di istituire una Fondazione per la formazione continua ECM con l'Ordine dei Farmacisti e l'Ordine dei Medici. Il 6 dicembre u.s. abbiamo fatto un incontro presso la sede dell'Ordine dei Medici per pianificare un percorso che dovrà concludersi con la creazione di una fondazione, che unisce e valorizza le competenze reciproche per la creazione di momenti formativi accreditati ECM a partecipazione mista tra infermieri, medici e farmacisti.

Tra i numerosi servizi a favore dei colleghi, mi preme ricordare l'attività svolta dallo Sportello di Ascolto: è una bella realtà molto apprezzata da chi ne sperimenta il valore e l'importanza. E' un momento "personale" che vogliamo dedicare a ciascuno di noi perché ci si fermi un attimo e insieme poter fare il punto del nostro "essere infermiere e persona". Cresce sempre più il numero dei

colleghi che accedono a questa opportunità e vi ricordo che basta prendere contatti con gli uffici di segreteria per conoscere le modalità di funzionamento.

Un altro traguardo importante raggiunto in questo anno che volge al termine, è stato l'avvio del Corso di formazione per stranieri. E' una bella realtà, un progetto coordinato e sotto la responsabilità di Graziella Congiu che ringraziamo per la caparbia con la quale vi si è dedicata. L'obiettivo è duplice: da una parte accogliere i colleghi stranieri all'interno della comunità professionale e dall'altra presentare loro un percorso di formazione sugli argomenti oggetto dell'esame di iscrizione all'albo professionale, che diventa per loro essenziale al fine di poter esercitare la professione a Genova. La prima edizione ha visto la partecipazione di 12 colleghi di diversa nazionalità che i docenti hanno molto aiutato, attraverso le loro lezioni, a prendere consapevolezza dell'organizzazione, della normativa e delle abilità e competenze che risultano necessarie per il corretto esercizio professionale in Italia. Inoltre siamo già pronti a far partire un nuovo corso a febbraio perché molte sono le richieste in tal senso; anzi, se veniste contattati da colleghi stranieri in merito, indirizzate pure presso gli uffici della nostra segreteria.

Il 1° dicembre abbiamo, com'è consuetudine, ricordato la collega Rosetta Caldirola con una serata davvero emozionante alla presenza di autorità e di numerosi colleghi: sono stati prima ascoltati e poi premiati i partecipanti al concorso per l'assegnazione del premio, come meglio dettagliato nell'articolo che troverete all'interno di questa rivista.

Sta prendendo forma e si sta concretizzando anche il gruppo di lavoro denominato Osservatorio regionale delle professioni. Si tratta del gruppo di lavoro regionale che raggruppa tutte le professioni socio-sanitarie e tra i suoi obiettivi ha quello di concorrere alla realizzazione del piano socio-sanitario regionale. In tal senso e grazie al prezioso contributo della collega Vittoria De Astise, siamo giunti anche all'avvio dei lavori della cosiddetta "Filiera assistenziale", l'indagine che prevederà la rilevazione del carico assistenziale in alcuni reparti di area medica, chirurgica e specialità per un totale di circa 1550 posti letto. Nel mese di Gennaio 2011 alcuni colleghi formati a tale scopo, rileveranno per sette giorni

all'interno di un periodo di sette settimane, la complessità assistenziale dei ricoverati nei reparti sperimentali e al termine si definirà una mappatura del fabbisogno di personale infermieristico e O.S.S. a livello regionale. E' questo il primo lavoro che si compie in tal senso e che ci consentirà di disporre di informazioni uniche e omogenee per tutta la regione.

Un impegno invece assunto come Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI, riguarda la partecipazione in seno alla Commissione regionale che dovrà indire la gara unica per la distribuzione delle divise al personale sanitario. Finalmente avremo la possibilità di rappresentare gli Infermieri e contribuire alla definizione delle caratteristiche (stile, qualità del tessuto, colore e altro) delle divise del personale infermieristico e sanitario in genere, con lo scopo precipuo di favorire una precisa identità professionale e una omogeneità su tutto il territorio ligure.

In ultimo facciamo il primo annuncio del Congresso del Progetto Rete che quest'anno è stato calendarizzato nel mese di marzo 2011 e ci aiuterà a riflettere, anticipandolo, sulle prospettive che il piano sanitario nazionale del futuro vuole definire attorno alla de-ospedalizzazione e territorializzazione delle cure sanitarie e assistenziali. Numerosi saranno gli interventi e colgo l'occasione per un ringraziamento particolare a tutti i componenti il Progetto Rete per la costanza, l'impegno e il prezioso lavoro che svolgono.

Concludo questa carrellata e piacevole conversazione per ringraziare tutti voi, colleghi. E' un ringraziamento sentito, perché la "foresta silenziosa" che cresce ogni giorno e ogni giorno garantisce ai cittadini l'assistenza necessaria, è la bella realtà che mi fa essere orgoglioso e onorato di poter scrivere queste righe e indirizzarle a voi. A nome mio personale e di tutto il Consiglio Direttivo, vogliate accogliere tanti Auguri di Buon Natale, Buone feste e che davvero i giorni a venire siano frutto di bene per ognuno di Voi, dei Vostri figli e dei Vostri Cari.

Con affetto

La relazione infermiere-paziente nell'erogazione del servizio di cura

*Massimiliano Rossi infermiere cure domiciliari distretto 9 asl3 genovese
laureato in scienze politiche - issorim@tiscali.it*

Il nucleo fondamentale della professione infermieristica consiste nel *prendersi cura* della persona, nella salute e nella malattia. Questa nozione del prendersi cura, (to care), bene evidenzia la natura olistica della relazione infermiere-paziente e ne sottolinea la diversità con gli approcci, più specialistici, che normalmente seguono altre categorie di *health care professionals*. Con la natura olistica della relazione terapeutica, si individuano come validi tutti i bisogni dell'individuo malato, e non solo i suoi sintomi. In termini generali, la relazione infermiere-paziente, si inserisce nella sfera dell'erogazione di servizi alla persona. Da questo ne consegue, che non vi può essere una precisa separazione tra il *momento della produzione* e il *momento della fruizione* come avviene nel comune mercato di produzione e vendita di beni, ma si entra piuttosto nell'ambito della co-produzione. L'economista **Stefano Zamagni** in *Economia ed etica*, riconduce i servizi alla persona nell'ambito della categoria dei *beni relazionali*. I beni relazionali sono una terza categoria di beni, oltre a quelli privati e pubblici, con una caratteristica precisa. L'utilità che conferiscono a chi li consuma dipende dalla specifica relazione che si stabilisce tra chi fornisce e chi consuma. In altre parole, nel bene relazionale, il modo in cui viene fornito e il modo in cui viene consumato contano ai fini della creazione d'utilità. Non è così nei beni privati, la cui utilità è intrinseca. Nel servizio alla persona fa differenza che si presti aiuto ad un handicappato con il sorriso oppure no. Il servizio, infatti, non è determinato solo dal gesto tecnico, ma dipende anche

dalla circostanza che mentre si fornisce assistenza, lo si faccia con il sorriso o con la faccia imbronciata. Ed è palese che il soggetto interessato trarrà un'utilità diversa a seconda delle circostanze. Vediamo brevemente quali sono le caratteristiche che differenziano i servizi dai beni comuni. Rispetto al bene, che è concreto, il servizio è immateriale. Da questo ne consegue



che i servizi, a differenza dei beni, non possono essere immagazzinati, possono essere venduti senza che vi sia un effettivo trasferimento di proprietà. Normalmente il bene concreto può essere mostrato prima della vendita, cosa che invece non avviene per il servizio. Nel caso del bene, il *momento della produzione* precede il *momento della fruizione*. Per quanto riguarda il servizio, solitamente, produzione e consumo avvengono contemporaneamente, non solo, nell'ambito dei beni, produzione, vendita e consumo possono avvenire, e normalmente avvengono, in luoghi diversi. Nella sfera dei servizi, produzione, consumo e vendita avvengono nello stesso luogo. Inoltre, il bene può essere trasportato, mentre il servizio non può essere spostato, ma in genere, sono i produttori, vale a dire gli erogatori del servizio che si muovono. Focalizziamo ora l'attenzione sulla caratteristica che ci interessa maggiormente. Se, per quanto riguarda il bene, è solo il venditore che produce, nel caso del servizio l'acquirente-cliente prende parte direttamente alla produzione ed è quasi sempre necessario un contatto diretto tra azienda e cliente. E' questo il significato di co-produzione. La conseguenza di questo è che la relazione infermiere-paziente è un'azione sociale co-prodotta da erogatore e fruitore del servizio. A tal proposito **Hughes**(1971) e **Stacey**(1988) parlano di *human service work* e di *people work*, per sottolineare l'importanza del lavoro svolto dal paziente durante l'erogazione del servizio di cura. **Strauss** in *Social organization of medical work*, pone l'accento sul ruolo attivo dei pazienti nelle relazioni di cura. Lo stesso PNLG (Piano Nazionale per le linee guida) 2005-2008 dell'Istituto superiore di sanità, evidenzia come sia ormai strettamente necessario stimolare un comportamento attivo dei pazienti nell'ambito dell'erogazione dei servizi sanitari "per superare definitivamente il modello paternalistico in medicina".

Nell'approccio di **Strauss**, vengono riconosciute tre tipologie di lavoro del paziente:

1. Lavoro esplicito ed implicito,
2. Lavoro visibile ed invisibile,
3. Lavoro legittimo e illegittimo.

Il lavoro esplicito, è ad esempio, l'operazione di controllo della regolarità del flusso della soluzione, che svolge il paziente sottoposto

a fleboclisi, ed è un lavoro che l'infermiere si aspetta che venga svolto. Il lavoro implicito è quello legato ai normali atti della vita quotidiana, vale a dire spogliarsi, vestirsi, alimentarsi ecc... Il lavoro può essere visibile o invisibile, a seconda che venga riconosciuto o meno dal personale sanitario. Esempio di lavoro illegittimo è il paziente che non assume i farmaci prescritti, ma li getta via. Questi *lavori*, hanno ovviamente grosse ripercussioni sulla relazione infermiere-paziente, che non può essere vista solamente come semplice rapporto professionale assistente-assistito, ma richiede gioco forza l'impiego di altre energie e l'investimento di emozioni e sentimenti. A questo proposito torna nuovamente utile la nozione di bene relazionale nel caso di servizi alla persona. Una relazione infermiere-paziente priva di ogni coinvolgimento emotivo, ha scarse possibilità di essere efficace, nonostante certe correnti di pensiero scienziata (positivista) sostengano il contrario.

Oltre alle finalità educative e terapeutiche, la relazione infermiere-paziente deve valorizzare il lavoro di quest'ultimo, essendo l'erogazione del servizio un'azione co-prodotta. Fondamentale per la buona riuscita della relazione d'aiuto è la comunicazione. Vasta è ormai la letteratura in cui si evidenzia il forte legame tra qualità comunicazione tra operatore-utente e gli esiti di salute del paziente (**Bensing, Verhaak** 2004).

La comunicazione è definita come un processo che interessa più attori sociali in una concatenazione di situazioni, e che primariamente si basa sull'interazione e relazione tra gli interlocutori, considerati come soggetti attivi, in cui vi sia un certo livello di consapevolezza e intenzionalità del soggetto emittente.

La comunicazione è, quindi, un processo di trasmissione di dati tra un'*emittente* e un *ricevente*. Il rapporto tra emittente e



ricevente è continuo. Il ricevente, infatti, invia messaggi di risposta all'emittente attraverso il *feed-back*, il segnale di ritorno che permette di capire se il processo di comunicazione è arrivato a destinazione e ne consente la previsione degli sviluppi. La comunicazione interpersonale è espressa attraverso due modalità. Comunicazione verbale, vale a dire, la parola detta o scritta, e la comunicazione non verbale, che riguarda, oltre che i segnali vocali anche atteggiamenti e mimica del corpo, in particolare lo sguardo.

Come si diceva prima, la relazione infermiere-paziente ha bisogno del coinvolgimento attivo dei soggetti, con l'obiettivo di individuare e sviluppare le risorse che ognuno può mettere in campo. Queste risorse devono essere indirizzate alla conservazione o al ristabilimento dello stato di salute. La società attuale presenta un imponente aumento dei casi di malattia cronica, rispetto ai casi di malattia acuta. Nell'erogazione del servizio di cura, si è passati dal concetto di *compliance* (quanto il comportamento di un soggetto coincide con le raccomandazioni del personale sanitario) a quello di "*aderenza*", vale a dire, il coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente.

Il paziente deve quindi collaborare alla *produzione* del servizio di cura. Per questo ultimamente si parla di *self-management* specialmente per quanto riguarda le patologie croniche quali il diabete, l'ipertensione ecc...

Un altro aspetto importante, riguardo la relazione terapeutica tra infermiere e paziente, è quello inerente il supporto sociale. Diversi autori, tra cui **Schwarzer, Knoll, Rieckmann**, hanno focalizzato la loro attenzione su come i rapporti sociali influenzino in maniera significativa la salute. In letteratura i evidenziano tre componenti dei legami sociali che provocano benefici effetti sulla salute:

- La rete sociale. Vale a dire, la rete di relazioni che vede il paziente come suo nucleo centrale.
- L'interpretazione sociale. In pratica l'effettiva presenza e il numero di relazioni sociali.
- Il sostegno sociale. Cioè la qualità delle relazioni sociali in grado di infondere sicurezza nel paziente. Il sostegno sociale

è sempre fornito consapevolmente, con l'intenzione di aiutare chi lo riceve.

Esistono studi epidemiologici che dimostrano una correlazione tra mancato supporto sociale e morbidità/mortalità. Gli individui socialmente isolati presentano un rischio maggiore riguardo o sviluppo di numerose patologie quali cancro, infezione da HIV, accidenti cardiovascolari. Abbiamo visto quindi che al centro della relazione infermiere-paziente non c'è solo la malattia, ma la persona nella sua interezza, il cui stato di salute va ristabilito o stabilizzato. L'infermiere non è la sola parte attiva, lo è anche il paziente, che collabora ed entra in interazione con l'erogatore delle cure. Questa caratteristica di relazione interpersonale, tra erogatore e fruitore del servizio, qualifica la professione infermieristica, e la rende differente dalle altre professioni d'aiuto. Nella professione infermieristica è centrale il concetto di relazione d'aiuto, che ne contraddistingue le modalità di assistenza. La relazione d'aiuto è così schematizzabile:

Obiettivi:

- aiutare, assistere, prendersi cura.

Caratteristiche:

- espressione di dedizione, interesse.
- Possesso di conoscenze e di competenze adeguate.
- Rispetto per l'integrità di chi riceve l'assistenza.

Condizioni:

- Riconoscimento che l'altro è separato da sé.
- Rispetto per la persona e per le sue scelte, azioni, valori.
- Identificazione di un bisogno assistenziale e attuazione di un intervento finalizzato a dare una risposta e a migliorare, se possibile la situazione.

Tratto da: "Comunicare con il paziente", M. Sommaruga, Carocci, 2005, Roma

La relazione d'aiuto pianificata, ha come principio fondante, il convincimento che una corretta relazione infermiere-paziente è imprescindibile per l'applicazione terapeutica del programma assistenziale. Si riconoscono più momenti nella relazione d'aiuto:

- Accoglienza. E' la fase introduttiva della relazione, e probabilmente la più delicata. Si tratta di gettare le basi per la futura relazione terapeutica. Come dice

Normann, è uno dei momenti *della verità*. Durante l'accoglienza il paziente avverte se è considerato o svalutato. Il clima generale, il comportamento dell'operatore, le stesse caratteristiche fisiche dell'edificio in cui si fa accoglienza, determinano le basi per una possibile relazione costruttiva. Se è vero che il paziente comincia a farsi un'idea del tipo di servizio erogato, per l'infermiere è l'occasione per iniziare a raccogliere i dati utili alla pianificazione assistenziale. In questa fase della relazione si ha una verifica di quanta fiducia ognuno possa riporre nell'altro.

- **Il momento operativo.** E' il nucleo centrale della relazione infermiere-paziente. Dopo avere evidenziato i problemi, si pianificano gli obiettivi e le modalità di erogazione del servizio. In questo momento il paziente esprime le proprie idee, formula suoi giudizi ed inizia a collaborare. L'infermiere deve avere una comunicazione efficace, deve verificare la correttezza della raccolta dati e accertarsi che le indicazioni date al paziente o ai familiari siano state recepite. Qui la figura dell'infermiere è il punto di riferimento del paziente e anche l'intermediario con le altre figure professionali ed i famigliari dell'utente, i quali con una corretta collaborazione, possono agevolare il programma assistenziale. Questo è fondamentale nella relazione infermiere-paziente nel caso dell'assistenza domiciliare. L'erogazione del servizio non avviene solo con la logica dell'*alleviatore*, ma anche con quella del *conferitore di capacità*. L'infermiere deve mettere a disposizione le sue conoscenze e gli strumenti necessari all'erogazione del servizio, anche in assenza del *produttore*.

- **Dimissione.** E' il momento del distacco tra l'operatore e l'utente. L'infermiere deve valutare i risultati del suo intervento. Il paziente deve iniziare a gestire la propria autonomia. E' importante che l'infermiere fornisca adeguate informazioni riguardo i comportamenti da osservare dopo le cure, inquadrando sia i fattori rilevanti dal punto di vista sanitario, che dal punto di vista sociale. Forte deve essere il coinvolgimento dei famigliari e specialmente del *care giver informale*.

La relazione d'aiuto è quindi un processo centrale nell'attività professionale dell'infermiere. Un processo nel quale egli, attraverso l'offerta di tempo, attenzione e

rispetto, aiuta il paziente a ritrovare risorse e modi per condurre in modo adeguato la sua esistenza. In estrema sintesi, la relazione infermiere-paziente è incentrata sulla persona malata e non sulla malattia. Questo significa il riconoscere come manifestazioni del paziente non solo i sintomi ma anche fattori affettivi, emotivi, relazionali. Questa visione olistica dell'uomo deve essere letta come l'inevitabilità di avere una stretta correlazione tra gesto tecnico e atto relazionale. E' indispensabile nella relazione infermiere-paziente, l'utilizzo di strategie comunicative, e la comunicazione è da intendersi in tutte le sue accezioni, compresa quella di ascolto. La relazione d'aiuto è un rapporto dinamico tra due o più persone, di cui una in situazione di difficoltà. La relazione ha come nucleo centrale il paziente ed ha come obiettivo il ripristino dell'autonomia o di un maggiore livello di benessere, tramite l'attivazione delle risorse del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- E. Hughes**, *The sociological eye*, Aldine, Chicago, 1971.
- A. Strauss**, *Social organization of medical work*, The University of Chicago Press, Chicago, 1985.
- M. Stacey**, *The sociology of Health and Healing*, Routledge and Kegan, London, 1988.
- S. Zamagni**, *ECONOMIA E ETICA, Saggi sul fondamento del discorso economico*, AVE, Roma, 1994,.
- R. Normann**, *La gestione strategica dei servizi*, ETAS, Milano, 2003.
- AAVV**, *Guida all'esercizio della professione di infermiere*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2004.
- J. Bensing, M. Verhaak**, *Communication in Medical Encounters*, Blackwell, Oxford, 2004.
- R. Schwarzer, N. Knoll, N. Riechmann**, *Social Support*, Blackwell, Oxford, 2004.
- G. Artioli, R. Montanari, A. Saffiotti**, *Counselling e professione infermieristica*, Carocci, Roma, 2004.
- M. Sommaruga**, *Comunicare con il paziente*, Carocci, Roma, 2005.
- PNLG 10 piano nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità**, dicembre 2005.

Bilancio consuntivo anno 2009

Conto del bilancio - rendiconto finanziario							
ENTRATE							
GESTIONE DI COMPETENZA							
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE	
TITOLO I ENTRATE CORRENTI							
ENTRATE CONTRIBUTIVE							
QUOTE ISCRITTI	€ 412.476,90	€ -	€ 412.476,90	€ 443.118,67	€ 370.542,32	€ 72.576,35	€ 30.641,77
QUOTE NUOVI ISCRITTI	€ 10.330,00	€ -	€ 10.330,00	€ 8.470,60	€ 8.057,40	€ 413,20	€ 1.859,40
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 422.806,90	€ -	€ 422.806,90	€ 451.589,27	€ 378.599,72	€ 72.989,55	€ 28.782,37
DISTINTIVI E BOLLI AUTO							
DISTINTIVI E BOLLI AUTO	€ 150,00	€ -	€ 150,00	€ 1,84	€ 1,84	€ -	€ 148,16
TOTALE ENT. DIST. E BOLLI AUTO	€ 150,00	€ -	€ 150,00	€ 1,84	€ 1,84	€ -	€ 148,16
INTERESSI ATTIVI							
INTERESSI BANCARI	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 2.314,40	€ 2.314,40	€ -	€ 1.814,40
TOTALE INTERESSI ATTIVI	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 2.314,40	€ 2.314,40	€ -	€ 1.814,40
ENTRATE DIVERSE							
CONTRIBUTO ATTIVITA' FORMATIVA	€ 10.000,00	€ -	€ 10.000,00	€ 11.420,00	€ 11.420,00	€ -	€ 1.420,00
ENTRATE VARIE	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 2.411,70	€ 2.183,70	€ 228,00	€ 588,30
BONUS ASSICURAZIONE	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 4.669,20	€ 4.669,20	€ -	€ 330,80
TOTALE ENTRATE DIVERSE	€ 15.000,00	€ 3.000,00	€ 18.000,00	€ 18.500,90	€ 18.272,90	€ 228,00	€ 500,90
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 438.456,90	€ 3.000,00	€ 441.456,90	€ 472.406,41	€ 399.188,86	€ 73.217,55	€ 30.949,51

ENTRATE							
GESTIONE DI COMPETENZA							
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE	
TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE							
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TITOLO III PARTITE DI GIRO							
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
POLIZZA ASSICURATIVA	€ 142.000,00	€ 6.000,00	€ 148.000,00	€ 147.476,00	€ 140.554,41	€ 6.921,59	€ 524,00
RITENUTE E CONTRIBUTI	€ 22.000,00	€ -	€ 22.000,00	€ 10.391,60	€ 3.684,13	€ 6.707,47	€ 11.608,40
TOT. ENTRATE AVENTI NATURA DI PART. DI GIRO	€ 164.000,00	€ 6.000,00	€ 170.000,00	€ 157.867,60	€ 144.238,54	€ 13.629,06	€ 12.132,40
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 602.456,90	€ 9.000,00	€ 611.456,90	€ 630.274,01	€ 543.427,40	€ 86.846,61	€ 18.817,11
UTILIZZO DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE	€ 120.000,00	€ -	€ 120.000,00				
TOTALE ENTRATE GENERALE	€ 722.456,90	€ 9.000,00	€ 731.456,90	€ 630.274,01	€ 543.427,40	€ 86.846,61	

USCITE

	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
TITOLO I USCITE CORRENTI							
SPESE GENERALI FUNZIONAMENTO SEDE							
LUCE ACQUA PULIZIE SPAZZ.	€ 8.000,00	€ -	€ 8.000,00	€ 8.413,44	€ 7.760,99	€ 652,45	€ 413,44
CANCELLERIA E STAMPATI	€ 2.000,00	€ 500,00	€ 2.500,00	€ 2.797,53	€ 2.401,53	€ 396,00	€ 297,53
SPESE POSTALI + PT POSTEL	€ 20.000,00	€ 5.000,00	€ 15.000,00	€ 14.815,31	€ 14.815,31	-	€ 184,69
ASSICURAZIONE SEDE	€ 500,00	-	€ 500,00	€ 232,50	€ 232,50	-	€ 267,50
SPESE BANCARIE E C/C POSTALI	€ -	€ 1.500,00	€ 1.500,00	€ 1.150,30	€ 1.150,30	-	€ 349,70
AFRITTO E SPESE CONDOMINIALI	€ 28.428,00	-	€ 28.428,00	€ 27.407,92	€ 27.407,92	-	€ 1.020,08
SPESE TELEFONICHE, FAX, INTERNET	€ 16.000,00	€ 1.000,00	€ 15.000,00	€ 16.483,66	€ 13.500,07	€ 2.983,59	€ 1.483,66
IMPOSTE E TASSE	-	-	-	-	-	-	-
SPESE DI TRASPORTO E SPOSTAMENTO	€ 500,00	-	€ 500,00	€ 1,20	€ 1,20	-	€ 498,80
BIBLIOTECA E ABBONAMENTI	€ 1.000,00	-	€ 1.000,00	€ 599,00	€ 599,00	-	€ 441,00
SPESE VARIE	€ 3.500,00	-	€ 3.500,00	€ 2.212,80	€ 2.012,11	€ 200,69	€ 1.287,20
TOTALE SPESE GEN. FUNZIONAM. SEDE	€ 79.928,00	€ 4.000,00	€ 75.928,00	€ 74.073,66	€ 69.840,93	€ 4.232,73	€ 1.854,34
SPESE DEL PERSONALE E CONSULENTI							
STIPENDI E ONERI RIFLESSI	€ 90.000,00	€ 15.000,00	€ 75.000,00	€ 64.500,89	€ 63.576,89	€ 924,00	€ 10.499,11
UFFICIO LEGALE	€ 10.000,00	-	€ 10.000,00	€ 6.577,55	€ 3.332,75	€ 3.244,80	€ 3.422,45
CONSULENZA CONTABILE E AMMINISTRATIVA	€ 11.000,00	-	€ 11.000,00	€ 9.401,52	€ 9.401,52	-	€ 1.598,48
CONSULENZA PROFESSIONALE E STAMPA	-	€ 5.000,00	€ 5.000,00	-	-	-	€ 5.000,00
FORMAZIONE DEL PERSONALE	€ 2.000,00	-	€ 2.000,00	-	-	-	€ 2.000,00
ONERI PREVIDENZIALI DEI COLLABORATORI	€ 2.000,00	-	€ 2.000,00	-	-	-	€ 2.000,00
TOTALE SPESE DEL PERS. E CONSULENTI	€ 115.000,00	€ 10.000,00	€ 105.000,00	€ 80.479,96	€ 76.311,16	€ 4.168,80	€ 24.520,04

USCITE

	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
TITOLO I USCITE CORRENTI							
ATTIVITA' COLLEGIO							
RIMBORSI CAUZIONI	€ -	€ 9.500,00	€ 9.500,00	€ 10.940,00	€ 10.940,00	-	€ 1.440,00
PROGETTO INFERMIERE (RIVISTA)	€ 35.000,00	-	€ 35.000,00	€ 24.586,50	€ 19.195,14	€ 5.391,36	€ 10.413,50
PORTALE IPASVI SITO INTERNET	€ 1.000,00	€ 7.000,00	€ 8.000,00	€ 2.985,20	€ 2.985,20	-	€ 5.014,80
SPESE DI RAPPRESENTANZA	€ 1.000,00	-	€ 1.000,00	-	-	-	€ 1.000,00
PROGETTI OBIETTIVO	€ 85.000,00	-	€ 85.000,00	€ 77.985,32	€ 64.384,15	€ 13.601,17	€ 7.014,68
SEMINARI DI STUDIO	€ 18.000,00	-	€ 18.000,00	€ 7.723,61	€ 7.723,61	-	€ 10.276,39
ASSEMBLEA	€ 500,00	-	€ 500,00	-	-	-	€ 500,00
COORD. COLLEGI LIGURI	€ 500,00	€ 500,00	€ 1.000,00	-	-	-	€ 1.000,00
INIZ. PROMOZIONALE 12 MAGGIO	€ 20.000,00	-	€ 20.000,00	€ 9.505,90	€ 9.505,90	-	€ 10.494,10
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	-	-	-	-	-	-	-
RAPPORTI ISTITUZIONALI	€ 500,00	-	€ 500,00	-	-	-	€ 500,00
QUOTE FEDERAZIONE	€ 80.000,00	-	€ 80.000,00	€ 75.946,20	€ 75.946,20	-	€ 4.053,80
RIMBORSI RCT	€ 1.000,00	-	€ 1.000,00	€ 621,00	€ 621,00	-	€ 379,00
DL 626	€ 1.000,00	-	€ 1.000,00	-	-	-	€ 1.000,00
TOTALE ATTIVITA' COLLEGIO	€ 243.500,00	€ 17.000,00	€ 260.500,00	€ 210.293,73	€ 191.301,20	€ 18.992,53	€ 50.206,27
SPESE ORGANI COLLEGIO							
CONSIGLIO NAZIONALE	€ 5.000,00	€ 2.000,00	€ 7.000,00	€ 5.069,00	€ 5.069,00	-	€ 1.931,00
ASSICURAZIONE ORGANI STATUTARI	€ 5.000,00	€ 2.000,00	€ 3.000,00	-	-	-	€ 3.000,00
GETTONI TRASFERTE E INDENNITA' DI FUNZ. Istit.	€ 18.000,00	-	€ 18.000,00	€ 18.369,00	€ 7.069,00	€ 11.300,00	€ 369,00
RIMBORSI SPESE	€ 30.000,00	-	€ 30.000,00	€ 27.000,00	€ 27.000,00	-	€ 3.000,00
ONERI	€ 6.800,00	-	€ 6.800,00	€ 5.406,42	€ 5.406,42	-	€ 1.393,58
TOTALE SPESE ORGANI COLLEGIO	€ 64.800,00	-	€ 64.800,00	€ 55.844,42	€ 44.544,42	€ 11.300,00	€ 8.955,58
CONTRIBUTI DIVERSI							
CONTRIBUTI DIVERSI E VARIE	€ 500,00	-	€ 500,00	-	-	-	€ 500,00
BOLLI TESSERE DISTINTIVI	€ 300,00	-	€ 300,00	€ 64,00	€ 64,00	-	€ 236,00
TOTALE CONTRIBUTI DIVERSI	€ 800,00	-	€ 800,00	€ 64,00	€ 64,00	-	€ 736,00
ACCANTONAMENTI							
ACCANTONAMENTO TFR	€ 7.000,00	-	€ 7.000,00	€ 3.435,03	-	€ 3.435,03	€ 3.564,97
ACCANTONAMENTO IRAP	€ 6.000,00	-	€ 6.000,00	€ 5.617,68	€ 1.817,59	€ 3.800,09	€ 382,32
TOTALE ACCANTONAMENTI	€ 13.000,00	-	€ 13.000,00	€ 9.052,71	€ 1.817,59	€ 7.235,12	€ 3.947,29
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
FONDO SPESE IMPREVISTE	€ 13.028,09	-	€ 13.028,09	€ 8.722,56	€ 8.722,56	-	€ 4.305,53
FONDO INCENTIVAZIONI	€ 3.400,00	-	€ 3.400,00	-	-	-	€ 3.400,00
TOTALE USCITE NON CLASSIF. IN ALTRE VOCI	€ 16.428,09	-	€ 16.428,09	€ 8.722,56	€ 8.722,56	-	€ 7.705,53
TOTALE TITOLO I USCITE CORRENTI	€ 533.456,09	€ 3.000,00	€ 536.456,09	€ 438.531,04	€ 392.601,86	€ 45.929,18	€ 97.925,05

USCITE								
TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO	
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE		
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	€ 8.000,00	€ -	€ 8.000,00	€ 2.688,33	€ 2.688,33	€ -	-€	5.311,67
ATTREZZATURE INFORMATICHE	€ 9.000,00	€ -	€ 9.000,00	€ 1.204,80	€ 1.204,80	€ -	-€	7.795,20
MOBILI E ARREDO	€ 8.000,00	€ -	€ 8.000,00	€ 627,90	€ 627,90	€ -	-€	7.372,10
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 4.521,03	€ 4.521,03	€ -	-€	20.478,97
TOTALE TITOLO II - USCITE IN C. CAPITALE	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 4.521,03	€ 4.521,03	€ -	-€	20.478,97
TITOLO III PARTITE DI GIRO	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO	
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE		
RITENUTE E CONTRIBUTI	€ 22.000,00	€ -	€ 22.000,00	€ 10.391,60	€ 3.684,13	€ 6.707,47	-€	11.606,40
ALTRE ASSICURAZIONE	€ -	€ 6.000,00	€ -	€ -	€ 140.554,41	€ 6.921,59	-€	524,00
TOTALE USC. AVENTI NAT. DI PART. DI GIRO	€ 164.000,00	€ 6.000,00	€ 170.000,00	€ 157.887,60	€ 144.238,54	€ 13.629,06	-€	12.132,40
TOTALE TITOLO III - USCITE IN PART. DI GIRO	€ 164.000,00	€ 6.000,00	€ 170.000,00	€ 157.887,60	€ 144.238,54	€ 13.629,06	-€	12.132,40
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 722.456,09	€ 9.000,00	€ 731.456,09	€ 600.919,67	€ 541.361,43	€ 59.558,24	-€	130.536,42

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE - ENTRATE							
TITOLO I ENTRATE CORRENTI	GESTIONE DEI RESIDUI ATTIVI						
	INIZIALI	VARIAZIONI	RISCOSSI	DA RISCOUT.	DA RISCOUT.2009	RESIDUI FINALI	
ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 206,60	€ -	€ -	€ 206,60	€ -	€ -	€ -
NUOVI ISCRITTI	€ 135.376,92	€ -	€ -	€ 60.592,14	€ 72.989,55	€ -	€ -
QUOTE ISCRITTI	€ 135.583,52	€ -	€ -	€ 60.798,74	€ 72.989,55	€ -	€ 269.371,81
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 135.583,52	€ -	€ -	€ 60.798,74	€ 72.989,55	€ -	€ 269.371,81
ABBONAMENTI E VENDITA PUBBLICAZIONI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RIVISTA L'INFERMIERE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
VENDITA PUBBLICAZIONI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE ABBONAMENTI E VENDITA PUBBLICAZIONI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TESSERE DISTINTIVI E BOLLI AUTO	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TESSERE DISTINTIVI E BOLLI AUTO	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
INTERESSI ATTIVI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
INTERESSI ATTIVI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ENTRATE DIVERSE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ENTRATE DIVERSE PUBBLICITA'	€ -	€ -	€ -	€ 22.746,00	€ 228,00	€ -	€ 22.974,00
TOTALE ENTRATE DIVERSE	€ -	€ -	€ -	€ 22.746,00	€ 228,00	€ -	€ 22.974,00
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 135.583,52	€ -	€ -	€ 83.544,74	€ 73.217,55	€ -	€ -
TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TITOLO III PARTITE DI GIRO	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RITENUTE ASSICURAZIONE	€ 3.524,23	€ -	€ 3.524,23	€ -	€ 6.707,47	€ -	€ -
TOTALE TITOLO III PARTITE DI GIRO	€ 3.524,23	€ -	€ 3.524,23	€ -	€ 6.921,59	€ 13.629,06	€ -
TOTALE ENTRATE GENERALE	€ 139.107,75	€ -	€ 3.524,23	€ 83.544,74	€ 86.846,61	€ 305.974,87	€ -

N. B. LE CATEGORIE ED I CAPITOLI NON RIPORTATI HANNO VALORE ZERO

TITOLO I	GESTIONE DEI RESIDUI PASSIVI				
	INIZIALI	VARIAZIONI	PAGATI	DA PAGARE	FINALI
USCITE CORRENTI					
SPESE GENERALI FUNZIONAMENTO SEDE					
SPESE VARIE	€ -	€ -	€ -	€ 200,69	€ -
LUCE ACQUA PULIZIE SPAZZ.	€ 540,00	€ -	€ 540,00	€ 652,45	€ -
SPESE TELEFONICHE, FAX, INTERNET	€ -	€ -	€ -	€ 2.983,59	€ -
SPESE POSTALI	€ 50,00	€ -	€ 50,00	€ -	€ -
CANCELLERIA E STAMPATI	€ -	€ -	€ -	€ 396,00	€ -
SPESE DEL PERSONALE E CONSULENTI					
STIPENDI E ONERI RIFLESSI	€ 2.834,45	€ -	€ 2.834,45	€ 924,00	€ -
CONSULENZA E STAMPA	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
CONSULENZA LEGALE	€ 3.183,04	€ -	€ 3.183,04	€ 3.244,80	€ -
CONSULENZA CONTABILE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ATTIVITA' COLLEGIO					
PROGETTO INFERMIERE (RIVISTA)	€ -	€ -	€ -	€ 5.391,36	€ -
PROGETTI OBIETTIVO	€ 7.985,85	€ -	€ 7.985,85	€ 13.601,17	€ -
QUOTE FEDERAZIONE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
GETTONI TRASFERTE E IND. DI FUNZ. ISTITUZIONALI	€ -	€ -	€ -	€ 11.300,00	€ -
CONTRIBUTI DIVERSI					
RITENUTE E CONTRIBUTI	€ 3.524,23	€ -	€ 3.524,23	€ 6.707,47	€ -
ASSICURAZIONE	€ 6.923,00	€ -	€ 6.923,00	€ 6.921,59	€ -
ACCANTONAMENTI					
ACCANTONAMENTO TFR	€ 29.035,44	€ -	€ -	€ 3.435,03	€ 32.470,47
ACCANTONAMENTO IRAP	€ 696,00	€ -	€ 696,00	€ 3.800,09	€ -
USCITE IN CONTO CAPITALE					
MANUTENZIONE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 54.772,01	€ -	€ 25.736,57	€ 59.558,24	€ 32.470,47

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE							
ENTRATE		PREVISIONI			SOMME ACCERTATE		
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE
TOTALE TITOLO I	ENTRATE CORRENTI	€ 438.456,90	€ 3.000,00	€ 441.456,90	€ 472.406,41	€ 399.188,86	€ 73.217,55
TOTALE TITOLO II	ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE TITOLO III	ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 164.000,00	€ 6.000,00	€ 170.000,00	€ 157.867,60	€ 144.238,54	€ 13.629,06
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE		€ 120.000,00	€ -	€ 120.000,00	€ -	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE GENERALE		€ 722.456,90	€ 9.000,00	€ 731.456,90	€ 630.274,01	€ 543.427,40	€ 86.846,51
USCITE		PREVISIONI			SOMME ACCERTATE		
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE
TOTALE TITOLO I	USCITE CORRENTI	€ 533.456,09	€ 3.000,00	€ 536.456,09	€ 438.531,04	€ 392.601,86	€ 45.929,18
TOTALE TITOLO II	USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 4.521,03	€ 4.521,03	€ -
TOTALE TITOLO III	USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 164.000,00	€ 6.000,00	€ 170.000,00	€ 157.867,60	€ 144.238,54	€ 13.629,06
TOTALE USCITE GENERALE		€ 722.456,09	€ 9.000,00	€ 731.456,09	€ 600.919,67	€ 541.361,43	€ 59.568,24



12 Maggio 2010

Giornata Internazionale dell'Infermiere

di Donatina Di Martino, Marisa Signorini, Enzo Croci

L'International Concil of Nurses (ICN) ricorda ogni anno il 12 Maggio come la "Giornata Internazionale dell'Infermiere" rendendo omaggio a Florence Nightingale (nata il 12 Maggio 1820 a Firenze) fondatrice delle Scienze Infermieristiche moderne.

Ella dedicò tutta la sua vita alla migliore organizzazione dell'assistenza ai malati nelle sue varie forme, in particolare, si dedicò alla formazione delle infermiere nella famosa scuola presso l'Ospedale di St. Thomas di Londra. I suoi ideali di assistenza avevano trovato risposte in tutti i paesi civili e, ben presto, le scuole per infermieri si svilupparono e portarono questa nobile attività alla dignità di professione. Ella aveva capito quanto fosse importante per il buon risultato della cura aver ottenuto un'assistenza infermieristica personalizzata.

L'attività dell'Infermiere ha subito un processo evolutivo che dalla "Signora della Lampada" diventa risorsa per l'intera collettività: accresciuta competenza, autonomia e responsabilità della compagine professionale (DM 739/94) con riconoscimento della possibilità di carriera dirigenziale per sostenere ed incentivare modelli di assistenza personalizzata ed una più efficace gestione delle risorse umane e tecnico-strumentali. Anche nella nostra provincia il 12 Maggio è stato un appuntamento quanto mai significativo ed importante, molto atteso e sempre nuovo.

In realtà la commemorazione è iniziata con un giorno di anticipo, infatti l'11 Maggio alle 17,30 presso il Teatro "Carignano" è stato presentato in collaborazione con l'Associazione Nazionale Infermieri in Aria Critica



(ANIARTI) un lavoro teatrale su un argomento molto delicato che coinvolge chiunque: "Tanti saluti - La morte è un'occasione per riflettere sulla vita", uno spettacolo divertente e impegnato seguito da un dibattito tra autori, operatori sanitari, filosofi, studenti e tutti i cittadini che hanno voluto partecipare.



"Tanti saluti" è stato prodotto da La Corte Ospitale in collaborazione con OperaEstate Festival, Fondazione Teatro Civico di Schio e Echidna Associazione Culturale. Gli interpreti: Giuliana Musso, Beatrice Schiros e Gianluigi Meggiorin, coordinati da Maril Van Den Broek, si sono calati nei panni di tre clown, ai quali è stato affidato il compito di narrare l'indicibile: paure e desideri, dubbi e soluzioni paradossali che l'uomo mette in atto di fronte alla morte.

"Tanti saluti" ha voluto esplorare, attraverso una ricerca di stampo sociologico, il tema del morire ai nostri tempi. Il progetto che ha preso forma attraverso la raccolta di testimonianze di medici, infermieri, familiari e morenti.



Gli interpreti hanno indagato sulle nuove declinazioni: cure palliative, accanimento terapeutico, protocolli di rianimazione, eutanasia.

La presenza dei gazebo il 12 Maggio a Genova in Largo XII Ottobre e Via San Vincenzo angolo Via Galata e a Chiavari in Piazza delle Carrozze, finalizzati allo scopo di attestare la crescente affermazione ed immagine dell'Infermiere nelle nostre città, ha visto la partecipazione di numerose persone interessate.

Per fortuna il clima particolarmente negativo di questa primavera, non ha intralciato la buona riuscita di questa iniziativa, infatti la giornata è stata molto variabile ma senza pioggia, anzi a tratti è stata rischiarata da un pallido sole che ha consentito un buon afflusso di persone per avvalersi delle prestazioni offerte dai colleghi presenti nelle varie postazioni. All'aspetto commemorativo e promozionale è stato affiancato anche un aspetto clinico (in collaborazione con AS.LI.DIA Associazione Ligure Diabetici) di screening della situazione cardio-vascolare dei nostri cittadini, attraverso la rilevazione di Glicemia e Pressione Arteriosa; con questi dati, uniti all'indice di massa corporea, è stato possibile determinare una classe di rischio cardio-vascolare, tali dati (assolutamente anonimi, nel pieno rispetto della legge sulla privacy) sono stati trasmessi all'AS. LI.DIA che tiene monitorata la situazione dei diabetici a livello Ligure (circa 650 rilevazioni pressorie e 220 controlli glicemici). Come l'anno scorso ci siamo avvalsi dell'assistenza di infermieri appartenenti alle varie strutture sanitarie presenti sul territorio Genovese e Chiavarese e da allievi del terzo anno del corso di Laurea in Infermieristica ed in Infermieristica Pediatrica, i quali con entusiasmo hanno aderito all'iniziativa dando dimostrazione dell'ottima formazione proponendosi con garbo e padronanza nelle diverse esigenze emerse dal contatto con il cittadino e distribuendo opuscoli sull'offerta formativa universitaria e gadgets vari.

Dai rilievi dei cittadini che si sono "fermati" ai nostri gazebo (per quelli "Genovesi" un ringraziamento alla P.A. Croce Verde di Lumarzo) è scaturito un plauso all'iniziativa e all'ottima professionalità degli infermieri partecipanti.

Alla sera più che stanchezza c'era la consapevolezza di aver condiviso "in gruppo"

una giornata vissuta con grande intensità ed autentica soddisfazione.

Ci sono stati anche altri eventi sia a livello Nazionale che nell'ambito della nostra Provincia, che definire collaterali sarebbe estremamente sminuitivi:

- Il 14 Maggio è stato emesso dalle Poste Italiane il francobollo speciale dedicato alla Professione Infermieristica, accompagnato dallo slogan "Affranca la Vita" che ben riassume il senso e lo scopo del lavoro che ogni giorno gli Infermieri svolgono al fianco del malato.

- Il 15 Maggio alle ore 20 presso lo stadio Comunale "Entella" di Chiavari, si è svolto il Triangolare di Calcio a 11 che ha visto a confronto le squadre dei Medici e Infermieri ASL4 e la sezione di calcio femminile CSI di Chiavari; La vittoria è andata agli Infermieri, ma tutte le squadre sono state premiate con una coppa ed una targa celebrativa. Il ricavato della manifestazione è stato devoluto all'ANFFAS Tigullio Est.

- Il 16 Maggio c'è stata la presentazione istituzionale del Francobollo a Roma in occasione del Race for the Cure, minimaratona organizzata presso le Terme di Caracalla dall'Associazione Susan G. Komen Italia per sostenere la lotta contro i Tumori al seno (francobollo valore 0,60 € + 0,30 € sovrapprezzo) ed il 25% dei fondi è stato destinato anche a sostenere la formazione e l'aggiornamento degli Infermieri in Oncologia.

A tutti coloro che si sono impegnati per la buona riuscita della Giornata commemorativa vanno i più sentiti ringraziamenti da parte di tutti i componenti del Collegio Provinciale IPASVI di Genova.

P.S. Il 12 Maggio non sarà come Natale, ma arriva ogni anno, saranno ben accette idee, e manodopera, per commemorare e dare risalto all'opera che quotidianamente decine di migliaia di Infermieri prestano nel mondo per la cura delle persone malate e/o bisognose.



La sindrome da ospedalizzazione

"La relazione infermiere-malato è la pietra angolare delle cure infermieristiche.." Rosette Poletti

di Antonio Fiorenza

Chi di noi, a parte nell'agire professionale, non si è mai trovato in ospedale per motivi personali o perché si è recato a far visita ad un suo caro?

Talvolta basta poco, una visita specialistica, un controllo in medicina preventiva, l'esame per il rinnovo della patente, ecc; eppure, nonostante tutto, anche le circostanze più banali sono capaci di instaurare in noi una condizione di "disagio" determinata dal timore dell'esito.

La degenza in ospedale comporta in ogni soggetto una limitazione generale alla propria autonomia ed alla comunicazione a prescindere da fattori quali l'età, il sesso, la classe sociale, tanto che, talvolta, la persona ricoverata ha modo di interagire con il personale solamente durante il giro visita, quando è interpellato o quando ha da riferire qualcosa riguardo le sue condizioni fisiche. L'ospedalizzazione per una qualunque patologia organica è di per sé, nella maggior parte dei casi, una condizione di disagio di entità variabile, che a volte può assumere aspetti e connotazioni importanti. Il paziente ospedalizzato, in maniera più o meno consapevole, non riconoscendo l'ambiente ospedaliero come proprio, subisce passivamente la nuova realtà in cui è proiettato ed alcune di queste circostanze possono dare origine a svariati meccanismi di difesa capaci di alterarne la sfera affettivo - emozionale come negli esempi riportati di seguito.

- ✓ L'ansia, solitamente rappresenta la prima reazione e quasi sempre insorge per la paura di morire e per l'incertezza della prognosi; in alcuni casi può essere seguita da sindrome da depressione che spesso sopraggiunge con la consapevolezza

della malattia.

- ✓ La negazione: *"ma perché proprio a me?"* è senz'altro il meccanismo d'azione più immediato; sono presenti intensi stati emotivi come la disperazione e l'impotenza. In questa fase la famiglia può allearsi al paziente nella ricerca di nuovi consulti medici che possano confermare l'ipotesi di un errore diagnostico.
- ✓ La collera: manifestazione clinica di disagio dove il paziente rifiuta indiscriminatamente i trattamenti a lui rivolti e la presenza dei familiari poiché ritenuti complici; in alcuni casi, la collera può mostrarsi attraverso rabbia ed aggressività nei confronti del personale.

Colui che vive questa esperienza vede nell'infermiere un punto di riferimento con il quale poter instaurare un rapporto dove porre le paure, le angosce, le preoccupazioni da una parte, la capacità di comprendere e di empatizzare dall'altra.

Pertanto, si è notato che, molto frequentemente, i pazienti a distanza di tempo, quando si riferiscono alla loro malattia ed al loro periodo di degenza, tendono a ricordare maggiormente gli atteggiamenti di tipo relazionale del personale infermieristico piuttosto che i comportamenti di natura puramente tecnica; da ciò, si evince l'indispensabilità di un livello di comunicazione efficace ed adeguato.

Lo scopo della comunicazione è deputato a condividere o trasmettere pensieri, sentimenti simili, a livello profondo e in modo spontaneo e, poiché il corpo è fonte di socialità, luogo di comunicazione, di scambio e di apertura al prossimo, la

malattia, in quanto invalidante, rappresenta una rottura di unità, la perdita di equilibrio e, di conseguenza il fattore predominante in grado di mettere in crisi la comunicazione. Solo quando l'emittente, dopo aver elaborato un concetto, riesce a trasmetterlo e far sì che l'altra persona lo percepisca esattamente così come è stato generato la comunicazione può dirsi riuscita. Fondamentale in questa fase la capacità di ascolto che, come descritto di seguito, favorisce una buona reciprocità di intenti con l'interlocutore.



saper ascoltare ...

Permette di apprendere: lo stato d'animo, le paure e le angosce provate dal paziente; può ridurre le tensioni; infatti, lo sfogo esercitato dalla persona ricoverata può aiutare l'infermiere ad allentare lo stato tensione da parte del paziente.

Può aiutare l'altra persona a prendere una decisione;

permette di ottenere un miglior lavoro e una migliore interazione con gli altri e non solo in ambito lavorativo.

La consapevolezza della precarietà della vita, i momenti di sconforto e di abbandono, il desiderio o la paura di morire sono elementi che caratterizzano la relazione assistenziale tra paziente ed infermiere. Solamente quando i bisogni della persona malata trovano un'adeguata corrispondenza nell'atteggiamento di chi l'assiste può svilupparsi una relazione fondata sul sostegno e sulla fiducia reciproca.

Per questa ragione l'infermiere ha il dovere di assumere una funzione pedagogica che aiuterà il paziente nel processo di crescita e nel progressivo recupero del maggior grado possibile di autonomia. L'infermiere deve,

inoltre, essere in grado di cogliere e gestire gli atteggiamenti regressivi del paziente; assecondarli quando è necessario e tentare di inibirli quando di ostacolo o deterrenti per il suo stato psico-fisico.

E' pertanto importante durante gli interventi assistenziali:

- ✓ spiegare e motivare al paziente la ragione del suo ricovero e le procedure da attuarsi;
- ✓ creare un rapporto empatico;
- ✓ utilizzare un linguaggio di facile comprensione;
- ✓ suscitare la partecipazione attiva del paziente al proprio processo terapeutico.

L'assistenza infermieristica non richiede solo alta competenza ed abilità tecnica, ma, anche e soprattutto un'attenta interpretazione del significato del *vivere*, del *sopravvivere* e del *morire*.

Indispensabile è osservare il comportamento del paziente e garantire ad esso il rispetto dell'unicità dell'individuo, della dignità del suo essere persona ed il mantenimento del suo "progetto di vita".



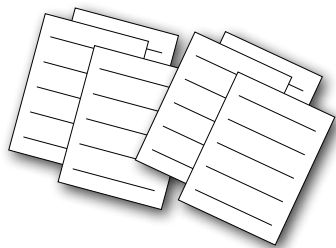
"Sappiamo tutti quanto sia importante l'amore, eppure, con quale frequenza viene provato o manifestato veramente?"

I mali che affliggono la maggior parte dei malati, come la sofferenza, la noia e la paura, non possono essere curati con una pillola.

Sono le persone che devono essere curate, non le malattie".

Patch Adams

Notizie in breve



Presentata al Gaslini di Genova la *clean room* per bimbi immunodepressi

Grazie ad un finanziamento di circa 400mila euro del ministero della Salute, è stata presentata la nuova *clean room* dell'Istituto pediatrico **Gaslini**, espressamente dedicata alla produzione di farmaci cellulari per bimbi immunodepressi. Nata da un progetto scientifico di **Lorenzo Morretta** e **Giovanni Melioli**, rispettivamente, direttore scientifico e del laboratorio di analisi dell'Ospedale pediatrico genovese, la *clean room* consentirà ai bambini immunodepressi di guarire da infezioni che potrebbero esser loro fatali prelevando alcune cellule dal sangue di un donatore selezionato e immettendole nei piccoli dopo una speciale manipolazione. La produzione di queste cellule, che agiscono come farmaci, avverrà in un ambiente completamente sterile per evitare che i pazienti immunodepressi possano entrare in contatto con qualsiasi batterio. Gli stessi operatori sanitari che accederanno alla *clean room* dovranno attraversare una serie di filtri per eliminare, progressivamente, ogni possibile agente inquinante. Nell'ultima area della struttura, completamente sterile, avverrà la manipolazione cellulare, finalizzata ad eliminare le cellule che non verranno utilizzate e a far proliferare quelle utili. La creazione di una bio-banca, promossa da un progetto del Ministero, con l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro e l'Ospedale Galliera, consentirà di superare le difficoltà presenti nella terapia cellulare, rappresentate dal tempo richiesto a produrre rapidamente cellule per pazienti che hanno bisogno di tal genere di terapia, dall'impossibilità di utilizzare una terapia cellulare per i trapianti da sangue cordonale e dal frequente fallimento dell'espansione cellulare. "Per la crescita delle cellule - ha spiegato Melioli - ci saranno altre sei o sette *clean room* in tutt'Italia, ma questa è la prima in ambiente pediatrico".

Gli infermieri rispondono sui bisogni dei ricoverati

chi è preposto alla loro cura, Si è concluso pochi giorni fa l'ultimo sondaggio lanciato sul sito ufficiale della Federazione, che verteva sulla percezione delle esigenze dei ricoverati da parte degli operatori sanitari, e in particolare, naturalmente, degli infermieri. Alla domanda "Come infermiere, quali ritieni sia il principale bisogno/desiderio dei ricoverati?" hanno risposto ben 1.984 persone. A supporto di quanto già rilevato da diversi studi e osservazioni in merito, l'opinione più accreditata - e più diffusa - è stata che i pazienti hanno bisogno soprattutto di **"informazioni chiare e rassicurate"** (con il **17,79%**). **Ciò testimonia anche che, prima di ogni altra cosa, le persone, soprattutto quando sono malate, vogliono instaurare un rapporto quanto più umano possibile con chi è preposto ad assisterle e a curarle.** A queste prime istanze, fanno seguito, con percentuali minori **"l'assistenza a domicilio"** (11,29%); la **"presenza di persone care"** (8,17%), una **"maggiore autosufficienza"** (7,36%) e la **necessità di "non pensare sui familiari"** (2,57%).

Tutela della privacy in presenza dei familiari del paziente

Una paziente ricorreva all'autorità giudiziaria esponendo che nel corso di un ricovero presso un reparto ospedaliero di Ostetricia e Ginecologia, pur avendo richiesto al personale di non rivelare ai propri familiari e conoscenti lo stato di ex tossicodipendente in terapia con metadone, durante una visita da parte di una sorella le veniva chiesto in presenza di quest'ultima dalla caposala quando voleva che le portasse il metadone. Il Tribunale ha condannato l'Azienda ospedaliera al risarcimento del danno in considerazione del fatto che, nel caso specifico, si era in presenza di comunicazione di dati non solo al di fuori delle ipotesi consentite dal Codice della privacy, ma addirittura in presenza di un espresso divieto della donna. Lo stesso codice della privacy impone l'adozione di misure minime di sicurezza per prevenire durante i colloqui l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute e a evitare che le prestazioni sanitarie avvengano in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti. Dette condotte sono sanzionate anche dal codice deontologico medico e degli infermieri.

[Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

Cardiologia

Rischio coronarie, non basta monitorare solo l'Ldl

Nei soggetti in cui la colesterolemia-Ldl (Ldl-c) è ben controllata secondo le raccomandazioni delle linee guida, elevati livelli di trigliceridi (Tg) e ridotti valori di colesterolemia-Hdl (Hdl-c) contribuiscono con forza e in modo sinergico a innalzare il rischio residuo di malattia coronarica (Chd). Per questo motivo alti valori di Tg potrebbero avere maggiore rilevanza nei pazienti con concentrazioni di Ldl-c ottimali piuttosto che elevate. Sono le conclusioni di **Vincent J. Carey** e collaboratori del Brigham and women's hospital di Boston, autori di uno studio caso-controllo con abbinamenti ottimali per le caratteristiche relative a Ldl-c, sesso, etnia ed età. Sono stati arruolati 170 casi e 175 controlli, tutti con livelli di Ldl-c <130 mg/dl (valori medi, rispettivamente, di 73 e 87 mg/dl); i primi erano affetti da Chd incidente, mentre i secondi avevano ricevuto diagnosi non correlate a Chd. Mediante analisi di regressione logistica condizionata e incondizionata è stata definita l'associazione tra livelli di Tg e Hdl-c, da un lato, e rischio di Chd, dall'altro. I modelli sviluppati hanno favorito la possibilità di un'interazione tra fattori lipidici. Le probabilità di Chd sono aumentate di circa il 20% per ogni incremento di 23 mg/dl dei Tg e diminuite approssimativamente del 40% per ogni calo di 7,5 mg/dl dell'Hdl-c. Livelli elevati di Tg e ridotti di Hdl-c hanno interagito sinergicamente tanto da aumentare l'odds ratio fino a 10 per i quintili più elevati di Tg (≥ 190 mg/dl) e più bassi di Hdl-c (<30 mg/dl). Elevati valori di Tg sono risultati più fortemente associati a Chd quando i livelli di Hdl-c, rispetto alla media, erano bassi oppure alti, mentre ridotti livelli di Hdl-c sono apparsi associati con più evidenza a Chd quando i valori di Tg erano alti. I Tg e l'Hdl-c, infine, hanno dimostrato di associarsi a Chd nei pazienti con livelli di Hdl-c ≤ 70 mg/dl, con un rischio simile, o maggiore, a quello del gruppo totale.

Am J Cardiol, 2010; 106(6):757-63

Posta Elettronica Certificata

presentazione domande per concorsi pubblici

Facendo seguito alla news da poco pubblicata (26 Agosto ultimo scorso ed alla quale si rimanda in questo link http://www.genova.ipasvi.it/news_dettaglio.asp?id=165&idp=1&ids=0) si rende disponibile una circolare emessa dal Dipartimento della Funzione Pubblica. In tale documento si conferma che in caso di presentazione ad una amministrazione della domanda di ammissione al concorso pubblico

una modalità possibile, in alternativa alla consegna brevi manu o all'invio con raccomandata con ricevuta di ritorno PUO' ESSERE L'INVIO DI UNA MAIL ATTRAVERSO LA PROPRIA CASELLA DI POSTA CERTIFICATA (la domanda inviata con tale forma non richiede la firma del richiedente). Per scaricare la circolare n. 12 cliccare qui (<http://www.genova.ipasvi.it/doc/FP12.pdf>).

L'igiene orale aiuta il cuore

Lavarsi spesso i denti e usare il filo interdentale, sono la corretta prevenzione da praticare, per mantenere denti sani, gengive a posto e meno rischi per il cuore. A questa conclusione sono arrivati gli esperti dell'**Università di Bristol**. Secondo un loro studio, uno streptococco può passare direttamente dalla bocca nel sangue, attraverso gengive sanguinanti, con grave rischio per la salute. Questo batterio, infatti, normalmente innocuo, usa difendersi dal nostro sistema immunitario, richiamando intorno a sé le piastrine e formandosi in questo modo uno scudo protettivo. Così protetti, i batteri, non possono essere attaccati, né dal sistema immunitario, né dagli antibiotici e una volta immessi nella circolazione sanguigna, possono creare svariati danni alla salute, da piccoli coaguli di sangue alla chiusura di un vaso sanguigno, con immaginabili conseguenze.

In Italia ancora troppi parti cesarei!

L'Onda, l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, ha osservato che **i parti cesarei**, in costante aumento in **Italia, nel 2007, hanno raggiunto il 38% delle nascite**, portando il nostro Paese ai vertici negativi della classifica europea. **Gli ospedali del Sud sfiorano il 60%** (toccando addirittura il 78% nelle strutture private) con la Campania al 60,5%; la Sicilia al 52,4%,



il Molise al 48,9% e la Puglia al 47,7%. **Al Nord, invece, la situazione migliora**, a partire da Friuli, Toscana e Lombardia, dove la percentuale si assesta tra il 24 e il 28%, mentre solo Bolzano (20%) si avvicina ai valori raccomandati dall'Oms (15%) e dal Ministero (20%). Proprio per sensibilizzare gli ospedali sul tema, tra le caratteristiche che devono avere le strutture nosocomiali per ottenere i famosi "Bollini Rosa" dell'Onda, c'è l'impegno a ridurre costantemente il numero di parti cesarei. I numeri italiani, aggiunge **Walter Ricciardi**, direttore dell'Istituto di Igiene della Cattolica di Roma: "sono il segnale di una patologia del sistema e, come ha già fatto notare il ministro Fazio, a forme di 'non trasparenza'. Certamente indicano problemi strutturali, organizzativi, economici e di responsabilità medica. A partire dalle strutture che non garantiscono l'epidurale 24 ore su 24 e che preferiscono il parto cesareo anche in assenza di reale necessità".

Dati Nas sulle professioni sanitarie Registrato boom di abusivi

Nel 2009, i Nas hanno denunciato 1.170 persone per esercizio abusivo della professione (di cui 450 falsi odontoiatri): si tratta di falsi medici, infermieri, fisioterapisti, insegnanti che, ogni anno, finiscono sotto processo. Non è quindi remoto il rischio per i cittadini di finire nelle mani di personale senza titoli e competenze verificate e certificate. **Si stima infatti che in ambito sanitario siano circa 150mila le persone che agiscono illegalmente:** una vera armata di operatori abusivi che insidia la salute degli italiani e che si nasconde dietro falsi diplomi conseguiti all'estero e studi hi-tech. **In testa alla nefasta classifica di abusivi si collocano i falsi fisioterapisti:** ben 100mila non possiedono il diploma di laurea o un equivalente attestato formativo che abiliti alla professione; molti di loro, infatti, sono laureati in Scienze motorie (abilitati perciò solo all'insegnamento dell'educazione fisica nelle scuole). Quindi, i tecnici di laboratorio (10mila abusivi su 40mila); i nutrizionisti (10mila abusivi su 13mila); i podologi (6mila abusivi su 7.200) e gli igienisti dentali (3mila abusivi su 5.200). Così, un cittadino che si rivolge ad uno di loro per ricevere una prestazione sanitaria, nella maggior parte dei casi, rischia di trovarsi di fronte, inconsapevolmente, qualcuno che quella professione non potrebbe esercitarla. Il problema vero restano le **pene troppo lievi**: un falso medico, infatti, rischia solo sei mesi o una multa di 516 euro. "C'è un numero considerevole di persone che si spacciano per quello che non sono. Questo, perché mancano degli albi di categoria! - ha

spiegato **Laura Bianconi**, senatrice del Pdl e membro della Commissione Sanità -. Noi chiediamo la loro costituzione soprattutto a garanzia dell'utenza, poiché non si potrà esercitare senza esservi iscritto con tutti i requisiti di legge". **In Italia, è difficilissimo contrastare l'abusivismo, perché le leggi spesso si riescono ad aggirare.** Delle volte, per praticare una professione non viene neanche richiesto il titolo, basta un'autocertificazione. In ambulatorio, per esempio, si può entrare anche prima di iscriversi ad una specializzazione: per sostituire un medico di famiglia per un breve periodo basta mettersi d'accordo con lui. E le truffe per i disonesti sono comunque semplici da realizzare: quando c'è bisogno del "pezzo di carta", una pergamena con l'intestazione dell'Università si può trovare facilmente rivolgendosi ad una stamperia clandestina o ad internet.

Gli infermieri in aiuto ai pazienti nel periodo post-operatorio

L'Asl 2 di Savona ha promosso **un percorso di miglioramento nella gestione perioperatoria del paziente e nel percorso di controllo post-operatorio del dolore**, coinvolgendo l'équipe infermieristica della Sc di Day Surgery multidisciplinare dell'**Ospedale San Paolo** di Savona. Si tratta di un sistema organizzativo basato sull'utilizzo, anche da parte degli infermieri di tutti gli strumenti della *clinical governance*. Una ricerca precedente, infatti, aveva evidenziato due criticità: mancanza di un momento di informazione dedicata al paziente da parte dell'infermiere nel periodo pre-intervento e l'assenza di monitoraggio del dolore nella fase post-operatoria. Uno studio seguito ai miglioramenti apportati all'Ospedale San Paolo ha dimostrato che questi hanno effettivamente inciso sui comportamenti professionali degli infermieri e che, grazie ad essi, **il 94% dei pazienti è stato più soddisfatto delle prestazioni ricevute**. La soddisfazione dei malati non è dovuta all'assenza del dolore post-operatorio, ma



alla miglior gestione dell'assistenza, conseguente all'attivazione di interventi infermieristici rivolti anche alla **gestione del dolore**. La fase post-operatoria, se gestita efficacemente dagli infermieri, può avere risvolti positivi nella condizione del malato e, pertanto, dovrebbe divenire metodo d'azione quotidiana.



In Italia si spende il 9% del Pil per la sanità.

In Germania e Francia l'11%

Secondo il Rapporto **Il mondo della salute tra governance federale e fabbisogni infrastrutturali**, realizzato da Intesa San Paolo e Cerm, investire nel Centro-sud sulle infrastrutture, in tecnologie hi-tech e nell'informatizzazione, puntando al *project financing* per gli ospedali, costituisce la strada per un modello di sanità federalista che mira a risanare il servizio, generando occupazione. Per gli studiosi, che hanno analizzato le criticità della Sanità italiana, bisogna pensare: "a un percorso transitorio di perequazione per il Sud per le infrastrutture sanitarie", perché "investire in sanità conviene per l'economia: ogni euro speso ne genera 1,70", ma per farlo, prima "è necessario fissare i costi standard e un sistema di benchmarking tra Regioni che, una volta perfezionato, possa sostenere un sistema di perequazione basato sulla riduzione delle differenze di Pil pro-capite". Il Rapporto ricalca in parte uno dei decreti sul federalismo fiscale che riguarda i costi standard della sanità, su cui la Conferenza delle Regioni sta discutendo. Al centro del dibattito, la scelta delle regioni *benchmark*.

Quelle più efficienti sono: **Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Umbria, Piemonte, Marche e Toscana**, a cui si aggiungono **Emilia Romagna e Veneto**. Le difficoltà maggiori si riscontrano in: **Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Lazio**. **La Basilicata, indicata come possibile regione benchmark del Sud, si colloca a metà tra questi due schieramenti**. Nello stesso Rapporto emerge che, nel giro di 50 anni, "il peso della spesa sanitaria si avvi-

cinerebbe a quello della spesa pensionistica, che si dovrebbe stabilizzare al 14% del Pil". **Nel 2008, la spesa sanitaria complessiva in Italia è stata del 9% del Pil**, meno di quanto speso da Germania e Francia (entrambe, all'11%) e dagli Stati Uniti (16%), mentre, per quanto riguarda, la scomposizione tra spesa pubblica e privata, il nostro Paese risulta in linea con i principali Paesi europei: in Italia, nel 2009, l'incidenza è stata pari al 77,3%; in Francia al 77,8% e in Germania al 76,8%. Stando alle previsioni, in futuro, i Paesi a economia sviluppata fronteggeranno costi per la sanità fortemente crescenti, con trend potenziali che, nel lungo periodo, 2050-2060, in Italia potrebbero giungere a raddoppiare l'incidenza della componente pubblica sul Pil.

"Le restrizioni sul part-time penalizzano le infermiere"

"Norme troppo restrittive sul part-time rischiano di danneggiare e penalizzare migliaia di infermiere. Se poi si dovessero rivedere pure i part-time pregressi, allora bisognerebbe fare un'attenta riflessione sulla materia". A dichiararlo è **Annalisa Silvestro**, presidente della Federazione nazionale Ipasvi che ha commentato così la norma inserita nel Ddl Lavoro - approvato in Senato e ora all'esame della Camera - che prevede regole più stringenti in materia part-time, compresa la possibilità della revoca dell'orario ridotto, nel caso l'amministrazione ritenga di avere vuoti in organico. Una stretta che potrebbe riguardare anche i contratti part-time stipulati, con le vecchie regole, prima del 2008. "Una discreta preoccupazione c'è - sottolinea Silvestro all'*Adnkronos Salute* - : non si possono da una parte pensare politiche a favore della famiglia e dall'altra adottare leggi che contrastano con questo principio. Ci sono moltissime infermiere che, oltre al lavoro, si occupano anche di accudire genitori e parenti anziani. Non vanno penalizzate". Per il presidente dell'Ipasvi, una soluzione al problema potrebbe essere quella di "rivedere i part-time erogati in passato e valutare, caso per caso, se esistono ancora motivazioni valide per mantenere l'orario ridotto. Su questa materia - conclude Silvestro - servono comunque regolamenti interni alle aziende. Magari più restrittivi, ma più trasparenti".

Neonati stranieri: la mortalità aumenta del 50%

I neonati stranieri nati nel nostro Paese hanno molte più probabilità rispetto a quelli italiani di morire alla nascita o nella prima settimana di

vita; di nascere con malformazioni congenite, da un parto prematuro o con un basso peso. Inoltre, i figli degli stranieri corrono il 50% in più il rischio di morire rispetto agli altri: questi bambini possono nascere prima del termine della gravidanza con una percentuale del 24% più elevata, la stessa che si registra nel caso di basso peso alla nascita e poi c'è un rischio del 61% più alto di riportare malformazioni congenite. Questi numeri, presentati in occasione del convegno: "Partorire in terra straniera. La complessità dell'accoglienza", sono il frutto di un'analisi di 65 indagini condotte tra il 1966 ed il 2004 in 12 Paesi europei e rappresentano lo scenario su cui si innesta il tema dell'accoglienza in ospedale delle donne straniere. **La nazionalità più rappresentata nelle sale parto, dopo quella italiana è quella romena (35% del totale), seguita da quella albanese e dalla marocchina.** E tra le donne straniere è in preoccupante aumento anche il tasso di aborti, arrivato al 40% del totale. Quanto alle patologie dei neonati figli di stranieri, quelle più frequenti sono le infezioni dell'apparato urinario; l'anemia e la malattia emolitica del neonato che si manifesta nei bambini con gruppo sanguigno Rh positivo, nati da madri Rh negative, che producono anticorpi anti-Rh capaci di attraversare la placenta e distruggere i globuli rossi del feto, generando anemia.

Infermieri nei Ps, ordini toscani ed emiliani divisi

Scavano un solco tra gli ordini dei medici dell'Emilia Romagna e della Toscana i progetti che nelle due Regioni vedono il personale infer-

mieristico delle strutture ospedaliere impegnato sperimentalmente in attività che appartengono alla professione medica, come la presa in carico dei codici bianchi o l'invio diretto allo specialista. Per gli Omceo emiliano-romagnoli, in questi programmi si celerebbero profili di abuso della professione medica, sospetto che ha spinto Bologna a imboccare la strada dell'esposto alla magistratura; per i toscani, invece, non si tratterebbe altro che di innovazioni organizzative dirette a migliorare l'efficienza dei servizi sanitari. Così almeno spiega il presidente della Federazione regionale degli ordini della Toscana, **Antonio Panti**, ripercorrendo la storia di uno dei tre progetti messi all'indice dagli emiliani, il "See and treat": «Il programma venne varato sulla scorta di una proposta che non arrivava dalla giunta ma dal Consiglio sanitario regionale, nel quale rivestì la carica di vicepresidente. E questa proposta fu a sua volta il risultato delle richieste e degli inviti che provenivano dai direttori dei dipartimenti di emergenza e urgenza degli ospedali toscani. Tant'è vero che tutti gli ordini della regione, tranne Lucca, l'hanno sostenuta». Per Panti, in sostanza, in questi programmi non si nasconde alcun abuso della professione. «Con quell'iniziativa» spiega «non abbiamo fatto altro che mettere nero su bianco quello che già oggi avviene in tutti i Pronto soccorso e in tutte le ambulanze del 118. Anzi, abbiamo fatto chiarezza indicando anche i protocolli organizzativi e gli algoritmi medici più opportuni, per la sicurezza dei cittadini». Il presidente della Federazione degli omceo toscani nega anche l'esistenza di obiettivi di risparmio. «Non abbiamo fatto altro che prendere quanto già si fa da tempo nei paesi anglosassoni. Oggi gli infermieri sono dottori delle scienze infermieristiche, hanno tutti gli strumenti per prendere in carico codici bianchi e problemi di bassa complessità. Per lasciare ai medici quell'alta complessità che dovrebbe essere la nostra vera pertinenza. Quando sento parlare di codici bianchi delegati ai medici di famiglia mi arrabbio, noi dovremmo occuparci di ben altro».



Recco premia un Infermiere

E' **Albaz El Moustapha** l'Infermiere che ha ricevuto il premio **De Barbieri d'argento**, importante e prestigioso riconoscimento che ogni anno viene dedicato al personale sanitario che si distingue per la dedizione e la professionalità con la quale ci si rivolge agli assistiti. La cerimonia è stata curata dalla Croce Verde di Recco ed ha visto la premiazione a cura del Presidente.. il quale ha consegnato personalmente il premio al collega Moustapha. Le motivazioni della scelta sono riassumibili nelle capacità professionali e umane che hanno valorizzato l'impegno professionale a favore dei cittadini fragili che devono poter contare su Infermieri qualificati, motivati e attenti ai bisogni assistenziali di chi si rivolge alle nostre cure.



Apri lo Sportello Multilingue

E' partito il 18 novembre 2010 lo Sportello Multilingue della ASL 3 Genovese. E' un luogo aperto a tutti gli stranieri che desiderano ricevere informazioni sui servizi sanitari e socio-sanitari del territorio, con personale madrelingua e multilingue. Il servizio viene svolto dall'ufficio URP sito in Largo San Giuseppe 2 a Genova. Si tratta di una iniziativa che pone attenzione ai bisogni sanitari della popolazione straniera e quindi riferimento prezioso per chi conosce poco la realtà sanitaria genovese e rischia di utilizzare in maniera inappropriata vari servizi sanitari tra i quali il Pronto Soccorso. Al suo interno viene privilegiato quale strumento di relazione con le persone la mediazione culturale per conoscere, essere orientati e poter accedere ai servizi sanitari presenti all'interno della ASL più grande d'Italia.



"Premio Rosetta Caldirola"

Si è svolta il primo dicembre la cerimonia di consegna delle borse di studio riconosciute ai vincitori della sesta edizione del bando di gara in memoria di Rosetta Caldirola organizzato, come consuetudine, dal Collegio IPASVI di Genova.



La manifestazione, svoltasi presso il CISEF – Badia Castagna, ha visto la presenza di oltre 100 partecipanti ed il coinvolgimento di numerosi colleghi e di tante autorità a testimonianza dell'affetto e della stima che Rosetta Caldirola ha saputo instaurare durante gli anni di lavoro e del concreto contributo offerto per la crescita della professione.

Hanno partecipato alla giornata l'Assessore alla Salute Claudio Montaldo, il Direttore del CISEF Antonio Infante, il Direttore generale dell'Istituto G. Gaslini Paolo Petralia, i Direttori Sanitari che in passato

hanno lavorato con Rosetta Caldirola Silvio Del Buono (Direttore Sanitario del Gaslini) e Roberto Tramalloni (attuale Direttore Sanitario dell'Ospedale Galliera).

Il bando di concorso ha visto la presentazione di ben 14 lavori, un record assoluto a testimonianza del grande interesse che vede coinvolti sempre più colleghi nella preparazione e valorizzazione del lavoro di ricerca in campo infermieristico.

I lavori selezionati hanno trattato tematiche quali l'organizzazione del lavoro nelle diverse realtà operative, la gestione assistenziale di problemi correlati all'adulto ed al bambino, l'impiego di strumenti per la gestione dei processi di burn-out, l'azione educativa al malato ed ai suoi familiari, e tanto altro ancora.

L'evento ha visto precedere l'esposizione dei partecipanti da una lezione magistrale tenuta dalla collega Prof. sa Loredana Sasso sull'importanza e il ruolo strategico della Ricerca applicata in campo infermieristico. La Commissione giudicatrice composta dalle colleghe Marina Picconi, Tiziana Chiossone e Laura Fornoni, dopo una scrupolosa valutazione dei lavori presentati, ha espresso il proprio parere stilando la



seguente graduatoria:

1) L'Audit clinico come strumento per migliorare le prestazioni assistenziali (infermieristiche) in riferimento al sistema di Certificazione ISO: sperimentazione

Giacomo Robello et altri

2) Promozione allattamento materno e miglioramento dell'assistenza alla madre nutrice ed al neonato con "bisogni speciali" nell'IRCCS G. Gaslini di Genova

Asprea Teresa et altri

3) Percorso nascita: una sfida del dipartimento ostetrico neonatale per migliorare l'accoglienza della famiglia immigrata attraverso la rilevazione dei loro bisogni

Asprea Teresa et altri

4) La definizione delle job description degli infermieri del Dipartimento delle Dipendenze attraverso il modello delle competenze

Spina Margherita et altri

Al momento della premiazione avvenuta per mano di Lucia Sperlinga, Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie dell'Istituto G. Gaslini, i presenti all'evento hanno partecipato con commozione e profondo rispetto nei confronti di Rosetta, ricordata anche tramite la proiezione di alcune sue immagini.

E' stata una serata ricca di emozioni a conferma delle grandi risorse che gli Infermieri possiedono ed offrono in ogni gesto e nella quotidianità del proprio lavoro: un segno tangibile della nostra opera e del nostro impegno a favore del bene più prezioso quale è la Salute.



Carta Europea sull'Alcol

Cinque principi etici e obiettivi

A sostegno del progressivo sviluppo del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, la Conferenza di Parigi invita tutti gli Stati Membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, i seguenti principi etici ed i seguenti obiettivi, tenendo conto del fatto che questo documento non conferisce diritti legali.

Tutti hanno diritto ad una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche.

Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione ed un'educazione valida e imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche ha sulla salute, la famiglia e la società.

Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche.

Tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili.

Tutti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro hanno diritto ad essere salvaguardati da pressioni al bere e sostenuti nel loro comportamento di non-consumo.

Dieci strategie per una azione sull'alcol

Le ricerche ed il successo degli interventi in diversi Paesi hanno dimostrato che si possono ottenere benefici a livello sanitario ed economico in tutta la Regione Europea qualora vengano implementate le seguenti 10 strategie per la promozione della salute nell'ambito di un'azione sull'alcol, al fine di rendere effettivi i principi e gli obiettivi sopra elencati, nel rispetto delle differenze culturali e dei diversi contesti giuridici, sociali ed economici di ciascuno Stato Membro:

1 Informare le persone degli effetti che il consumo di bevande alcoliche può avere sulla famiglia e la società e delle misure efficaci che si possono prendere per prevenirne o ridurne i possibili danni, realizzando, a partire dalla prima infanzia, programmi educativi di vasta portata.

2 Promuovere ambienti pubblici, privati e di lavoro, protetti da incidenti, violenza e altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche.

3 Emanare ed applicare leggi che scoraggino efficacemente di mettersi alla guida dopo aver consumato bevande alcoliche.

4 Promuovere la salute attraverso il controllo della disponibilità - ad esempio in relazione alla popolazione giovanile - ed attraverso interventi sui prezzi delle bevande alcoliche - ad esempio tramite la tassazione.

5 Attuare severe misure di controllo, tenendo conto dei limiti o dei divieti esistenti in alcuni Paesi sulla pubblicità, diretta e indiretta, di bevande alcoliche e assicurare che nessuna forma di pubblicità sia specificamente diretta ai giovani, ad esempio collegando alcol ed eventi sportivi.

6 Assicurare l'accesso e la disponibilità di efficaci servizi di trattamento e riabilitazione, con personale opportunamente formato, alle persone con consumi a rischio o dannosi ed alle loro famiglie.

7 Incoraggiare un maggiore senso di responsabilità etica e giuridica tra coloro che operano nei settori del marketing o del commercio di bevande alcoliche e incentivare severi controlli sulla qualità e sicurezza del prodotto ed attuare norme appropriate contro la produzione e le vendite illegali.

8 Accrescere le capacità della società di occuparsi delle problematiche dell'alcol attraverso la formazione degli operatori dei vari settori coinvolti, quali quello sanitario, sociale, educativo e giudiziario, contestualmente al rinforzo ed allo sviluppo del ruolo centrale della comunità.

9 Sostenere le organizzazioni non-governative e i gruppi di auto-aiuto che promuovono stili di vita sani, in particolare coloro che operano nell'ambito della prevenzione o della riduzione dei danni alcol-correlati

10 Formulare programmi di ampia portata negli Stati membri, tenendo conto di questa Carta Europea sull'Alcol: definire chiaramente obiettivi e indicatori di risultato; monitorare i progressi e assicurare l'aggiornamento periodico dei programmi basati sulla valutazione.

La Carta Europea sull'Alcol è stata adottata alla "Conferenza Europea su Salute, Società e Alcol" organizzata dal Regional Office for Europe dell'OMS e ospitata dal Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali Francese.

I partecipanti sono stati 371 incluso 180 delegati ufficiali provenienti da 46 dei 49 paesi Stati Membri della European Region dell'OMS, e la conferenza si è tenuta a Parigi dal 12 al 14 dicembre 1995.

La traduzione italiana della Carta Europea sull'alcol è stata realizzata a cura dei Ministeri della Sanità d'Italia, in collaborazione con la Fondazione Istituto Andrea Devoto, Eurocare e la Società Italiana di Alcologia.

L'approccio ecologico sociale ai problemi correlati all'uso delle sostanze psicoattive

*Dott. Giorgio Schiappacasse
U.O. Ser. T. Centro-Levante - ASL 3 Genovese*

Il panorama dei problemi correlati all'uso delle sostanze psico-attive siano esse legali o illegali è molto più ampio di quanto ci piace immaginare e considerare. Questo panorama è così ampio e complesso che possiamo ritenere che tutti noi, tutte le nostre famiglie e le nostre comunità siano toccati in modo diretto o indiretto da questo problema e dalle sue conseguenze (problemi correlati), pensiamo ad esempio agli incidenti stradali.

Passato lo "Tsunami AIDS" che ha inciso profondamente nelle pratiche cliniche e negli assetti organizzativi (a volte in modo più ideologico che scientifico), siamo di fronte ad un imponente fenomeno di "consumo" generalizzato e "normalizzato" di tutte le sostanze psicoattive (legali e illegali, : soprattutto tra i giovani). Anche la prescrizione e il consumo di psicofarmaci è in forte espansione a fronte di un disagio crescente nella popolazione in generale e non può non essere un dato allarmante su cui è necessario interrogarsi e riflettere.

Se aggiungiamo poi all'uso di sostanze psicoattive i comportamenti compulsivi assimilabili, (gioco d'azzardo, disturbi alimentari, ecc.), l'allarme si può trasformare in vero e proprio panico...dove siamo finiti? ... come ci siamo finiti? ... come ne usciamo?

E' necessario trovarne una nuova, più ampia e completa che faccia da punto di riferimento concettuale e pratico, sia per le prassi cliniche che per impostare i nuovi assetti organizzativi, necessari sia nei Servizi che nell'operatività più in generale. Guardiamo quali sono i concetti che, pur nel caos di questi anni, si sono andati

affermando e che sono sostenuti e promossi attualmente anche dall'OMS.



In primo luogo il concetto di RISCHIO correlato all'uso di sostanze psicoattive. Un ragionare moderno e attento ha abbandonato da anni il concetto di "abuso" per la sua indeterminatezza ed ambiguità. Oggi si parla di rischio, di corretta, completa e costante informazione, di consapevolezza, di scelta, di responsabilità, di coinvolgimento globale di tutti, di interdipendenza dei comportamenti e degli stili di vita. Il "rischio" riguarda tutti (esiste anche un rischio passivo), è necessario esserne consapevoli e non avere paura di uscire dalle false sicurezze della delega, della de-responsabilizzazione e del riduzionismo spesso sostenute da interessi di comodo e di mercato.

Abbiamo imparato in particolare:

- ◆ l'importanza del lavorare con le famiglie (approccio familiare). La famiglia va sempre vista come la prima risorsa. Va sostenuta, informata, attivata e resa compartecipe, nei modi dovuti, al percorso di trattamento.

- ♦ l'importanza della cooperazione con il privato sociale che ha avuto due importanti direzioni di sviluppo a partire dalla fine degli anni '70:

1) la realtà delle comunità terapeutiche sia a sfondo educativo che di accoglienza (oggi sono diverse centinaia su tutto il territorio nazionale, molte convenzionate)

2) le Associazioni territoriali di autotutela e promozione della salute (Club degli Alcolisti in Trattamento (+ di 2000 club) e il sistema dei 12 passi: Alcolisti Anonimi, Al-anon, Narcotici Anonimi, Familiari Anonimi ...(+ di 600 gruppi-). Queste realtà sono la vera e sorprendente novità degli ultimi anni con due importanti caratteristiche: la gratuità per le famiglie e per il sistema, e la garanzia di continuità del trattamento su tutto il territorio anche su un piano internazionale

- ♦ l'importanza di considerare il continuum delle sostanze come impatto complessivo sull'individuo, sulle famiglie e sulla società. (questo sia come co-presenza nell'individuo o nella famiglia che come possibile uso sequenziale nel tempo). Tutte le sostanze psicoattive vanno considerate nel loro insieme. Questo ha un significato profondo sia sul piano clinico che per quanto riguarda le politiche di prevenzione e promozione e protezione della salute più in generale.
- ♦ a guardare alle sostanze e ai comportamenti al di là degli aspetti legali spesso condizionati da fattori di tradizioni culturali mutevoli nel tempo e non supportati spesso da reali evidenze epidemiologiche. Ci si rende conto in questo modo della contraddittorietà e della confusione presenti nei messaggi passati dai nostri contesti culturali ed in particolare della confusione che regna anche in ambito medico e/o psicologico, anche negli addetti al settore spesso legati a visioni riduzionistiche e settoriali spacciate per scientifiche

Ci siamo inoltre resi conto di come siano profondi i legami tra i problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive ed i comportamenti e i messaggi generalmente accettati o addirittura incentivati dalla società

nel suo complesso (tradizioni, pubblicità diretta e indiretta, interessi commerciali, interessi professionali, posizioni di comodo e semplicistiche, omissione di informazione o intervento, ...).

Tale moderno approccio, che si sta affermando in molti campi della scienza, sottolinea i profondi legami e le continue interazioni che esistono tra INDIVIDUO-FAMIGLIA-SOCIETÀ'.

Questi tre elementi, da qualsiasi punto di vista si parta, devono essere considerati come un "insieme" che non può concettualmente essere frammentato se non con il rischio di creare visioni distorte e parziali che non permettono di sviluppare a pieno le risorse e le potenzialità presenti nel nostro lavoro, nelle nostre professionalità, nelle persone, nelle famiglie e nelle comunità in cui lavoriamo (e viviamo!).

Le nostre azioni e le nostre organizzazioni devono favorire la crescita e maturazione di tutti e tre gli elementi in gioco, indipendentemente dal punto di osservazione che abbiamo scelto, che è opportuno o che ci è permesso in quel momento.

Essere coerenti con queste premesse non è sempre facile così come trasformare questi concetti in azioni concrete.

Di solito ci dimentichiamo che è più importante introdurre piccoli cambiamenti e mantenerli in modo costante nel tempo piuttosto che fare grandi dichiarazioni di principio e poi lasciare che l'operatività rimanga inalterata.

Dobbiamo migliorare nella nostra capacità di valutare le ricadute più ampie e complessive che i nostri singoli interventi e che le nostre organizzazioni hanno nel tempo sulla crescita e maturazione del sistema salute nel suo complesso (visione ecologica).

Qualche esempio concreto:

- ♦ Famiglia e territorio, famiglia e ospedale: le famiglie si sentono accolte dalle organizzazioni territoriali e ospedaliere o più spesso misconosciute nel loro ruolo fondamentale di sostegno e accompagnamento del paziente? Sono valutate anche le necessità dei familiari? Vengono date a questi le

indicazioni necessarie? Il loro ruolo è sostenuto e valorizzato? Con quali azioni concrete? Dispiace osservare che anche nelle denominazioni rischiamo di perdere la cultura di attenzione alla famiglia nel suo complesso: vedi il passaggio dalla denominazione di Medico di Famiglia a quella di Medico di Medicina Generale, forse al servizio di una pseudo scientificità di facciata

- ◆ Quale attenzione è riservata nelle nostre organizzazioni agli interventi di Prevenzione, cioè di cultura sanitaria generale? Utilizziamo i momenti di incontro tra cittadino, famiglie e "pianeta salute" come occasione per fare promozione della salute? Lo consideriamo un nostro preciso compito e dovere o demandiamo ad altri? Quali iniziative concrete, ripetibili nel tempo e sostenibili nei costi abbiamo avviato? Ci pare che ci sia ancora molto da fare.
- ◆ Sosteniamo ed incoraggiamo lo sviluppo delle Associazioni di cittadini e famiglie che mettano al centro della loro attenzione i temi della loro salute o riteniamo che solo il medico e gli specialisti possono parlare di salute? Siamo consapevoli che senza un adeguato sviluppo di tali Associazioni nei diversi settori falliremmo nella possibilità di fornire cure e assistenza adeguata a tutti ed in particolare ai più soli e ai più poveri? Siamo consapevoli, in particolare, che non potremo garantire il necessario sostegno emotivo e la necessaria continuità nel tempo alle problematiche che presentano una elevata cronicità o la tendenza alla ricaduta? Ci impegniamo per lo sviluppo di tali Associazioni? Ci impegniamo per costruire percorsi comuni di confronto e formazione tra professionisti e cittadinanza attiva? Siamo consapevoli del bisogno enorme di "ascolto" che rimane oggi inevaso e che trova espressioni o risposte improprie (spesso legate alla richiesta o prescrizione di farmaci non necessari)?

Il ruolo del "professionista" territoriale oggi va inteso come attivatore di risorse e percorsi più che fornitore di risposte. Un "motore di ricerca" che sappia individuare il percorso più adatto sfruttando al meglio tutte le risorse e le informazioni della "rete".

Occorre riconoscere, tutti, la propria parzialità e la necessità di connettere tale parzialità a quella degli altri per un risultato che non è solo la somma delle parti : lavoro in squadra.

Sentire e lavorare in questo modo rappresenta un vero e proprio valore etico-spirituale.

Questo "valore", per le sue caratteristiche di rispetto dell'"ambiente", per la capacità di utilizzare o riutilizzare tutte le componenti in campo senza sprecarle o disperderle, per la necessaria attenzione ai costi e alla ottimizzazione delle risorse, per la consapevolezza dell'interdipendenza reciproca rimanda ad una visione ECOLOGICA dei rapporti umani e dei rapporti tra servizi e tra questi e le Associazioni di autotutela e promozione della salute (approccio ecologico-sociale)



PROPOSTA DI UN MODELLO MULTIDISCIPLINARE

Il disagio collegato ai problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive (disagi nei bambini e nelle famiglie, disagi nelle coppie, violenze domestiche, comportamenti violenti nelle relazioni sociali, incidenti e difficoltà sul lavoro, incidenti stradali, problemi comportamentali nei giovani, separazioni, omicidi, suicidi, violenze, tumori e altre malattie) emerge alla nostra osservazione in tre aree fondamentali ognuna con le sue specificità e con diversi settori al suo interno:

1. AREA SOCIALE. (coinvolgendo Servizi Sociali, Centri di ascolto, Noac, servizi per senza dimora, forze dell'ordine, T.M., Tribunale della Famiglia....)

2. AREA SANITARIA TERRITORIALE (coinvolgendo medici di medicina generale, pediatri, commissione patenti, servizi per le tossicodipendenze e per la salute mentale, medicina scolastica, 118, diagnostica di laboratorio).

3. AREA SANITARIA OSPEDALIERA (reparti di gastroenterologia e trapianti, neurologia, psichiatria, ortopedia e traumatologia, oncologia, pronto soccorso).

E' necessario individuare alcuni punti in comune che facciano da base alle iniziative di studio, cooperazione e formazione avviate dalle varie realtà nel campo dei problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive.

Senza questa base di linguaggio e valori condivisi rischiamo di disperdere risorse ed esperienze preziose, ma soprattutto di dare messaggi culturali confusi e contraddittori a svantaggio degli utenti e delle loro famiglie in primo luogo e della possibilità di costruire una "rete" di Servizi realmente efficace.

Consapevoli di questa necessità e aderendo ai principi sopra enunciati il nostro Gruppo di Lavoro ha deciso di proporre a tutte le realtà del nostro Territorio, nel rispetto delle singole autonomie e specificità, di aderire a questo documento impegnandosi, a promuovere tutti:

◆ L'APPROCCIO FAMILIARE: tale approccio sottolinea che tutta la famiglia deve essere informata, resa partecipe e consapevole (nei modi dovuti ed opportuni) dei percorsi di trattamento. Attenzione ed indicazioni vanno date a tutti i membri della famiglia stessa. Tutta la famiglia è coinvolta nei problemi ma rappresenta anche la prima risorsa.

◆ L'APPROCCIO DI POPOLAZIONE: tale approccio è raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in particolare per le politiche di prevenzione. Esso enuncia che una adeguata politica di prevenzione dei problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive deve mirare alla riduzione dei consumi di queste nella popolazione generale e non solo su target specifici (questa attenzione comprende quella dell'uso di psicofarmaci).

Questo è ottenibile se tutte le forze in campo sviluppano azioni di sensibilizzazione sui "rischi" correlati

all'uso di tutte le sostanze psicoattive siano esse legali o illegali.

◆ LA CONOSCENZA, IL SOSTEGNO, LO SVILUPPO E LA COLLABORAZIONE CON LE ASSOCIAZIONI DI AUTOTUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE COSTITUITE DAI CITTADINI E DALLE LORO FAMIGLIE: queste Associazioni hanno dimostrato in questi anni, (es: Alcolisti Anonimi, Club degli Alcolisti in Trattamento) su un livello internazionale, di rappresentare la risposta più efficace, più territorializzata e più accettabile come costi per il trattamento a medio- lungo termine dei problemi alcol-correlati e rappresentano modelli di riferimento consolidati per lo sviluppo di realtà specifiche nei diversi settori.

I trattamenti di natura intensiva (Servizi pubblici e del Privato sociale) hanno il dovere di cooperare e far conoscere queste Associazioni o di svilupparne di nuove nei settori mancanti, calibrando i loro interventi in sintonia con queste associazioni ogni qual volta ciò sia possibile. Questo deve far emergere una nuova etica ed identità professionale che dobbiamo pretendere come cittadini ed amministratori dai nostri professionisti. Non si può più lavorare, anche nel sociale, come 30 anni fa senza risponderne da un punto di vista etico e non solo.

E' necessario promuovere il confronto di tutto il sistema con le realtà più avanzate nel settore sia su un piano nazionale che internazionale.



recensione



Bianca come il latte, rossa come il sangue *di Alessandro D'Avenia*

Edito da Mondadori

E' la storia di Leo, un sedicenne come tanti, capelli leonini e chitarra elettrica alla mano; le ore passate sui banchi di un Liceo Classico scorrono noiose con i prof considerati "una specie protetta che spera si estingua definitivamente".

La sua vita pare oscillare tra la banalità quotidiana che accomuna molti, non solo adolescenti e una scintilla che spinge a vivere più intensamente. Questa scintilla viene alimentata da un giovane supplente di Storia e Filosofia che, dapprima irriso e considerato "sfigato", fa intravedere a Leo la possibilità di provare gusto in ciò che fa e persino in ciò che studia, come nelle relazioni, nel cercare di perseguire

i propri sogni.

Nella vita di Leo ad un certo punto irrompe il dolore: Beatrice, che è il suo sogno, che incarna l'amore che lui non ha ancora avuto il coraggio di confessarle, si ammala di un male incurabile. Il bianco del nulla, della perdita, della paura e della morte si mescola e si alterna con il rosso della passione, della vita, del colore dei capelli di Beatrice e questa realtà dirompente lo porterà a trovare il coraggio di guardare dentro di sé e di scegliere se accontentarsi

della superficie delle cose o provare a credere in qualcosa di più grande dove anche le relazioni assumono significati fino a quel momento inesplorati. L'intimità coraggiosa che costruisce con Beatrice, l'amicizia con Silvia che rappresenta per lui la sicurezza e la serenità cui anela e che poi gli aprirà orizzonti inattesi, la dura prova della delusione, un nuovo dialogo con suo padre del quale scopre sogni non immaginati, sono esperienze che gli fanno prendere coscienza di se stesso, delle proprie potenzialità, debolezze, risorse e pieghe nascoste che trova la forza di guardare... Non è solo un romanzo di formazione per gli adolescenti; forse molti adulti potrebbero trovare il desiderio di riscoprire quella scintilla che brilla negli occhi e fa guardare al di là del grigiore quotidiano per cercare di cogliere la vita nella sua pienezza e ciò per cui vale davvero la pena di vivere.

Marina Gaggero



Collegio Infermieri Professionali
Assistenti Sanitari Vigilanti d'Infanzia

Home
Concorsi
Il Codice Deontologico

Il nostro Collegio
Progetto Rete
I Collegi Provinciali

I nostri servizi
Progetto Infermiere
Normativa

L'Assicurazione
Biblioteca
Newsletter

Collegio Provinciale
di Genova

Formazione
La Federazione
Bacheca

clicca su
www.genova.ipasvi.it



il nostro sito...
... il tuo sito!



*Auguri di Buon Natale
e sereno 2011
dal Collegio di Genova*

