

progetto INFERMIERE

ANNO 2013 • N. 2

Tariffa stampe periodiche in regime libero - Poste Italiane S.p.A

Spedizione in abbonamento postale 70% - DBC Genova

In caso di mancato recapito restituire a: Collegio IPASVI - Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4° piano - 16122 GENOVA



focus su

***La persona con ictus cerebrale:
uno studio di ricerca per
il supporto e l'educazione
agli stili di coping
dei caregiver e familiari***

***La bella d'Irlanda
Il percorso: idea, progetto,
attivazione, obiettivo***



Collegio di Genova
www.genova.ipasvi.it

Piano Formativo II° semestre 2013

Direttore Responsabile
Carmelo Gagliano

Vice Direttore
Marisa De Paoli

In Redazione
Gagliano Carmelo, De Paoli Marisa,
Tibaldi Laura, Vivaldi Ezio,
Biasotti Antonella Marina,
Canepa Maurizio, Chiesa Stefano,
Crepaldi Bruna, Del Papa Marcello,
Federico Luigi, Fiorenza Antonio,
Profumo Paola, Porcu M. Assunta,
Ruggiero Salvatore, Serpico Stella

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

Redazione e Ufficio stampa
Via SS. Giacomo e Filippo 19/7
4° piano
16122 Genova
Tel. 010.590611
Fax 010.8442516
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:

Gloria Santiago, Ezio Vivaldi,
Silvia Gori, Raul Quinzi,
Laura Cavicchi, Gianluca Lomaglio,
Antonio Fiorenza, Salvatore Ruggiero,
Carmelo Gagliano.



IPASVI

Collegio di Genova

sommario

3 L'editoriale

5 La persona con ictus cerebrale: uno studio di ricerca per il supporto e l'educazione agli stili di coping dei caregiver e familiari

12 Notizie in breve

18 La senti questa voce?

21 Bilancio consuntivo 2012

24 Lourdes, l'infermiere al servizio dei malati

26 La bella d'Irlanda Il percorso: idea, progetto, attivazione, obiettivo

28 Piano formativo II° semestre 2013

L'editoriale

di Carmelo Gagliano

Cari Colleghi,

ci apprestiamo a far fronte ad una ennesima estate "calda" sotto tutti i punti di vista e come sempre NOI ci siamo. Ci siamo nel dare assistenza ai cittadini che si affidano a noi, ci siamo nel mantenere alta l'attenzione sui bisogni di salute della popolazione, ci siamo nel garantire formazione continua e aggiornamento, ci siamo per essere punto di riferimento per i colleghi neo-laureati che si stanno confrontando con un mercato del lavoro sempre più difficile. Queste affermazioni non sono di parte ma trovano conferma da fonti autorevoli. L'O.C.S.E. ha pubblicato il suo rapporto sui sistemi sanitari dei Paesi membri. L'Italia, nel 2011, è ancora sotto la media per la spesa sanitaria sia procapite, sia in rapporto al Pil. Nel 2011 l'Italia aveva **6,3 infermieri per 1.000 abitanti**, al di sotto della media Ocse di 8,7 infermieri per 1.000 abitanti. Al contrario, il numero dei medici era ben superiore alla media Ocse: ben 4,1 per mille abitanti contro 3,2.

Anche sul fronte della spesa e del finanziamento in sanità il documento rileva tra l'altro che la spesa sanitaria totale ha rappresentato il 9,2% del Pil nel 2011, leggermente al di sotto della media Ocse (9,3%) e anche al di sotto dei Paesi Bassi (11,9%), della Francia (11,6%) e della Germania (11,3%).

Siamo sotto la media Ocse anche per quanto riguarda i posti letto: 3,4 per mille abitanti contro 4,8 della media europea e quindi non ci possiamo stupire se nei Pronti Soccorso c'è sempre tanta umanità.

In questi ultimi mesi abbiamo dovuto assistere a numerosi attacchi giornalistici alla professione, non ultimo la dichiarazione vergognosa di una giornalista che ha fatto infuriare tutti noi e che ha determinato l'avvio di una denuncia penale nei suoi confronti per dilleggio e oltraggio alla nostra professione.

In tal senso vi preannunciamo che il Consiglio Direttivo ha definito un contratto con l'emittente Primocanale per una serie di **trasmissioni televisive** che vedranno protagonisti noi infermieri e la prima trasmissione verterà sul **rapporto Mass media – Infermieri**. Ve ne daremo puntuale pubblicizzazione attraverso il nostro sito.

Questa scelta è stata dettata dai numerosi articoli di giornale che fanno confusione tra Infermieri e altri e grazie alle puntuali osservazioni e segnalazioni da parte di Voi ci siamo impegnati sul piano della **tutela della dignità della professione** attraverso l'attivazione in ambito locale ma anche nazionale, di specifici procedimenti disciplinari che hanno il solo obiettivo di difendere e proteggere tutte le colleghe e i colleghi che quotidianamente e silenziosamente lavorano con altruismo e dedizione.

Abbiamo anche dedicato attenzione e continueremo a farlo, ai colleghi neo laureati. Il Consiglio Direttivo ha realizzato la prima **Giornata di Benvenuto per i colleghi neo-laureati**, un'esperienza che vogliamo consolidare nel futuro e che è stata molto partecipata ma anche ricca di spunti, riflessioni e proposte per dare supporto ai colleghi che si trovano a confrontarsi con un mercato del lavoro sempre più complesso.

E le prospettive future possono diventare più rosee grazie alla presenza in Parlamento dei nostri colleghi Infermieri: il primo gesto concreto è stata la presentazione di una proposta di **rimforma ordinistica** avanzata in Commissione dalla nostra Presidente nazionale Annalisa Silvestro congiuntamente con il Presidente nazionale dell'ordine dei medici, Amedeo Bianco. Si tratta di una proposta di sintesi che prevede l'istituzione dell'ordine degli Infermieri e l'ammodernamento del sistema ordinistico di tutte le professioni sanitarie.

Un pensiero e un doveroso ringraziamento lo voglio rivolgere a tutti i colleghi e tutti gli studenti che ci hanno consentito di celebrare la **Giornata Internazionale dell'Infermiere** con grande partecipazione e insieme a tantissimi cittadini che ci hanno attestato la loro stima e ammirazione. E' stata una grande festa e l'occasione anche per parlare di Noi.

In questo numero troverete anche il **piano formativo del secondo semestre 2013**, ricco di eventi e pregnante nei contenuti grazie alle vostre proposte e commenti. Colgo l'occasione per invitare ancora una volta ciascuno di Voi ad avanzare proposte di formazione e suggerimenti al fine di rendere la formazione ECM un momento di vera crescita e di confronto utile e consolidato.

Una menzione speciale merita il congresso del progetto Rete che quest'anno avrà come titolo "**No violenza alle donne**" un impegno concreto e una voce forte contro la piaga quotidiana delle violenze alle donne.

Colgo anche l'occasione per anticiparVi che il nostro Collegio parteciperà ad un importante evento congressuale che si svolgerà a Torino il 30 Novembre 2013 dal titolo "Fare di più non significa fare mmeglio" per parlare di appropriatezza alle cure. E' la filosofia di fondo del movimento denominato SLOW MEDICINE: la spinta all'utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili deve partire da una assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e in primo luogo dagli Infermieri in alleanza con pazienti e cittadini. Questo allo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporli a rischi. L'idea è quella di identificare pratiche assistenziali ad alto rischio di in appropriatezza e, tramite la riduzione degli sprechi, ci si può attendere un uso più appropriato e più equo delle risorse disponibili e una maggiore sostenibilità economica e ambientale dei servizi sanitari.

Voglio concludere e nel salutarVi esprimo il mio/nostro Grazie attraverso il pensiero che ci ha inviato un nostro collega, Federico e che viene scritto da un acuto giornalista osservatore attento delle italiane vicende

"..Domenica mattina in ospedale. Telefonate a casa di gente che si strugge dal dolore e dalla nostalgia. Ultimi lamenti estenuati della notte che non voleva finire mai. Chi sta meglio non osa lamentarsi per l'insonnia. E in mezzo a questo normalissimo dolore di un reparto di chirurgia si muovono loro, gli infermieri. Capaci di allungarti una mano quando capiscono che la ferita ti rende complicato sollevarti, e poi di avvicinarti le ciabatte ai piedi, esperti nel fingere allegria. Ho sempre considerato il lavoro di cura in ambito sanitario fra le attività umane piu' delicate, faticose e complesse. La miseria delle retribuzioni del personale infermieristico rappresentano senza dubbio uno degli aspetti piu' evidenti dell'ingiustizia sociale. Fare l'infermiere e' un lavoro faticoso e usurante, anche se suppongo riservi la scoperta di incontri umani straordinari. Qui circola davvero l'umana santita', come in pochi altri luoghi."

Tratto da " La Sanità quotidiana e nascosta degli Infermieri" di Gad Lerner

La persona con ictus cerebrale: uno studio di ricerca per il supporto e l'educazione agli stili di coping dei caregiver e familiari

di:

Gloria Santiago - Infermiera
Carmelo Gagliano - Infermiere

INTRODUZIONE

Il termine caregiver viene utilizzato nella clinica per indicare la figura, maggiormente rappresentativa nell'ambito familiare, che fornisce assistenza informale ad un malato. Con questo lavoro abbiamo rilevato i bisogni primari, le reazioni emotive, gli aspetti psicosociali e l'adattamento dei caregiver e dei familiari dei malati affetti da Ictus cerebrale al fine di garantire una appropriata assistenza infermieristica e un appropriato supporto da parte dell'infermiere.

In Liguria ci sono circa 15 nuovi casi di Ictus al giorno (5.500 casi all'anno), perciò è importante che la figura del caregiver sia informata e sostenuta dall'infermiere e dai sanitari per poter fare fronte a questa patologia, che nella maggior parte, porta all'invalidità e riabilitazione per lunghi periodi, aumentando il carico assistenziale, riducendo il tempo libero dei caregiver/familiari e portando con sé fattori importanti di stress e disagio psicologico.

Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di due questionari rivolti ai caregiver/familiari all'interno dei Centri Ictus degli Ospedali San Martino e Villa Scassi per identificare quali sono i veri bisogni e le problematiche del caregiver. Que-

sti questionari focalizzano: il sovraccarico emozionale, il bisogno di maggiori informazioni sulla malattia, il legame con il paziente, la qualità di vita del caregiver e il suo stato di salute generale, l'impatto lavorativo per assistere il malato e quanto si è sentito sostenuto il caregiver durante il periodo di ricovero del paziente.

Successivamente alla raccolta di questi dati circa le caratteristiche dei caregiver e familiari, si è potuto illustrare il processo di assistenza infermieristica, opportuno e appropriato a garantire una risposta efficace per il coping dei caregiver e familiari.

LO STUDIO

Il termine anglosassone "caregiver", ovvero "colui che si prende cura" indica coloro che si occupano di offrire cure ed assistenza ad un'altra persona.

I caregiver possono essere familiari, amici o persone con ruoli diversi, che variano a seconda delle necessità dell'assistito e si riferisce a tutti i familiari che assistono un loro congiunto ammalato e/o disabile. Tale figura svolge un'importante funzione di raccordo e di mediazione tra i servizi ed il malato: da una parte costituisce la principale fonte delle informazioni utilizzate dagli ope-

ratori sanitari per valutare lo stato di salute ed il decorso della malattia, dall'altra funge da attuatore concreto delle indicazioni terapeutiche prescritte, diventando così parte integrante dell'equipe di cura.

I "caregiver" dei pazienti affetti da Ictus sono in genere donne (nel 75,7% dei casi), distribuite in modo piuttosto omogeneo, con valori compresi tra il 24% ed il 29%, tra le varie classi di età superiori ai 45 anni, mentre la quota di under 45 risulta più contenuta (pari al 19,1%)⁵²

Per lo studio è stato utilizzato il **Caregiver Burden Inventory, CBI6,7**, uno strumento molto diffuso per la valutazione del carico assistenziale percepito dal familiare nei suoi diversi aspetti:

- **Carico oggettivo** (associato alla restrizione di tempo a disposizione del caregiver e dipendente dal tempo richiesto dall'assistenza),
- **Carico evolutivo** (inteso come la percezione del caregiver di sentirsi "tagliato fuori" rispetto alle aspettative ed alle opportunità dei propri coetanei),
- **Carico fisico** (relativo all'affaticamento ed ai problemi di salute somatica),
- **Carico sociale** (relativo ai conflitti di ruolo con l'attività lavorativa o con il nucleo familiare),
- **Carico emotivo** (relativo ai sentimenti di vergogna e di imbarazzo provati nei confronti del proprio familiare);

Dalla ricerca è emerso che il 23% dei caregiver presenta un carico assistenziale percepito di entità elevata ed il 43% esprime la presenza di sintomi depressivi clinicamente significativi. Quasi la metà del campione presenta sintomi depressivi di grado clinicamente significativo ed un quarto circa dei caregiver intervistati manifesta livelli di carico assistenziale elevati.

Materiale e metodi

Le informazioni raccolte nel corso di questa ricerca hanno avuto lo scopo di compren-

dere il ruolo del familiare nell'assistenza quotidiana del paziente affetto da ictus, la consapevolezza della malattia e la sua gravità da parte del caregiver/familiare, indagare quali fattori influenzano la probabilità di essere colti o meno come figura principale nei confronti della persona malata ed evidenziare i bisogni primari del caregiver per una corretta assistenza e supporto da parte dell'Infermiere. Sono stati impiegati due distinti questionari:

• **Family Strain Questionnaire Short form (FSQ – SF)**

Il Family Strain Questionnaire (FSQ) è stato ampiamente validato ed utilizzato in diversi studi. Comprende un'intervista semi-strutturata e 30 items dicotomici (si/no) per lo studio delle problematiche caregiving-correlate. L'intervista semi-strutturata indaga sui dati anagrafici del caregiver e del paziente, con domande sui principali dati socio-demografici quali età, sesso, rapporto di parentela, titolo di studio e condizione professionale, la conoscenza e le convinzioni del caregiver sulla malattia del congiunto. Gli items si suddividono in 5 fattori: 'Sovraccarico Emozionale', 'Problemi nel coinvolgimento sociale', 'Bisogno di maggiori informazioni sulla malattia', 'Soddisfazione nelle Relazioni Familiari' e 'Pensieri di Morte'. Inoltre, 9 items indagano sentimenti di vergogna e fastidio per sintomi del paziente auto-attribuiti o attribuiti al paziente stesso. Più il punteggio dei vari fattori è alto, maggiori sono i problemi percepiti dal caregiver, ad eccezione del fattore 4, per il quale si inverte il punteggio.

• **Caregiver Questionnaire**

E' un questionario rivolto esclusivamente al caregiver per la valutazione del carico assistenziale percepito dal familiare nei suoi diversi aspetti. Comprende 12 items per valutare: Legame con il paziente, informazione del paziente sulla malattia, informazioni sulla disabilità e sull'impegno assistenziale, con domande che indagano la quantità e la tipologia di assistenza fornita dal caregiver,

eventuali aiuti esterni, autonomia/ dipendenza negli spostamenti; qualità di vita del caregiver, con domande relative al proprio stato di salute generale, al tempo libero a disposizione, al carico economico legato al caregiving, carico fisico sociale, emotivo, l'impatto lavorativo del caregiver per assistere il malato ei benefici, la difficoltà di assistere e quanto si è sentito sostenuto il caregiver durante il periodo di ricovero del paziente. Inoltre due domande sui principali dati socio-demografici quali età e sesso del caregiver.

Campione dello studio

La ricerca si è protratta nel periodo di settembre – ottobre del 2012 e sono stati coinvolti 30 caregiver di persone colpite da ictus.

I questionari sono stati somministrati nel Centro Ictus dell'ospedale Villa Scassi e nel Centro Ictus dell'Ospedale San Martino direttamente tramite colloquio con ogni familiare/caregiver per spiegare a loro l'obiettivo e scopo del lavoro, rispettando in entrambi i questionari, il tipo di compilazione anonima per rispettare la privacy.

Analisi dei dati

Di seguito vengono illustrati i principali dati emersi sugli aspetti di maggiore significatività per l'assistenza infermieristica specifica ai caregiver.

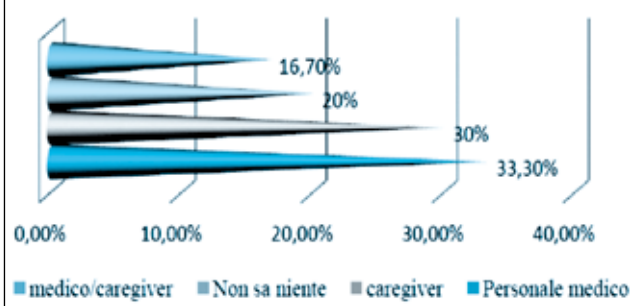
Per quanto riguarda l'aspetto della comunicazione, si chiede il tipo di informazione che ha il paziente che assiste, risultando che il 46,7% ha una informazione parziale, il 43,3% sa tutto mentre il 10% non è a conoscenza della sua condizione clinica.

Conoscenza della malattia da parte del pz



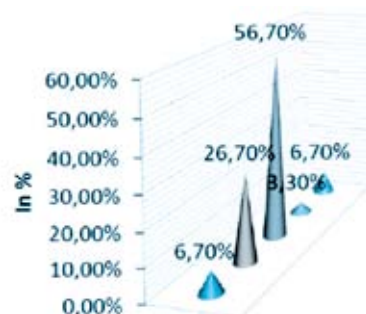
Circa le modalità di gestione dell'informazione della malattia al paziente e che figure vi hanno partecipato, il 33,3% è stato informato dal personale medico, il 30% è stato informato dal caregiver, il 20% non sa ancora niente mentre il 16,7% afferma che è stato informato dal personale medico e dal caregiver:

Gestione dell'informazione della malattia al pz



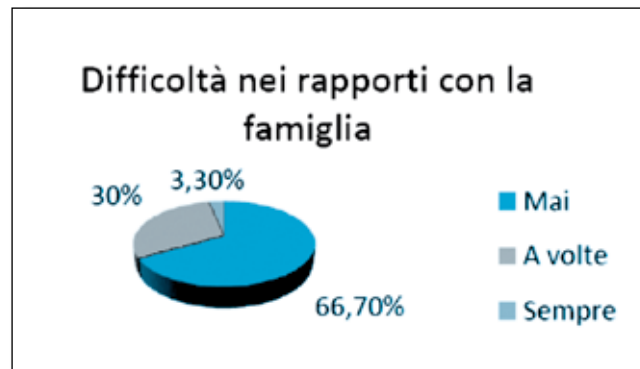
Su quale è stato l'impatto della malattia sulla vita quotidiana dei caregiver, la maggioranza ha fornito una risposta significativa perché hanno dovuto organizzarsi in tutti i loro impegni lavorativi e sociale (56,7%) Mentre per il 26,7% dei caregiver, non è stato particolarmente gravoso e non le hanno comportato grossi cambiamenti. Il 6,7% afferma di non aver dovuto cambiare niente nella sua vita, il 3,3% per i caregiver che hanno avuto un impatto totalizzante, da chiedere una riduzione dell'orario di lavoro e rinunciare a quasi tutti i loro impegni, e per finire il 6,7% non ha risposto a questo parametro:

IMPATTO VITA QUOTIDIANA CAREGIVER

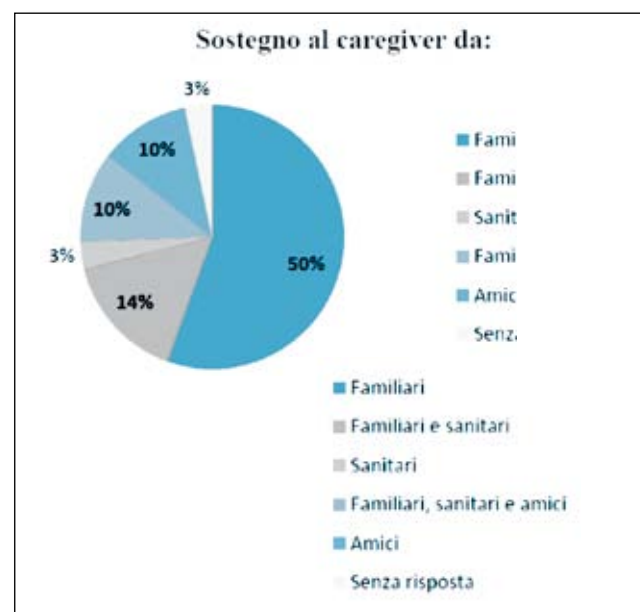


- Nessun cambio
- Cambio parziale
- Significativo
- Totalizzante
- Nessuna risposta

Relativamente alla domanda se l'assistenza per i loro cari crea difficoltà nei rapporti con la loro famiglia, 20 caregiver hanno risposto mai (66,7%), 9 caregiver affermano che a volte le creano difficoltà (30%) mentre un caregiver ammette di avere sempre difficoltà (3,3%)



Per coloro che si sono sentiti sostenuti, quindici caregiver affermano che hanno avuto sostegno dalla famiglia (50%), 4 caregiver dalla famiglia e dai sanitari (14%) 3 caregiver dalla famiglia e dagli amici (10%) 3 caregiver dalla famiglia, sanitari e dagli amici (10%), un caregiver solo dai sanitari (3%) e 3 caregiver dagli amici (10%). Una persona non ha risposto (3%)

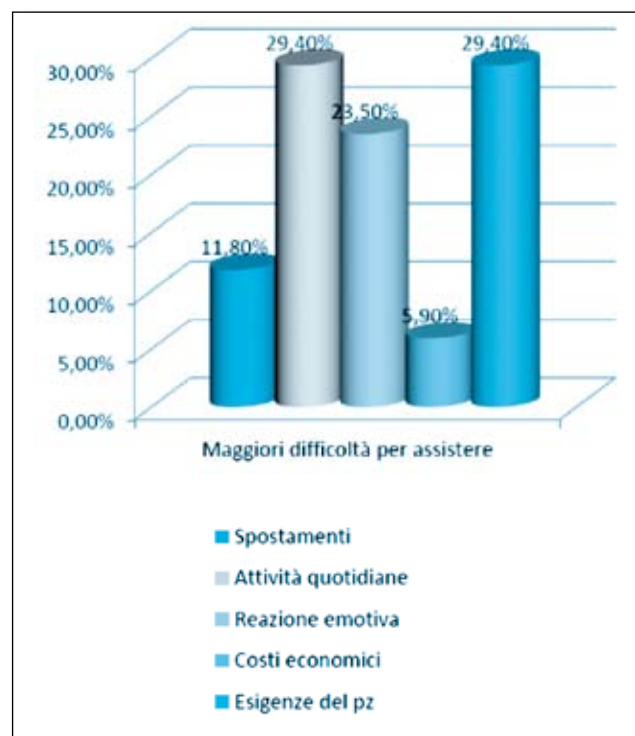


Ma quali sono state le maggiori difficoltà che hanno avuto i caregiver per assistere il paziente?

In questa domanda le risposte sono molto diversificate:

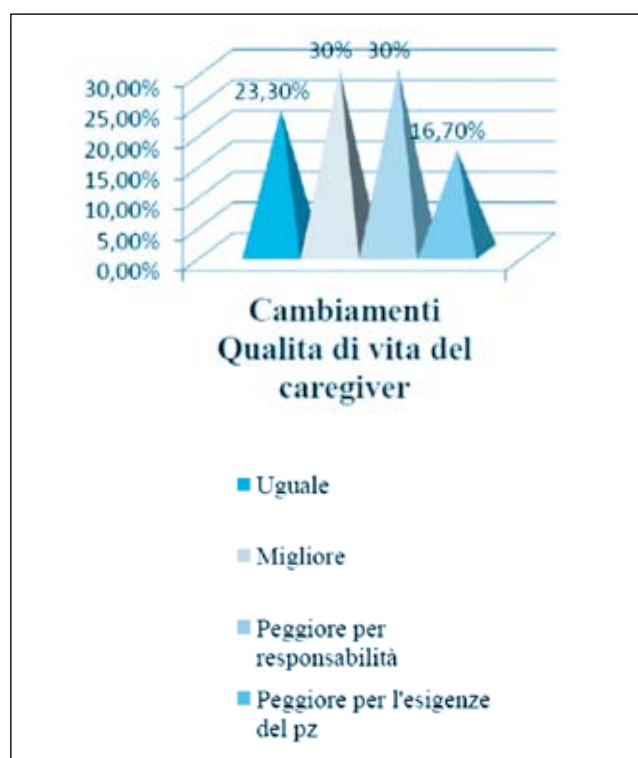
8 caregiver hanno detto di avere difficoltà con la gestione delle principali attività della

vita quotidiana come casa, igiene personale, spesa. (26,7%), 7 sostengono sul coordinare le esigenze del paziente con quelle della sola famiglia (23,3%), 6 sostengono di avere difficoltà nel gestire la reazione emotiva del paziente alla malattia (30%) 2 caregiver hanno difficoltà di gestire gli spostamenti per i vari controlli e terapie (6,7%), 1 caregiver ammette di avere difficoltà in tutto, ovvero spostamenti, attività quotidiane, emozioni, costi economici e l'esigenze del paziente (3,3%); un caregiver afferma di avere difficoltà con gli spostamenti, attività quotidiana e l'esigenze del paziente (3,3%). Un caregiver ha difficoltà sui costi economici come assistente retribuito, spese mediche, spostamenti (3,3%) Un caregiver ha difficoltà sul lato emotivo e nel coordinare le esigenze dell'assistito (3,3%) e tre caregiver non hanno risposto (10%). Concludendo, i caregiver hanno più difficoltà di: affrontare le esigenze del malato, di gestire le attività quotidiane e le reazioni emotive, mentre una piccola percentuale ha difficoltà per gli spostamenti e i costi economici.



La penultima domanda riguarda sulla qualità di vita del caregiver in questo periodo rispetto a prima di occuparsi del paziente. Otto caregiver hanno detto che è migliorata perché ha rafforzato il legame con il pazien-

te (26,7%), sette caregiver dicono di essere uguale a prima (23,3%), cinque caregiver dicono di essere peggiora perché sentono una grossa responsabilità e fatica (16,7%), 4 affermano di essere peggiorata perché è difficile gestire insieme le loro esigenze con quelle del paziente (13,3%), 2 caregiver ammettono di essere peggiorata per la responsabilità, fatica ma anche per la difficoltà di gestire le loro esigenze con quelle del paziente (6,7%), un caregiver assicura che sia peggiorata perché è una grossa responsabilità e fatica ma contemporaneamente sente di aver rafforzato il legame con il paziente (3,3%). Mentre tre caregiver non hanno risposto (10%):



CONCLUSIONI

Questo lavoro ha messo in luce quali siano i veri bisogni assistenziali che hanno i caregiver e i familiari dei pazienti affetti da Ictus, cosicché ci possano essere interventi infermieristici mirati a rispondere a questi bisogni e garantire una miglior assistenza al paziente affetto da Ictus cerebrale.

Prendersi cura in modo continuativo significa includere all'interno del piano assistenziale anche i caregiver in modo da garantire assistenza e sostegno al malato senza sottovalutare il ruolo che questi hanno, essendo uno strumento prezioso alla cura del

malato stesso.

Per poter fornire una buona assistenza bisogna sempre partire da una valutazione obiettiva delle risorse e dei limiti del nucleo familiare e da lì costruire una rete protettiva non solo verso il malato ma anche a favore del suo caregiver. L'azione insostituibile dei caregiver non può essere "spontanea" e guidata solo da affetto e buon senso. I "caregiver" devono essere informati, istruiti e sostenuti per affrontare, insieme al malato, le mille difficoltà della vita quotidiana.

L'infermiere, attraverso il processo assistenziale rileva e risponde a problemi reali o potenziali al bisogno, grazie alla strategia della *risoluzione dei problemi*, vale a dire, formulando Diagnosi infermieristiche esplicite per ogni problema che possa presentare il caregiver o familiare.

Sostenere con competenza il caregiver significa alleviarne le difficoltà ed elevare la qualità dell'assistenza prestata. Un caregiver che riceve maggior sostegno sarà in condizione di incrementare l'assistenza che fornisce.

I risultati emersi in questo studio indicano che la maggior parte dei caregiver sono donne (60%) con grado di parentela di figli (46,7%) e coniugi (23,3%). L'età del caregiver minima è di 24 anni mentre il massimo è di 82 anni. Invece l'età del paziente parte dai 35 fino a 93 anni.

I risultati emersi in questo studio, suggeriscono due punti importanti per poter lavorare sull'assistenza infermieristica al fine di migliorare le condizioni del caregiver. Il primo punto è la conoscenza della malattia perché la gran parte dei caregiver hanno difficoltà nell'assistere correttamente i loro cari e sentono il bisogno di avere una minima formazione di base per affrontare questa malattia. Il secondo punto si riferisce al tempo del caregiver. Essere la figura di riferimento del paziente affetto da Ictus crea una grande responsabilità, la quale porta a chi non è pronto ad affrontare questa esperienza, a una minore capacità di coping e disagio psico-fisico, perché assistere una persona cara per il caregiver, può portare a rinforzare i legami.

Il 90% degli intervistati ha un legame di parentela con il paziente e questa è una risorsa preziosa e positiva ma allo stesso tempo può cambiare la qualità di vita quotidiana perché porta a una riduzione del tempo libero previsto per svolgere tante altre attività.

I principali interventi infermieristici appropriati per educare e supportare i caregiver sono:

- Coinvolgere i familiari nell'assistenza al congiunto ammalato, insegnando in modo semplice le tecniche su cui hanno bisogno di imparare (dare da mangiare, cambio posizione, ecc)

- Stabilire una relazione fiduciosa che promuova la comprensione e la sollecitudine reciproca. Dare ai familiari informazioni concrete sulla malattia, sul trattamento e i progressi dell'assistito.

- Informare il caregiver/familiare sulle conoscenze burocratico - amministrative che devono conoscere come diritto all'informazione e formazione quali indennità di accompagnamento, accertamento della situazione di handicap, beneficio da Legge 104/92

- Se la persona è in stato di grave ansia o depressione, coinvolgere gli operatori adetti al counselling professionale.

- Identificare tutte le possibili fonti di aiuto volontario: famiglia, amici, vicini di casa, gruppi sociali, parrocchia.

- Informare sulle risorse disponibili nel territorio: counselling, centro diurno, servizio sociale, gruppi di sostegno.

- Incoraggiarli a trovare dei sostituti per assistere la persona ammalata, al fine di poter trascorrere un po' di tempo altrove.

- Preparare il caregiver/familiare in vista dei problemi che potranno sorgere dopo la dimissione/trasferimento: farmaci (orario, eventuale costo, effetti collaterali), aumento dell'ansia, conflitti in famiglia/ con altre persone significative, ecc.

Appare importante cominciare a riflettere sulle risposte e gli strumenti da fornire alle persone che si prendono cura di familiari in difficoltà, per garantire il miglior adattamento possibile ad ogni fase del percorso di assistenza al paziente affetto da Ictus.

BIBLIOGRAFIA

1) Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis Z, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. *Stroke* 2000.

2) Di Carlo A, Launer LJ, Breteler MM, Fratiglioni L, Lobo A, Martinez-Lage J, Schmidt R, Hofman A, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol* 2003.

3) Ferrario SR, Baiardi P, Zotti AM. Update on the Family Strain Questionnaire: a tool for the general screening of caregiving-related problems. *Qual Life Res* 2004.

4) Di Carlo A, Launer LJ, Breteler MMB, Fratiglioni L, Lobo A, Martinez-Lage J, Schmid R, Hofman A. for the ILSA Working Group and the Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Frequency of stroke in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000.

5) Juttler E, Fiebach JB, Schellinger PD. Diagnostic imaging for acute ischemic stroke management. *Expert Rev Med Devices* 2006.

6) Collaborative Group of the Primary Prevention Project. Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomised trial in general practice. Collaborative Group of the Primary Prevention Project. *Lancet* 2001.

7) Neri Serneri GG, Coccheri S, Marubini E, Violi F; Drug Evaluation in Atherosclerotic Vascular Disease in Diabetics (DAVID) Study Group. Picosamide, a combined inhibitor of thromboxane A2 synthase and receptor, reduces 2-year mortality in diabetics with peripheral arterial disease: the DAVID study. *Eur Heart J* 2004.

8) Smith J, Forster A, House A et al. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008.

9) Blake H, Lincoln NB, Clarke DD. Caregiver strain in spouses of stroke patients. *Clin Rehabil* 2003.

10) Moroni L, Sguazzin C, Filippini L et al. Caregiver Need Assessment: uno strumento di analisi dei bisogni del caregiver. *G Ital Med Lav Erg* 2008.

11) Sguazzin C, Baiardi P, Bertolotti G et al. Caregiver and care: dalla valutazione dei bisogni all'alleanza nel percorso di cura. Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia 2007.

12) Vitaliano P, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. Psychol Bull. 2003.

13) Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. Gerontologist. 1989.

14) Thooth L, McKenna K, Barnett A, Prescott C, Murphy S. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. Brain Inj. 2005.

15) Lynda Juall Carpenito, Moyet. Manuale delle diagnosi infermieristiche. Quarta Edizione gennaio 2009.



Scuola di Dottorato in Metodologia
della Ricerca Infermieristica
Dipartimento Scienze della Salute

PRIMO ANNUNCIO

PENSIERO E AZIONE DELL'INFERMIERISTICA DEL FUTURO:

A cura di Patricia Benner

L'infermieristica italiana sta attraversando sfide determinanti, che avranno profonde ricadute anche sulla propria ragione di essere. Interrogarsi e tracciare le linee di sviluppo del proprio futuro significa confrontarsi ed aprirsi alle rapidissime trasformazioni dell'assistenza e dei contesti sociali nei quali essa viene erogata.

Non si tratta semplicemente di aggiornare gli aspetti tecnici del proprio agire ma di declinarne gli aspetti di pensiero critico e riflessivo che consentono di "modellare" e "ri-modellare" continuamente la propria azione professionale in un determinato contesto, per quella determinata persona e famiglia.

E' evidente che la condivisione di questo approccio ha ricadute determinanti, nella ricerca, nella formazione, nell'organizzazione, nell'assistenza erogata.

Patricia Benner attraverso la teoria dell'apprendimento in trasformazione sta rivoluzionando il paradigma dell'infermieristica contemporanea nel mondo.

Patricia Benner sarà a Genova ospite della Scuola di Dottorato in Metodologia della Ricerca Infermieristica

Mercoledì 23 ottobre 2013 verrà organizzata una giornata seminariale nella quale interverrà con una Lezione Magistrale

Per ulteriori informazioni consulta il sito <http://www.dissal.unige.it/dwp/> (programma e iscrizioni disponibili da settembre)



Notizie in breve

Ricerca Usa: burocrazia assilla i medici a discapito dei malati

Le modificazioni intervenute negli ultimi anni negli ospedali americani, specie nelle strutture accademiche, rischiano di allontanare sempre di più il medico dal letto del malato. Questo è il messaggio che emerge da un recente studio pubblicato online sul *Journal of general internal medicine*, in cui sono riportati i dati tratti da interviste effettuate a 29 medici che svolgono la loro pratica lavorativa presso 2 teaching hospitals di Baltimora. Oltre il 40% dell'attività degli intervistati prevede l'uso del computer, ma è significativo che una quota minima di ore (pari a circa il 14% dell'orario di servizio) è dedicata al contatto diretto con il malato, mentre oltre il 60% delle ore è rivolto ad attività che solo indirettamente attengono la cura dei malati: registrazione di dati anamnestici e obiettivi, compilazione di richieste di esami o di prescrizioni terapeutiche, pratiche amministrative crescenti, compilazione di report sulle prestazioni svolte, incontri e riunioni di vario titolo, spostamenti all'interno dell'ospedale. Il 15% del tempo trascorso in ospedale riguarda poi le attività di aggiornamento e formazione, e una ulteriore fascia oraria è dispersa in molteplici attività tra loro disomogenee. Così il medico viene sempre più ad allontanarsi dal contatto diretto col malato e le occasioni per un approfondito colloquio si riducono drasticamente, così come l'attitudine a raccogliere in modo diretto i segni obiettivi attraverso una visita clinica accurata. La realtà grave; ospedaliera statunitense è molto differente da quella italiana, tuttavia «modificazioni organizzative si osservano oggi anche in Italia» commenta Giovanni Mathieu, consigliere onorario del direttivo piemontese della Fadoi (Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti) «con conseguenze che si associano alla crescente invasione amministrativo-burocratica, alla contrazione delle dotazioni organiche e al sovraccarico lavorativo, a loro volta determinati dal blocco del turn-over e dalla mancata sostituzione del personale medico assente a vario titolo. E tutto

ciò rischia di allontanare sempre più i medici dal colloquio diretto col malato, proprio nel momento in cui viene valorizzata l'importanza delle cure orientate al paziente condividendo con lui, in base alle sue preferenze, obiettivi e decisioni».

J Gen Intern Med. 2013 Apr 18. [Epub ahead of print]

Effetto nocebo anche da notizie allarmistiche sulla salute

Le notizie che parlano di problemi di salute in tono allarmistico possono suggestionare chi le ascolta con impatto negativo sul suo stato di salute e comparsa di sintomi. Lo sostiene uno studio condotto da Michael Witthoft dell'università Johannes Gutenberg a Mainz in cui si evoca un possibile effetto nocebo procurato anche da contenuti allarmistici veicolati dai mezzi di comunicazione. I ricercatori hanno osservato un campione di persone diviso in due gruppi: a uno hanno mostrato un documentario della Bbc sui rischi dell'esposizione a onde elettromagnetiche, all'altro un documentario sulle tecnologie wi-fi. Poi hanno detto loro che si trovavano in un ambiente con presenza di onde elettromagnetiche da apparecchi wi-fi. Ebbene, coloro che avevano visto il documentario sui rischi delle onde tendono a manifestare la sintomatologia dell'ipersensibilità elettromagnetica, come mal di testa, distrazione, confusione, vertigini pur non essendo stati esposti ad alcuna fonte elettromagnetica. L'esperimento mostra l'impatto che può avere una notizia allarmistica sulla salute di chi la riceve.

Spiritualità e religione, diverso l'impatto su cure in fine vita

I malati terminali supportati dalle comunità religiose subiscono in genere cure più aggressive nel periodo di fine vita. Viceversa, l'assistenza spirituale e le discussioni di fine vita offerte in ospedale riducono l'intensità delle cure, facendo del benessere spirituale una componente chiave dell'assistenza ai pazienti vicini alla morte.

Per la Cassazione il volantino pubblicitario non è deontologicamente scorretto

I malati terminali supportati dalle comunità religiose subiscono in genere cure più aggressive nel periodo di fine vita. Viceversa, l'assistenza

spirituale e le discussioni di fine vita offerte in ospedale riducono l'intensità delle cure, facendo del benessere spirituale una componente chiave dell'assistenza ai pazienti vicini alla morte. Ecco i risultati di uno studio condotto da Tracy Balboni, professore associato di radioterapia al Dana-Farber cancer institute di Boston e pubblicato su *Jama internal medicine*.

L'assistenza spirituale è nelle linee guida

«L'assistenza spirituale, che fa parte delle linee guida nazionali per la qualità delle cure, porta a una migliore qualità di vita del paziente, a un maggior uso degli hospice e a interventi medici meno aggressivi a fine vita» premette Balboni. «Tuttavia, l'offerta di spiritualità nei luoghi di cura è infrequente, probabilmente a causa di un insufficiente numero di cappellani o praticanti e per la preoccupazione di offendere il paziente» riprende Balboni. Tuttavia, anche se l'assistenza spirituale in ospedale è assente, i pazienti terminali sono spesso legati a comunità religiose in grado di supportarli». E, data l'importanza dell'argomento, comprendere l'impatto di questo sostegno spirituale sulle cure mediche a fine vita è fondamentale. In questo senso va il *Coping with cancer study*, un trial finanziato dal National cancer institute e dal National institute of mental health, che segue circa 700 pazienti con cancro avanzato in sette centri medici statunitensi, esaminando i fattori che determinano la qualità delle cure e la qualità della vita. E proprio dal *Coping with Cancer* provengono i 343 partecipanti a questo studio: persone con cancro avanzato che sono state seguite dal 2002 al 2008 per un tempo medio prima della morte di 116 giorni. «Da un lato i pazienti sono stati intervistati per valutare il supporto ai loro bisogni spirituali da parte di comunità religiose. Dall'altro sono state valutate le cure mediche erogate nell'ultima settimana di vita: ricorso all'hospice o misure aggressive come il ricovero in terapia intensiva, ventilazione, e morte in rianimazione» osserva Balboni.

Cure più aggressive se supporto è religioso

I risultati indicano che i malati terminali con maggiore sostegno spirituale da parte delle comunità religiose ricevono terapie mediche a più alta intensità e meno ricoveri in hospice. Le cure, invece, sono meno aggressive se anche il team medico fornisce, a suo modo, assistenza spirituale e discussioni di fine vita. Dice Holly Prigerson, professore associato di psichiatria e direttore del centro di psicooncologia e cure palliative al Dana-Farber: «In modo quasi controintuitivo, abbiamo scoperto che i pazienti che usano la religione per lottare contro il cancro vogliono e ottengono cure più aggressive, come se volessero dare a Dio più tempo per intervenire. Sentono che il loro compito principale è sostenere la vita, anche se il loro stato emotivo è disperato e timoroso della fine».

Diversi, invece, i pazienti che, pur sostenuti da comunità religiose, accettano supporto spirituale e discussioni di fine vita dal team medico che li assiste. «Discutere della morte porta spesso ad accettare più serenamente il proprio destino, scegliendo quindi cure meno aggressive e costose come l'hospice» spiega Prigerson. «L'obiettivo è di farlo presto nel corso della malattia, per offrire maggiori benefici a più persone possibile».

JAMA Intern Med. 2013;173(8):1-9



Infermieri, ruolo centrale in miglioramento qualità di cura

In campo sanitario gli infermieri rappresentano il gruppo di professionisti più numeroso e quello che ha l'interazione più diretta con i singoli pazienti. Nonostante ciò, sono pochi gli studi che dimostrano l'impatto di questa categoria e delle cure da essa prestate sulla qualità della degenza e sul benessere generale del paziente. Per questo nel 2005 la Robert Wood Johnson foundation (Rwjf) ha sponsorizzato l'Interdisciplinary nursing quality research initiative (Inqri), con l'obiettivo di colmare un vuoto generando, diffondendo e traducendo nella pratica clinica le evidenze di come il nursing migliori la qualità delle cure. Ora, a 8 anni dal suo lancio, il numero di aprile di *Medical care* fornisce un aggiornamento dell'iniziativa pubblicando un supplemento speciale che contiene diversi studi finanziati da Inqri e che fa il punto della situazione.

Quasi metà linee guida Usa non considera costi assistenziali

Spesso le società scientifiche, elaborando le linee guida per specifiche condizioni, non considerano i costi che comportano le loro raccomandazioni. Lo dimostra una revisione qualitativa effettuata

da Steven Pearson e Jennifer Schwartz, del dipartimento di Bioetica presso i National Institutes of Health a Bethesda, nel Maryland. I due ricercatori hanno verificato che poco più della metà delle più importanti società mediche Usa, con almeno 10mila affiliati, tiene conto dei costi nel definire le 'best practices'. La metà rimanente li considera implicitamente o non ne tiene conto affatto. Più in dettaglio, gli autori hanno esaminato le linee guida emanate dalle 30 maggiori società mediche statunitensi tra il 2008 e il 2012: su 30 associazioni, 17 inserivano in modo esplicito l'analisi dei costi nelle guidelines, 4 consideravano tale aspetto in modo implicito, 3 escludevano tale argomento in modo dichiarato mentre 6 semplicemente non menzionavano i costi. Pearson e Schwarz hanno quindi esaminato le 279 linee guida pubblicate dalle 17 società che avevano incluso i costi nelle loro decisioni: da questo tipo di analisi è emerso che 9 società avevano impiegato un sistema formalizzato nel quale la forza delle raccomandazioni era in parte influenzata dai costi, mentre le altre 8 seguivano metodologie non coerenti o evitavano di specificare l'esatto sistema usato per il calcolo. «Ovviamente è molto controverso se sia opportuno includere il lato economico nella discussione di temi di assistenza sanitaria» afferma Pearson. Per esempio affermare che un trattamento non è produttivo in termini di costo-efficacia può innescare timori di razionamento delle cure. Ma, negli Usa, quanto citato dalle raccomandazioni per i professionisti può divenire elemento delle polizze di rimborso di organizzazioni come Medicare e Medicaid. «Per questo» è la conclusione «le società mediche dovrebbero dimostrare maggiore trasparenza e rigore nell'approccio alla valutazione dei costi in documenti che incidono sulle decisioni assistenziali».

Usa, sistemi di controllo per incentivare il lavaggio mani

Gli ospedali americani hanno attivato sistemi di controllo con videocamere e sensori di movimento per monitorare e incentivare l'abitudine a lavarsi le mani di tutti gli operatori sanitari. Una di queste dotazioni tecnologiche, riporta il New York Times, è stata installata presso il North Shore University Hospital nelle stanze di terapia intensiva: ogni volta che un medico o un infermiere entra nell'ambiente un sensore attiva una videocamera che trasmette immagini a una sistema di controllo gestito da operatori che controllano se viene eseguito il lavaggio delle mani. Ma non è l'unico tipo di sistema attivato, in altre strutture sono stati installati sensori che registrano il passaggio di medici e infermieri vicino ai lavandini e, con telecamere nascoste, verificano che il lavaggio

venga eseguito secondo la regola che richiede un minimo di 15 secondi. In qualche ospedale è stato istituito un vero e proprio "coaching" del lavaggio mani per incoraggiare il gesto con premi in buoni pasto e cartellini rossi se non viene eseguito adeguatamente. Secondo diversi studi che hanno esaminato il fenomeno, in assenza di incentivi la percentuale di aderenza alla regola non supera il 30%. «Non ci sono metodi facili» spiega Bruce Farber del Dipartimento di malattie infettive del North Shore «è una vera guerra». Il semplice gesto di lavarsi le mani, spiega il medico statunitense, oltre a contribuire a contenerne i 100mila morti l'anno per le infezioni ospedaliere, riveste un ruolo importante nella politica ospedaliera dal momento che secondo una nuova legge, gli ospedali possono vedersi decurtati parte dei rimborsi delle assicurazioni pubbliche se il paziente viene colpito da un'infezione prevenibile.



Fiaso, più stress e infortuni per il personale sanitario

Le condizioni di lavoro del personale delle Asl e degli ospedali italiani peggiorano e aumentano le assenze e gli infortuni determinati dallo stress. Lo dimostrano i primi dati di una rilevazione condotta dalla Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) in 15 grandi aziende italiane, che assistono complessivamente un territorio abitato da 11 milioni di persone. «Lo studio del Laboratorio sul benessere organizzativo sta proseguendo ormai da un paio d'anni» spiega il presidente Valerio Fabio Alberti (foto) «e indica chiaramente come un clima positivo all'interno delle aziende sia in grado di ridurre le assenze e gli infortuni e di aumentare la produttività e costituisca quindi un elemento da presidiare attentamente da parte del management delle direzioni aziendali». Negli ultimi anni le condizioni lavorative si sono però logorate, tanto che negli ultimi mesi il 50% degli infortuni sul lavoro e il 60% delle assenze

sarebbero riconducibili allo stress del personale. «C'è un disagio che cresce, che ci allarma e che va gestito» conferma Alberti. «Siamo in tempi di crisi, con blocchi del turn over e delle sostituzioni di maternità e riorganizzazioni anche significative all'interno delle aziende sanitarie, e abbiamo visto emergere un forte disagio da parte del personale delle aziende sanitarie: ci dice che oggi, ancora più di ieri, è importante fare attenzione alle condizioni di lavoro del personale, stabilendo una sorta di alleanza tra management e operatori». Le peggiori condizioni di lavoro possono influire sulla sicurezza delle cure, trascinando con sé acute; costi sociali ma anche economici, in gran parte sommersi e difficili da quantificare: «collegato ai risparmi c'è anche un costo» rileva Alberti «e i tagli lineari sono particolarmente controproducenti. Il discorso è invece ben diverso quando il management è capace di entrare nel merito dell'organizzazione del lavoro e di individuare la possibilità di risparmi mirati. Durante le riorganizzazioni, il manager qualificato coinvolge sempre i lavoratori, discute, non prende decisioni dall'alto e in definitiva evita una moltiplicazione dei costi sommersi».



Per salvare la sanità, Bmj invoca più potere per i pazienti

Perché i sistemi sanitari funzionino al meglio occorre stabilire una forte partnership tra clinici e pazienti, nel segno della trasparenza e della condivisione delle scelte: è questo il messaggio lanciato con forza dalla rivista dell'Associazione dei medici britannici "Bmj" (già "British medical journal") che ospita quattro interventi a favore della "rivoluzione dei pazienti", come si intitola significativamente l'editoriale firmato dalla editor in chief della rivista Fiona Godlee e altri quattro autori: «Cento anni fa George Bernard

Shaw flagellò la professione medica definendola una cospirazione contro i laici. Oggi, i sistemi sanitari che hanno al centro le malattie e i medici sono costosi, spreconi, frammentati e troppo spesso disattenti al paziente stanno provocando un'ira simile» si legge nel paragrafo di apertura, cui segue un lungo e dettagliato elenco dei nodi irrisolti - a causa della nascita di burocrazie istituzionalizzate e di interessi commerciali nascosti - che hanno significativamente «danneggiato gli interessi dei pazienti».

Clinici e pazienti lavorino di comune accordo

Per rimediare, non c'è che una strada: «Se vogliamo migliorare l'assistenza sanitaria e mettere in discussione pratiche e comportamenti profondamente radicati», occorre che clinici e pazienti lavorino di comune accordo, cominciando a seguire la falsariga tracciata dall'iniziativa lanciata all'inizio dell'anno contro gli eccessi di medicalizzazione, specificamente con la campagna «Too much medicine» che ha trovato un analogo anche oltreoceano, dove anche molte associazioni mediche americane hanno cominciato finalmente a contrastare gli sprechi legati all'uso improprio delle risorse (di cui si parlerà in settembre nella conferenza internazionale "Preventing overdiagnosis"). «Si tratta di un cambiamento fondamentale nella struttura di potere in sanità e di una rinnovata attenzione allo scopo principale dei sistemi sanitari» spiegano gli autori dell'editoriale, tra cui figurano Victor Montori e Dave Paul della Mayo clinic americana. «Dobbiamo accettare che la competenza in tema di salute e malattia si trova tanto fuori quanto dentro gli ambienti medici, e che lavorare a fianco di pazienti, familiari, comunità locali, organizzazioni della società civile ed esperti di altri settori è essenziale per migliorare la salute». Tre articoli di accompagnamento illustrano specifici ambiti in cui occorre intervenire tutti insieme, dalla tendenza in atto ad attribuire una diagnosi di malattia in modo spesso arbitrario e potenzialmente dannoso, descritta da Ray Moynihan - Senior research fellow della Bond university in Australia e autore del famoso saggio "Selling sickness" - e ribadita da un secondo editoriale di Leonore Tiefer e colleghi della New York university school of medicine secondo i quali «l'attuale entusiasmo per la commercializzazione e il marketing della sanità sembra offrire sempre nuove opportunità per vendere terapie mediche». Infine a completare la rassegna sul tema il Bmj pubblica la testimonianza di Kelly Young, malata di artrite reumatoide e presidente della Rheumatoid patient foundation, che sottolinea come comprendere l'esperienza del paziente sia essenziale per migliorare le cure, e come questa esperienza spesso differisca da ciò che i manuali portano il clinico a credere.

Professioni, Silvestro: le proposte confluiscono in testo unico

Riordino delle professioni sanitarie: il tema è d'importanza cruciale e le proposte sono ormai numerose. «Credo sia ragionevole e auspicabile che confluiscono in un testo unificato; su questo provvedimento, che costituisce un sostanziale ammodernamento, esiste un ampio consenso e non dovrebbero esserci grosse difficoltà per un iter di approvazione relativamente agevole e rapido»: è ottimista il presidente della Fnomceo e neosenatore Pd Amedeo Bianco, il cui nome è legato a due di queste proposte. «Uno - spiega - è un disegno di legge che porta anche la firma di Annalisa Silvestro, presidente del Collegio degli infermieri, ma ce n'è anche un altro che ho presentato io come primo firmatario, ed è più o meno analogo». Il disegno di legge è l'ultimo passo di un lungo percorso iniziato con la delega Fazio del governo Berlusconi, poi ripreso dal decreto Balduzzi che si era fermato con l'interruzione della scorsa legislatura. Bianco ne traccia le linee essenziali. «Innanzitutto abbiamo eliminato il riferimento alle province; se l'orientamento è quello di abolirle, bisogna pensare a un'altra identità geografica degli ordini territoriali. C'è poi l'istituzione di un unico grande ordine delle professioni sanitarie: l'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; che sta sistematizzazione coinvolge oltre 800 mila professionisti». Più in generale, c'è un ammodernamento dei ruoli e delle funzioni degli ordini; lo indica chiaramente il primo articolo; vi si specifica che devono svolgere una funzione sussidiaria dello Stato, nella cura e nella tutela degli interessi pubblici connessi alla professione della tutela della salute individuale e collettiva. Bianco sottolinea il fatto che «queste istituzioni devono operare per garantire interessi pubblici, governando la qualità e l'eticità della professione».

La musica allevia lo stress dei ventilati

Nei pazienti in insufficienza respiratoria ventilati in terapia intensiva, l'ascolto della musica preferita sembra in grado di ridurre l'ansia e il fabbisogno di sedativi rispetto al trattamento convenzionale. Sono questi i risultati di uno studio multicentrico statunitense pubblicato su Jama e svolto in collaborazione tra le università americane dell'Ohio e Minnesota. «I pazienti critici ventilati meccanicamente ricevono farmaci sedativi e analgesici che riducono l'ansia

e favoriscono il comfort e la sincronia con il ventilatore» spiega Craig Weinert, pneumologo all'Università del Minnesota di Minneapolis e coautore dell'articolo. Questi farmaci, spesso somministrati per periodi prolungati, si associano sovente a effetti avversi quali bradicardia, ipotensione, disturbi della motilità intestinale, debolezza e delirio. E nonostante ciò, in alcuni casi i pazienti hanno ancora livelli di ansia che riducono in modo significativo la concentrazione, il riposo o il relax. «I pazienti hanno scarso controllo sulla terapia ansiolitica, gestita dal personale della rianimazione; sarebbero invece necessari interventi contro l'ansia che coinvolgano attivamente gli ammalati e riducano al minimo i farmaci» dice Weinert. Tra questi c'è la musica, un potente fattore tranquillizzante in grado di ridurre i livelli ansietà occupando il cervello con stimoli uditivi al posto di quelli ambientali stressanti. Non è noto il ruolo della musica durante la ventilazione, e per rispondere al quesito i ricercatori nordamericani hanno verificato se l'ascolto di musica gestito dal paziente può ridurre l'ansia e il fabbisogno di sedativi durante la ventilazione nei pazienti critici. «Allo scopo sono stati selezionati 373 pazienti ventilati per insufficienza respiratoria tra settembre 2006 e marzo 2011» aggiunge lo pneumologo, specificando che i partecipanti sono stati trattati o con sola terapia convenzionale oppure aggiungendo a questa l'ascolto autogestito della musica. E i risultati? Tra i pazienti che ascoltavano brani musicali l'ansia è sensibilmente più bassa rispetto a quelli del gruppo curato tradizionalmente. Ma non solo: la musica gestita dal paziente, che sceglie quando e se ascoltarla, riduce in modo significativo sia l'intensità della sedazione sia la frequenza di somministrazione dei farmaci ansiolitici.

Jama. 2013;309(22)



Troppe distrazioni causa di errori in ospedale

Molti incidenti ospedalieri sono determinati da errori causati da distrazioni che, a loro volta, possono essere dovute a stimoli interni o esterni, quali interruzioni (spesso telefonate, sempre più frequenti con la diffusione degli smartphone, ma anche semplici "chiacchiere" tra colleghi) o uso di sistemi di informatica medica. Sono dati contenuti nel rapporto di Michelle Feil, analista dell'Autorità per la sicurezza del paziente della Pennsylvania, secondo cui, tra gli incidenti ospedalieri segnalati nello stato Usa tra il 2010 e il 2011, più di 1.000 erano per l'appunto dovuti a errori causati da distrazioni o interruzioni. Nella maggior parte dei casi, tali incidenti non hanno comportato danni ai pazienti, ma in 13 occasioni si sono determinate lesioni temporanee o permanenti. Nel 60% si è trattato di errori di somministrazione dei farmaci e nel 28% di errori chirurgici o di imaging, come l'esame di un sito anatomico sbagliato. «Alti livelli di distrazione nelle strutture sanitarie rappresentano una minaccia costante per la sicurezza del paziente e le nuove tecnologie hanno aumentato il numero e il tipo di distrazioni che si verificano nel setting ospedaliero» scrive Feil, ricordando che «la definizione di "distrazione" è quella di "dirigere l'attenzione verso direzioni o oggetti diversi allo stesso tempo" e ciò è particolarmente dannoso per il funzionamento umano in situazioni che richiedono un trattamento cognitivo di grandi quantità di informazioni complesse e in rapida trasformazione, tipiche degli ambienti sanitari». Quali contromisure? Nella ricerca vengono proposte alcune soluzioni, tra le quali educare i medici circa la distrazione e il suo potenziale effetto negativo sulla sicurezza del paziente, evitare la comunicazione di informazioni irrilevanti, quando possibile, ma soprattutto quando si eseguono attività di alto impegno cognitivo, e predisporre procedure di routine che non prevedano interruzioni nell'attività professionale e predispongano metodi di inoltro di chiamate ai colleghi da parte del personale.

Feil M. Distractions and their impact on patient safety. *Pa Paziente Saf Advis*, 2013;10(1):1-10



La senti questa voce?

Relazione di un percorso per "uditori di voci"

di Raul Quinzi

*Infermiere Professionale e Musicoterapista presso Dipartimento di Salute Mentale
Ambito 3 - ASL 3 Genovese.*

La sensibilizzazione verso l'ascolto attivo degli "uditori di voci" si sta diffondendo a macchia d'olio nella realtà psichiatrica. Essa prevede un cambiamento radicale nell'accogliere ed affrontare il fenomeno in questione e parte dal presupposto che se le "voci" esistono, rappresentano in qualche modo un bisogno intrinseco di comunicare qualcosa che non trova la giusta espressione attraverso i canali convenzionali. Si tratta di qualcosa che appartiene intimamente alla sfera psicoemotiva dell'uditore, alla sua storia personale e che ha bisogno in qualche modo di essere ascoltato, accettato e condiviso. Gli operatori devono quindi essere in grado di accogliere e contenere la sofferenza che in esso si cela. Il percorso che ormai portiamo avanti da più di due anni si delinea attraverso interventi individuali mirati, il gruppo per uditori di voci, attività di formazione, riunioni e passa attraverso la fondazione della prima rete italiana "Noi con le voci" avvenuta a Milano a maggio 2012. Esso si suddivide in quattro stadi fondamentali:

- 1) La condivisione del progetto di cura e del contratto è il primo passo per creare una relazione basata su rapporti di fiducia, verità e rispetto, all'interno della quale l'utente svolge un ruolo attivo e consapevole.
- 2) Dare insieme un senso alle voci che possono essere identificate come dei messaggeri dei propri sé, e che possiedono la chiave per accedere alle emozioni ed ai bisogni intrappolati.
- 3) Accompagnare l'utente verso una riconnessione sociale riattivando la comunicazione emotiva verso il mondo esterno, quello che usando le parole dei nostri utenti viene definito "il relazionale".
- 4) Riconoscere e trasformare le emozioni legate alle voci per riattivare una comunicazione efficace con il proprio mondo interno.

Per mettere in atto questo percorso abbiamo

strutturato un metodo ben definito che scandisce a tappe ed accompagna il paziente supportandolo nelle singole fasi, sia individuali che di gruppo.

Tale percorso si sviluppa all'interno del complesso sistema di un Centro di Salute Mentale (CSM). È stato quindi necessario definire minuziosamente delle modalità di accesso condivise e specifiche che prevedono:

- 1) La segnalazione da parte degli operatori del CSM all'equipe che si occupa del sintomo delle voci,
- 2) La definizione di requisiti specifici per la presa in carico (avere un'equipe multidisciplinare attiva sul caso composta da psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, TERP, educatore, OSS).
- 3) Non sono previsti limiti di età, sesso o patologia, il paziente non deve essere né in fase acuta (intendendo per acuta non la presenza costante del sintomo ma quello stato limite oltre il quale è necessario il ricovero ospedaliero), né eccessivamente sedato.
- 4) consapevolezza e volontarietà, del paziente di affrontare il sintomo, riconoscere di udire o di aver udito le voci o qualcosa di simile.

Il primo contatto avviene attraverso un colloquio conoscitivo, che si sviluppa attraverso un'intervista comprensiva di:

- una scheda per la raccolta dati utili ad analizzare l'esperienza dell'uditore di voci e del suo rapporto con esse;
- un questionario per evidenziare eventuali difficoltà psichiche-fisiche-relazionali legate all'esperienza di gruppo, particolari aspettative, paure, preferenze;
- il test di autovalutazione dell'ansia (SELF RATING ANXIETY STATE - WWKZung, 1971), per effettuare una valutazione oggettiva dei dati emersi dal confronto con la somministrazione del medesimo test al termine del ciclo di sedute;

- il test di valutazione dell'ansia HAMILTON ANXIETY SCALE.

Una volta decisa e concordata la presa in carico si sceglie insieme il percorso più indicato. Le possibilità ne prevedono: uno individuale, uno di gruppo, uno individuale propedeutico a quello di gruppo.

Il percorso individuale da noi ideato prevede un ciclo di incontri con diverse tappe caratterizzate dalla creazione di un "contenitore" fisico e mentale dedicato al fenomeno, di una "mappatura delle voci," per conoscere a fondo la dimensione psicoemotiva del problema, di una ricostruzione biografica del paziente legata agli eventi cruciali della sua vita, della messa in relazione delle voci con emozioni che ne derivano, dall'indagine degli aspetti senso-percettivi coinvolti, dall'agevolazione del processo di consapevolezza, ecc..

Nel percorso individuale propedeutico si valutano il livello di consapevolezza, il desiderio di condivisione e la voglia di mettersi in gioco da parte del paziente per far sì che sia pronto ad affrontare la realtà del gruppo che andrà a frequentare.

Nel percorso di gruppo vengono riprese alcune tappe di quello individuale e vengono estese all'interno del microsistema sociale che si ricrea all'interno del gruppo stesso, attraverso dinamiche di condivisione e comprensione che conducono ad un'attivazione relazionale.

Abbiamo quindi introdotto l'utilizzo di un vademecum da noi ideato con parti da compilare seduta per seduta. I capitoli corrispondono alle aree tematiche da affrontare all'interno di ciascun incontro: caratteristiche delle voci, ricostruzione storia del paziente, relazione tra voci ed emozioni ad esse connesse, fattori scatenanti e segnali d'allarme delle voci, comprensione dell'esperienza propria e altrui, ecc... Inoltre, è stato appositamente pensato uno schema di seduta predefinito così articolato:

- una breve parte introduttiva in cui era previsto un esercizio di rilassamento o di respirazione per attenuare l'iniziale livello di tensione ed allo stesso tempo fornire al paziente uno strumento di semplice utilizzo per la gestione dell'ansia anche in differenti contesti di vita quotidiana;
- la presentazione della tematica e compilazione del capitolo relativo sul vademecum;
- esercizio o attività musicoterapica, o role-play, legato alla tematica e inserito per ricreare metaforicamente, tramite modalità comunicative diverse dal linguaggio parlato,

una dimensione legata all'esperienza dell'udire le voci in cui il paziente potesse sperimentare un possibile controllo e gestione alternativi del fenomeno in questione,

- verbalizzazione sull'attività appena svolta,
- consegna del "compito" (completamento della compilazione del capitolo del vademecum),
- rituale di chiusura (ulteriore breve esercizio di rilassamento o di respirazione).

Il nostro lavoro è mensilmente supervisionato da tre psicoterapeuti: due per quanto riguarda il percorso di gruppo ed uno per quello individuale.

Proprio per le proprietà "attivanti" di questo tipo di approccio, i tempi di reazione del paziente si restringono notevolmente e molte delle problematiche, che se pur presenti, erano in fase di stand by, "congelate", piano piano si sbloccano e riemergono (conflitti familiari, rapporti di dipendenza che si riequilibrano, ecc...).

È quindi importante, soprattutto nella prima fase, stabilire regole ben precise e fornire al paziente strategie gestionali immediate sull'eventuale riacutizzarsi del sintomo e



creare con l'equipe curante un buon livello di collaborazione.

I pazienti che ci vengono segnalati sono molto eterogenei per età, sesso, patologia, terapie ma soprattutto per diversa manifestazione del sintomo e grado di consapevolezza. I loro percorsi sono quindi differenti e molto articolati: qualcuno scalpita fin da subito in attesa dell'attività di gruppo, qualcun altro invece lo vede come una remota possibilità; per alcuni avere uno spazio dedicato entro cui poter parlare liberamente del proprio problema con qualcuno che ascolta è sufficiente, altri invece non sono soddisfatti finché non riescono a vincere il controllo delle proprie voci.

Sicuramente per tutti poter parlare del sintomo ed indagarne gli aspetti psicoemotivi, correlati in modo graduale e costante, diviene pian piano fonte di maggior consapevolezza, stabilità ed adesione ai programmi terapeutici. All'interno del gruppo, le dinamiche relazionali, la coesione di gruppo, il bisogno di appartenenza, la condivisione ed il feedback emozionale, determinano, a nostro avviso, una maggior sicurezza nella gestione pratica del sintomo. L'interesse suscitato dagli esercizi pratici che richiamano gli aspetti simbolici delle relazioni con le proprie voci, e soprattutto quello per le modalità di sviluppo e gestionali del gruppo, nonché la condivisione di eventi biografici personali, talvolta intimi, determinano una maggior sensibilità nei confronti degli altri e "accende" e sviluppa capacità empatiche. Il lavoro che si sviluppa nel "qui ed ora" della seduta scardina i rituali e le fantasie ripetute del paziente per riportarle in una realtà in cui può affrontare il dialogo con le varie parti di sé in un contesto accogliente e comprensivo, e scoprire quindi strategie proprie di autogestione ed impararne di nuove. Tra le tecniche utilizzate vi sono i role-play, esercizi di musicoterapia, di rilassamento, di bioenergetica, nonché strumenti pratici per indagare e conoscere meglio i particolari del vissuto individuale del fenomeno quindi dare colore alle voci, imparare a perdere senza essere sconfitti, esplorare i vari canali sensoriali coinvolti, ecc...

Sicuramente un aiuto ulteriore viene fornito dalla quantità e dalla qualità dell'entusiasmo degli operatori che si dedicano al progetto e quindi dalla speranza e dalla motivazione che ne derivano per il paziente. Si fa strada così, tra le aspettative del paziente, la possibilità di avere dalla vita una seconda chance. E forse è proprio a partire da quest'ultimo presupposto che si delineano i presupposti per il "cambiamento".

Concludendo

È molto importante avere già in mente un obiettivo futuro per i pazienti che seguono questo percorso, un "dopo" che potrebbe sfociare in un intervento psicoterapeutico individuale per alcuni, l'inserimento in altre attività riabilitative per altri, fino ad arrivare ad un corso per volontari o facilitatori di gruppi di auto aiuto per "uditori di voci" per altri ancora.

Riuscire a prendersi cura degli altri prevede secondo alcuni teorici (I. Yalom - 2010) la capacità implicita di essere in grado di prendersi cura di se stessi, ma può essere anche la strada per stabilizzare e mantenere i risultati psicoemotivi raggiunti.

Anche perché l'obiettivo finale non è certamente quello di fare scomparire le voci ma di permettere all'uditore di convivere con esse e con le parti interne che esse rappresentano, in un equilibrio comunicativo soddisfacente, in un processo di miglioramento continuo che si avvicini il più possibile al moderno concetto di Recovery.

BIBLIOGRAFIA:

- U. Galimberti - *Dizionario di Psicologia* - Ed. UTET - 1992
- Irvin Yalom con Melyn Leszcz - *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo* - Ed. Bollati Boringhieri - 2005
- John Steiner - *I rifugi della mente* - Ed. Bollati Boringhieri - 1996
- Un lavoro terapeutico - *l'infermiere in psichiatria* - Anna Ferruta - Ed. Franco Angeli - 2000
- Maria Ausilia Tacchini - *Professione infermiere nei servizi psichiatrici - dalla teoria alla prassi* - Ed. Masson - 1998
- Ron Coleman e Mike Smith - *Lavorare con le voci* - EGA editore - Torino - 2006
- Marius Romme, Sandra Escher, Jacqui Dillon, Dirk Corstens, Mervyn Morris - *Vivere con le voci, 50 storie di guarigione* Mimesis Edizioni Milano - Udine - 2010
- Salvatore Cesario, Donatella Miccinesi, Pino Pini - *La psicoterapia di un gruppo di uditori di voci. Verso l'auto-aiuto* - Franco Angeli - Milano - 2002
- Ron Coleman - *Guarire dal male mentale* Ed. Manifestolibri - Roma - 2007

Bilancio consuntivo anno 2012

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE -

ENTRATE

GESTIONE DI COMPETENZA							
TITOLO I	- ENTRATE CORRENTI	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE		
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE
ENTRATE	CONTRIBUTIVE						
QUOTE	ISCRITTI	€ 415.783,00		€ 415.783,00	€ 427.847,75	€ 375.836,20	€ 52.011,55
QUOTE	NUOVI ISCRITTI	€ 10.330,00		€ 10.330,00	€ 13.274,05	€ 13.274,05	€ 2.944,05
QUOTE	ARRETRATE ISCRITTI	€ 45.000,00		€ 45.000,00			€ 45.000,00
	TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 471.113,00		€ 471.113,00	€ 441.121,80	€ 389.110,25	€ 52.011,55
DISTINTIVI E BOLLI AUTO							
DISTINTIVI E BOLLI AUTO		€ 150,00		€ 150,00	€ 1,56	€ 1,56	€ 148,44
	TOTALE ENT. DIST. E BOLLI AUTO	€ 150,00		€ 150,00	€ 1,56	€ 1,56	€ 148,44
INTERESSI ATTIVI							
INTERESSI BANCARI		€ 500,00		€ 500,00	€ 389,56	€ 389,56	€ 130,44
INTERESSI SU RUOLI ESATTORIALI							€ -
	TOTALE INTERESSI ATTIVI	€ 500,00		€ 500,00	€ 389,56	€ 389,56	€ 130,44
ENTRATE DIVERSE							
CONTRIBUTO ATTIVITA' FORMATIVA		€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 22.844,53	€ 22.844,53	€ 19.844,53
ENTRATE VARIE		€ 1.500,00		€ 1.500,00	€ 10.059,11	€ 10.059,11	€ 8.559,11
BONUS ASSICURAZIONE		€ 4.000,00		€ 4.000,00			
	TOTALE ENTRATE DIVERSE	€ 8.500,00		€ 8.500,00	€ 32.903,64	€ 32.903,64	€ 24.403,64
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI		€ 480.263,00		€ 480.263,00	€ 474.396,56	€ 422.385,01	€ 52.011,55
							€ 5.886,44

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE -

ENTRATE

GESTIONE DI COMPETENZA							
TITOLO II	ENTRATE IN CONTO CAPITALE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE		
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE							
TITOLO III	PARTITE DI GIRO						
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
POLIZZA ASSICURATIVA		€ 155.000,00		€ 155.000,00	€ 148.097,00	€ 123.280,00	€ 24.817,00
RITENUTE E CONTRIBUTI		€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 40.843,04	€ 40.843,04	€ 10.843,04
TOT. ENTRATE AVENTI NATURA DI PART. DI GIRO		€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 188.940,04	€ 164.123,04	€ 24.817,00
TOTALE TITOLO III - ENTR. AVENTI NAT. PART. DI GIRO		€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 188.940,04	€ 164.123,04	€ 24.817,00
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE		€ 665.263,00		€ 665.263,00	€ 663.336,60	€ 586.508,05	€ 76.828,55
UTILIZZO DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE		€ 43.000,00		€ 43.000,00			
TOTALE ENTRATE GENERALE		€ 708.263,00		€ 708.263,00	€ 663.336,60	€ 586.508,05	€ 76.828,55
							€ 1.926,40

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE -

USCITE

TITOLO I	USCITE CORRENTI	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
	SPESE GENERALI FUNZIONAMENTO SEDE							
	LUCE ACQUA PULIZIE SPAZZ.	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 7.672,13	€ 7.188,13	€ 484,00	€ 2.327,87
	CANCELLERIA E STAMPATI	€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 1.644,02	€ 1.644,02		€ 1.355,98
	SPESE POSTALI + PT POSTEL	€ 16.000,00		€ 16.000,00	€ 9.293,93	€ 9.293,93		€ 6.706,07
	ASSICURAZIONE SEDE	€ 500,00		€ 500,00	€ 232,00	€ 232,00		€ 268,00
	SPESE BANCARIE E C/C POSTALI	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 895,85	€ 895,85	€ -	€ 3.104,05
	AFFITTO E SPESE CONDOMINIALI	€ 31.500,00		€ 31.500,00	€ 29.389,27	€ 29.389,27		€ 2.110,73
	SPESE TELEFONICHE, FAX, INTERNET	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 9.044,91	€ 9.044,91	€ -	€ 5.955,09
	IMPOSTE E TASSE				€ 5.895,53	€ 5.895,53		€ 5.895,53
	SPESE DI TRASPORTO E SPOSTAMENTO	€ 250,00		€ 250,00				€ 250,00
	BIBLIOTECA E ABBONAMENTI	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 308,10	€ 308,10		€ 691,90
	SPESE VARIE	€ 3.500,00		€ 3.500,00	€ 2.311,50	€ 2.311,50		€ 1.188,50
	SPESE PER ESASIONE QUOTE EQUITALIA	€ 24.000,00		€ 24.000,00	€ 19.084,26	€ 19.084,26		€ 4.915,74
	TOTALE SPESE GEN. FUNZIONAM. SEDE	€ 108.750,00		€ 108.750,00	€ 85.571,60	€ 85.087,60	€ 484,00	€ 23.178,40
	SPESE DEL PERSONALE E CONSULENTI							
	STIPENDI E ONERI RIFLESSI	€ 70.000,00		€ 70.000,00	€ 52.708,43	€ 52.708,43		€ 17.291,57
	UFFICIO LEGALE	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 7.550,40	€ 3.775,20	€ 3.775,20	€ 2.449,60
	CONSULENZA CONTABILE E AMMINISTRATIVA	€ 8.000,00		€ 8.000,00	€ 7.924,90	€ 7.924,90		€ 75,10
	CONSULENZA PROFESSIONALE E STAMPA	€ 500,00		€ 500,00				€ 500,00
	FORMAZIONE DEL PERSONALE	€ 1.000,00		€ 1.000,00				€ 1.000,00
	FONDO INCENTIVAZIONI	€ 2.500,00		€ 2.500,00				€ 2.500,00
	TOTALE SPESE DEL PERS. E CONSULENTI	€ 92.000,00		€ 92.000,00	€ 68.183,73	€ 64.408,53	€ 3.775,20	€ 23.816,27

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE -

USCITE

TITOLO I	USCITE CORRENTI	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
		INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
	ATTIVITA' COLLEGIO							
	PROGETTO INFERMIERE (RIVISTA)	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 11.200,00	€ 11.200,00		€ 1.200,00
	FORTALE IPASVI (SITO INTERNET)	€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 630,24	€ 630,24		€ 2.369,76
	SPESE DI RAPPRESENTANZA	€ 2.000,00		€ 2.000,00				€ 2.000,00
	PROGETTI OBIETTIVO	€ 92.500,00		€ 92.500,00	€ 78.372,95	€ 78.372,95		€ 14.127,05
	SEMINARI DI STUDIO	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 3.743,20	€ 3.743,20		€ 6.256,80
	ASSEMBLEA	€ 500,00		€ 500,00				€ 500,00
	COORD. COLLEGI LIGURI	€ 1.000,00		€ 1.000,00				€ 1.000,00
	INIZ. PROM. 12 MAGGIO	€ 11.800,00		€ 11.800,00	€ 10.825,18	€ 10.825,18		€ 974,82
	RAPPORTI ISTITUZIONALI	€ 500,00		€ 500,00				€ 500,00
	QUOTE FEDERAZIONE	€ 81.000,00		€ 81.000,00	€ 76.254,09	€ 76.254,09		€ 4.745,91
	RIMBORSI RCT	€ 900,00		€ 900,00	€ 529,00	€ 529,00		€ 371,00
	L. 8/2008	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 900,24	€ 900,24		€ 99,76
	CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA'	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 5.000,00	€ 5.000,00		€ -
	TOTALE ATTIVITA' COLLEGIO	€ 219.200,00		€ 219.200,00	€ 187.464,90	€ 187.464,90	€ -	€ 31.745,10
	SPESE ORGANI COLLEGIO							
	GETTONI TRASFERTE E INDENNITA' DI FUNZ. ISTIT.	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 39.604,00	€ 28.189,00	€ 11.415,00	€ 396,00
	RIMBORSI SPESE	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 3.815,00	€ 3.815,00		€ 185,00
	CONSIGLIO NAZIONALE	€ 4.500,00		€ 4.500,00	€ 887,22	€ 887,22		€ 3.612,78
	ASSICURAZIONE ORGANI STATUTARI							
	ONERI	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 18.472,85	€ 11.379,84	€ 7.093,01	€ 1.527,15
	TOTALE SPESE ORGANI COLLEGIO	€ 68.500,00		€ 68.500,00	€ 62.779,07	€ 44.271,06	€ 18.508,01	€ 5.720,93
	CONTRIBUTI DIVERSI							
	CONTRIBUTI DIVERSI E VARIE	€ 500,00		€ 500,00				€ 500,00
	BOLLI TESSERE DISTINTIVI	€ 300,00		€ 300,00				€ 300,00
	TOTALE CONTRIBUTI DIVERSI	€ 800,00		€ 800,00	€ -	€ -		€ 800,00
	ACCANTONAMENTI							
	ACCANTONAMENTO TFR	€ 4.500,00		€ 4.500,00	€ 3.550,25		€ 3.550,25	€ 949,75
	ACCANTONAMENTO IRAP	€ 5.500,00		€ 5.500,00	€ 5.459,00		€ 5.459,00	€ 41,00
	TOTALE ACCANTONAMENTI	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 9.009,25		€ 9.009,25	€ 990,75
	USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
	FONDO SPESE IMPREVISTE	€ 13.513,00		€ 13.513,00				€ 13.513,00
	TOTALE USCITE NON CLASSIF. IN ALTRE VOCI	€ 13.513,00		€ 13.513,00				€ 13.513,00
	TOTALE TITOLO I USCITE CORRENTI	€ 512.763,00		€ 512.763,00	€ 412.998,55	€ 381.222,09	€ 31.776,46	€ 99.764,45

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE -

USCITE

TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	SCOSTAMENTO
USCITE IN CONTO CAPITALE							
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 1.857,10	€ 1.857,10		-€ 142,90
ATTREZZATURE INFORMATICHE	€ 7.000,00		€ 7.000,00	€ 3.655,25	€ 3.655,25		-€ 3.344,75
MOBILI E ARREDO	€ 1.500,00		€ 1.500,00				-€ 1.500,00
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 10.500,00		€ 10.500,00	€ 5.512,35	€ 5.512,35		-€ 4.987,65
TOTALE TITOLO II - USCITE IN C. CAPITALE	€ 10.500,00		€ 10.500,00	€ 5.512,35	€ 5.512,35		-€ 4.987,65
TITOLO III PARTITE DI GIRO	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	SCOSTAMENTO
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
RITENUTE E CONTRIBUTI	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 40.843,04	€ 28.906,30	€ 11.936,74	€ 10.843,04
POLIZZA ASSICURATIVA	€ 155.000,00		€ 155.000,00	€ 148.097,00	€ 148.097,00		-€ 6.903,00
TOTALE USC. AVENTI NAT. DI PART. DI GIRO	€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 188.940,04	€ 177.003,30	€ 11.936,74	€ 3.940,04
TOTALE TITOLO III - USCITE IN PART. DI GIRO	€ 185.000,00		€ 185.000,00	€ 188.940,04	€ 177.003,30	€ 11.936,74	€ 3.940,04
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 708.263,00		€ 708.263,00	€ 607.450,94	€ 563.737,74	€ 43.713,20	-€ 100.812,06
TOTALE GENERALE	€ 708.263,00						

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE -

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE - ENTRATE						
GESTIONE DEI RESIDUI ATTIVI						
	INIZIALI	VARIAZIONI	RISCOSSI		DA RISCOUTERE	RESIDUI FINALI
TITOLO I ENTRATE CORRENTI						
QUOTE ISCRITTI	€ 281.092,58		€ 13.715,64		€ 52.011,55	€ 319.388,49
ENTRATE DIVERSE	€ 22.974,00					€ 22.974,00
TOTALE TITOLO I ENTRATE CORRENTI	€ 304.066,58		€ 13.715,64		€ 52.011,55	€ 342.362,49
TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE						
TOTALE TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE						
TITOLO III PARTITE DI GIRO						
RITENUTE ASSICURAZIONE	€ 1.478,26		€ 1.478,26			€ -
	€ 26.634,00		€ 13.524,70		€ 24.817,00	€ -
TOTALE TITOLO III PARTITE DI GIRO	€ 28.112,26		€ 15.002,96		€ 24.817,00	€ 37.926,30
TOTALE ENTRATE GENERALE	€ 332.178,84		€ 28.718,60		€ 76.828,55	€ 380.288,79

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

Lourdes, l'infermiere al servizio dei malati

di: **Laura Cavicchi e Gianluca Lomaglio**

Di seguito la testimonianza di due colleghi infermieri che hanno partecipato al pellegrinaggio a Lourdes di giugno 2013. E' il frutto di una collaborazione nata grazie alla proposta e all'impegno del Dott. Mosci Carlo, direttore della S.C. Oculistica Oncologia dell'E.O. Ospedali Galliera e Presidente dell'A.M.C.I. (associazione medici cattolici italiani di Genova) il quale afferma "ancora una volta Lourdes è motivo di conferma della bellezza di stare con gli altri e laddove necessario aiutare gli altri sotto lo sguardo vigile e amoroso della madonna". Un grazie anche alla dott.sa Allodi responsabile medico dell'UNITALSI genovese che coordina la presenza dei sanitari e in tal senso il nostro Collegio si impegnerà a favorire la partecipazione degli infermieri ai vari pellegrinaggi in calendario. Chiunque fosse interessato può proporsi inviando una mail alla Dott.sa Anna Porta (anna.porta@galliera.it) coordinatrice del corso di laurea di Infermiere dell'E.O. Ospedali Galliera o alla segreteria del Collegio all'indirizzo ipasvige@genova.ipasvi.it

L'infermiere sta accanto ai malati sempre, ha scelto di mettere la sua professionalità al loro servizio per tutta la vita.

Nel luogo di lavoro e non solo, la presenza infermieristica è fondamentale per il cittadino, che vede in essa un valido e sicuro punto di riferimento.

Per noi ciò è fonte di gratificazione e ci spinge a fare bene, qualche volta anche al di là del turno di lavoro e delle mura in cui prestiamo il nostro servizio.

Spesso sperimentiamo cosa significhi dare e ricevere più di quanto donato, ci arricchisce l'anima.

E proprio questo è avvenuto nel consueto pellegrinaggio a Lourdes, che quest'anno dal 15 al 19 giugno ha ritrovato la presenza infermieristica con la partecipazione di 2 infermieri del Collegio Provinciale Ipasvi di Genova.

Lourdes, piccola cittadina francese ai piedi dei Pirenei e meta di frequenti pellegrinaggi per la maggior parte di persone malate o disabili, è conosciuta in tutto il mondo.

Il luogo, famoso per l'incontro di Bernadette con la Madonna e per vicissitudini miracolose avvenute nel tempo, vede nel periodo di apertura del Santuario, migliaia e migliaia di persone in visita: credenti e non, malati o semplicemente pellegrini, tra cui anche personale sanitario di ogni genere; la presenza di persone bisognose di assistenza rende attiva la partecipazione di medici e infermieri, che vivono il pellegrinaggio insieme ai malati e si mettono al loro servizio in caso di necessità.

Con questo articolo vogliamo dare una testimonianza forte e sincera di

quanto vissuto e condiviso. Ricordiamo che il giorno della partenza ci siamo presentati con formalità ai coordinatori U.N.I.T.A.L.S.I., ai volontari, al personale medico e ai malati. Al ritorno da Lourdes, è stato inevitabile salutarci, abbracciandoci e ringraziandoci a vicenda. Abbiamo avuto modo di seguire con i malati l'intero pellegrinaggio, dal risveglio mattutino alla buonanotte nelle camere del Salus Infirmorum. Abbiamo partecipato con loro alle Sante Messe, alla Via Crucis e al Santo Rosario nella grotta.

L'epilogo è stato movimentato dall'alluvione, ciononostante la salda ed efficiente organizzazione dell'U.N.I.T.A.L.S.I., la cui colonna portante sono i numerosi volontari (dame e barellieri), ha saputo contenere i disagi della situazione e porvi rimedio tempestivamente.

In un contesto del genere anche la somministrazione della terapia non poteva essere un gesto meccanico e finalizzato a se stesso. Era un ulteriore momento di scambio reciproco, di una battuta, di un sorriso. Era la terapia dell'anima, che ci liberava per alcuni istanti dai pesi delle preoccupazioni personali, dai mali di salute e ci portava leggeri verso attimi di serenità.

Cosa ricorderemo di Lourdes? Il camminare silenzioso, cadenzato e composto all'interno del Santuario, la profonda fede che si respirava nell'aria e il soave cinguettio degli uccellini davanti alla grotta, aldilà del fiume Gave. Quasi a simboleggiare la vita. I rami sui quali si poggiavano erano tanti ma sottili. Come nella vita: si hanno tante possibilità, tante strade da percorrere. La difficoltà è trovare quella sulla quale si riesce a stare in equilibrio. Proprio come gli uccellini di Lourdes.



La bella d'Irlanda

Il percorso: idea, progetto, attivazione, obiettivo

di Silvia Gori

*Infermiera c/o Oncologia Ambulatorio
Ospedale Padre Antero Micone - A.S.L. 3 Genovese*

La spinta iniziale per attivare un gruppo di A.M.A. (auto-mutuo-aiuto) nasce dalla mia partecipazione ad un corso per facilitatori frequentato a Genova lo scorso anno, corso nato dalla collaborazione fra ASL 3 Genovese, e A.M.A.L.I. (coordinamento gruppi di auto mutuo aiuto in Liguria), svoltosi presso la sede IPASVI di Genova e destinato ad Infermieri e non solo.

Durante il percorso formativo ho maturato l'idea di far nascere un gruppo che riguardasse molto da vicino il servizio presso cui lavoro in qualità di infermiere: il reparto di Oncologia dell'Ospedale Padre Antero Micone.

Questa volontà è stata motivata anche dalla conoscenza che a Genova non erano presenti altri gruppi A.M.A. oncologici.

Presso questo servizio, da un'idea del responsabile, è partito da circa cinque anni un percorso diagnostico-terapeutico chiamato "Tranquilla " che accoglie persone con patologia mammaria, di qualunque natura. Nella maggior parte dei casi inizia dalla segnalazione del M.M.G. fino ad arrivare, dopo diversi esami, alla diagnosi finale.

Sono numerose le donne che, pervenute a noi, hanno completato l'iter diagnostico, terapeutico, e che oggi continuano i controlli in follow-up. Personalmente seguo questo percorso da vicino ed è proprio da questo che nasce il Gruppo

A.M.A per donne con tumore mammario dal nome "La bella d'Irlanda" in virtù del significato positivo che la pianta ha.

Il ruolo che rivesto è quello di facilitatore. Io non condivido personalmente, a tutt'oggi, il problema delle partecipanti al gruppo, ma lo vivo giornalmente come, operatore, come individuo, soprattutto come donna.

Dopo la stesura e la presentazione del progetto in collaborazione con A.M.A.L.I., mi è stato concesso un locale all'interno del reparto di Oncologia dove avvengono, con cadenza settimanale e della durata di un'ora e mezza, gli incontri a partire da Gennaio di quest'anno.

Questo spazio temporale permette, alle donne che vi partecipano, di poter esprimere liberamente qualunque tipo di emozione, sapendo di essere comprese totalmente; comprensione che nasce dalla condivisione di paura, ansia, incertezza, rabbia, frustrazione, modificazione fisica, umorale ed ormonale.

L'espressione libera del proprio disagio sia fisico che psichico è importante per ognuna delle donne partecipanti, perché si snoda su un terreno difficile, ma liberatorio.

L'obiettivo del gruppo è proprio quello di agevolare e stimolare la comunicazione fra persone con le stesse problematiche, per imparare dagli altri

e riuscire a cambiare, aumentando la consapevolezza di sé. Superare gli ostacoli fisici e mentali, insieme, significa riconquistare la propria autostima.

Circondare dall'ascolto, le parole possono uscire fuori liberamente, mentre intorno ci sono solo la condivisione e l'assenza assoluta di giudizio. In questo modo la ricostruzione è possibile.

Non solo questo avviene. Si stringono, maturano e si consolidano rapporti con quelli che, poco prima, erano degli estranei, ai quali non si sarebbero confidati segreti e paure.

La consapevolezza che tutto ciò che avviene all'interno del gruppo, che le parole che corrono non avranno vita al di fuori, è uno stimolo per poter parlare in sicurezza alleggerendo gli individui di pesi sorretti a fatica.

Devo ammettere che, la paura di non riuscire ad essere adatta al mio ruolo, di non essere in grado di facilitare bene un gruppo, di sbagliare, mi sta accompagnando, ma devo dire altresì

che per me è una esperienza bellissima e spero di riuscire a portarla avanti per lungo tempo. Devo rendere onore alle donne che hanno accettato di fare questo percorso insieme, perché insieme stiamo vivendo il cambiamento.

BIBLIOGRAFIA DEI GRUPPI DI A.M.A.

"I gruppi di auto/aiuto"- Cinzia Albanesi
ed. Carocci

"L'auto/mutuo aiuto - Guida per i facilitatori di gruppo" - D. Steinberg - ed. Erickson

"La formazione degli operatori alla conduzione di gruppi di auto mutuo aiuto"- Anna De Santi

"I gruppi di mutuo aiuto" - P. R. Silverman
ed. Erickson

"Esperienze di auto-mutuo-aiuto" - M. Mutti
ed. Erickson

"La comunicazione con il paziente oncologico"
De Santi-Morosini-Noviello-Azienda di Sanità
Pubblica del Lazio- Gruppo C.A.R.E
ed. Erickson



PIANO FORMATIVO - II° SEMESTRE 2013

Alleghiamo l'elenco dei corsi accreditati ECM che **potranno essere prenotati da tutti gli iscritti in regola con il pagamento delle quote di iscrizione**

TASSATIVAMENTE A PARTIRE DAL GIORNO 16/09/2013

presso gli uffici del Collegio in Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4°/p. dal lunedì al venerdì ore 10,00 - 12,30 e il lunedì e mercoledì dalle 14,30 - 16,00. E' possibile iscriversi agli eventi formativi e consultare i programmi in modalità ON-LINE attraverso il sito www.genova.ipasvi.it; per le modalità, cliccare in alto a destra nella home page del sito la voce **FORMAZIONE** ed in alto a sinistra apparirà la dicitura "iscrizione corsi on-line", proseguire inserendo tutti i dati richiesti.

Per la partecipazione a ciascun evento è chiesto un contributo a titolo di rimborso spese da effettuarsi anticipatamente con una delle nuove 4 forme di pagamento (i riferimenti al format d'iscrizione on-line).

Informazioni possono essere richieste ai referenti Progetto Rete

Ruggiero Salvatore 345/5771185 - Fiorenza Antonio 348/8377169

Data	Titolo	Cred	Orario	Luogo	€.
02/10/13	Il BENCHMARK come confronto e condivisione nel miglioramento professionale in un setting operativo. Parliamone insieme.	4	14.00 18.00	Sede IPASVI	10.00
03/10/13	La terapia, l'educazione e l'attività con l'ausilio di animali dai presupposti teorici alla pratica clinica.	3	08.30 12.30	Sede IPASVI	10.00
04/10/13	La gestione della complessità relazionale nella professione infermieristica: mettersi in confronto con se stessi e con gli altri.	8	09.00 17.00	Sede IPASVI	15.00
08e09/10	La comunicazione come competenza professionale: uno strumento da conoscere, acquisire, sviluppare.	8	14.00 18.00 14.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
10/10/13	Gestione del rischio clinico: gli strumenti per migliorare la sicurezza dei pazienti.	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
15/10/13	Corso base di immobilizzazione in area traumatologica.	6	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
18/10/13	NO Violenza Sulle Donne quali Competenze e Conoscenze nella Società e nella Sanità	5	08.30 16.30	"auditorium centro congressi IRCCS A.O.U. San Martino IST c/o CBA"	Gratis
21e22/10	Caregiving e Psiche: l'infermiere incontra la sofferenza psicopatologica.	8	08.30 18.00 14.00 18.00	Sede IPASVI	15.00
29e30/10	Manovra di primo soccorso: la rianimazione cardiopolmonare nel paziente in arresto cardiaco. L'utilizzo del Defibrillatore.	11	14.00 18.00 08.30 13.00	Sede IPASVI	15.00
07/11/13	Gestione infermieristica del drenaggio toracico.	4	13.30 18.00	Sede IPASVI	10.00
12/11/13	Il BENCHMARK come confronto e condivisione nel miglioramento professionale in un setting operativo. Parliamone insieme.	4	14.00 18.00	Sede IPASVI	10.00
13e14/11	Manovra di primo soccorso: la rianimazione cardiopolmonare nel paziente in arresto cardiaco. L'utilizzo del Defibrillatore.	11	14.00 18.00 08.30 13.00	Sede IPASVI	15.00
18/11/13	Elettrocardiografia: aspetti teorici e pratici del ruolo infermieristico.	7	9.00 17.30	Sede IPASVI	15.00
20/11/13	Kitchen in care. Seminario psico-gastronomico.	8	09.00 17.00	COOP Liguria	15.00
22/11/13	La gestione della complessità relazionale nella professione infermieristica: mettersi in confronto con se stessi e con gli altri.	8	09.00 17.00	Sede IPASVI	15.00
26/11/13	La comunicazione efficace in un'organizzazione sanitaria.	7	09.00 17.00	Sede IPASVI	15.00
27/11/13	Gestione infermieristica del drenaggio toracico.	4	13.30 18.00	Sede IPASVI	10.00
28/11/13	Elettrocardiografia: aspetti teorici e pratici del ruolo infermieristico.	7	9.00 17.30	Sede IPASVI	15.00
29/11/13	Infermiere – Operatore Socio Sanitario integrazione e lavoro di equipe	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
02/12/13	Infermiere – Operatore Socio Sanitario integrazione e lavoro di equipe	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
04/12/13	Kitchen in care. Seminario psico-gastronomico.	8	09.00 17.00	COOP Liguria	15.00
05/12/13	Corso base di immobilizzazione in area traumatologica.	6	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00
11/12/13	Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.	3	14.00 18.00	Sede IPASVI	10.00
12/12/13	La funzione educativa infermieristica.	7	08.30 17.00	Sede IPASVI	15.00