



PROFESSIONE Infermiere

PERIODICO DEL COLLEGIO INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARI, VIGILATRICI D'INFANZIA DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA



**2 agosto
LA MEMORIA
DEL SOCCORSO**

**La Centrale
Operativa 118
Area Omogenea
Emilia Est**

2 AGOSTO 1980

**DALLE TRAGEDIE
NASCE LA RISPOSTA:
IL 118 DI BOLOGNA**

**L'Indice di
Complessità
Assistenziale**

**La mia
esperienza al
Brighton Hospital**



IPASVIBO.it

il nuovo sito internet
del Collegio IPASVI di Bologna

www.ipasvibo.it

SOMMARIO

Editoriale

EDITORIALE

Un anno a servizio della comunità professionale - *Dr.ssa Maria Grazia Bedetti* Pag. 2

TIMELINE - Sintesi delle principali attività del Collegio nel 2015 Pag. 3

Notizie in breve Pag. 4

Professione

PROFESSIONE

IPASVI Bologna "Social" Pag. 6

L'arte che cura - *Dr. Francesco Burrai* Pag. 7

16/17 Maggio IPASVI alla #Strabologna 2015 Pag. 10

La Memoria del soccorso Pag. 12

La Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est Pag. 16

Il Servizio di Soccorso Sanitario con Elicottero Base Bologna Pag. 20

La C.O.U. (Centrale Operativa Unificata) Pag. 27

La storia e la nascita del 118 bolognese Pag. 28

Infarto, come prevenirlo e come affrontarlo: la "Giornata del Cuore" - *Dr. G. Montefrancesco* Pag. 30

Ambulatorio Amico: un'esperienza di volontariato e crescita per infermieri Pag. 31
di tutte le età - *Dr.ssa Annalisa Bolognesi*

Convegno A.N.T.R. - Un Patto per l'Assistenza Pag. 33

La testimonianza di Alessandra Pag. 34

Manifesto per una alleanza terapeutica fra pazienti, medici ed infermieri - *Franco Brizzi* Pag. 35

Infermieri nelle scuole per la Giornata del Rene Pag. 36

Curriculum vitae: un buon punto di partenza - *Dr. Franco Elia* Pag. 38

Contributi scientifici

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

L'indice di complessità assistenziale (ICA) nell'unità operativa di nefrologia, dialisi e trapianto Pag. 40
G. Bacchi, A. Bellini, P. Fabbri, D. Faro, S. Guadagnino, A. Leccese, P. Poli, A. Simari, S. Venturelli, Prof. La Manna

Gli ospedali psichiatrici giudiziari: verso il loro superamento Pag. 44
Dr.ssa Marilina Sacco - Dr.ssa Benedetta Giannelli

Noi Infermieri

NOI INFERMIERI

La mia esperienza al Brighton and Sussex University Hospital - *Dr. Antonio Torella* Pag. 46

COLLEGIO IPASVI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 Bologna
Tel. 051.393840 - Fax 051.344267

E-mail: info@ipasvibo.it - bologna@ipasvi.legalmail.it
www.ipasvibo.it

ORARI UFFICI: Lunedì / Mercoledì: ore **9-12**
Martedì / Giovedì / Venerdì: ore **14-17**

PROFESSIONE INFERMIERE

PERIODICO DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I. DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

ANNO XXVII - N. 1 - NOVEMBRE 2015
PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE

Direttore responsabile: MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione: CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore: COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Referee: CATIA BIAVATI



Dr.ssa Maria Grazia Bedetti
Presidente Collegio
IPASVI di Bologna

Un anno a servizio della comunità professionale

Quando questo numero della rivista arriverà nelle nostre case sarà trascorso quasi un anno dall'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo e, agli sgoccioli del 2015, è d'obbligo fare il punto sulle attività svolte perché ogni iscritto possa valutare la loro coerenza con quanto dichiarato e condiviso durante l'Assemblea annuale tenutasi il 10 aprile 2015.

Sono stati mesi di lavoro molto intenso che in parte abbiamo riportato a seguire (TIMELINE) consapevoli che molto altro è stato fatto ma che tale sintesi ci aiuta comunque a dare evidenza agli obiettivi ed agli intenti perseguiti a nome e per la comunità professionale che rappresentiamo.

Il continuo riassetto organizzativo cui è stato, ed è, sottoposto il sistema di cure provinciale, in un contesto più generale ancora focalizzato sui tagli, ci ha impegnato a tenere relazioni con tutte le istituzioni locali fra cui le Direzioni delle Aziende Sanitarie pubbliche e private, il Sindaco e l'Assessore alla Sanità del Comune di Bologna in quanto rispettivamente Sindaco dell'Area Metropolitana e Presidente della Conferenza Socio Sanitaria Territoriale¹, la Commissione Sanità del Comune di Bologna, con le Organizzazioni Sindacali, con i rappresentanti dei cittadini e con le associazioni di malati.

Ai rappresentanti istituzionali abbiamo chiesto un coinvolgimento reale dei professionisti in quanto interlocutori attivi e competenti, oltre che stakeholder, nei processi di programmazione e riorganizzazione del sistema sanitario provinciale, siano essi finalizzati all'implementazione di nuove offerte sanitarie che alla rimodulazione di quanto già in essere, con la finalità di garantire risposte appropriate e qualificate ai cittadini nelle diverse fasi del bisogno. Alle Organizzazioni Sindacali, un impegno a condividere i progetti di evoluzione e sviluppo che stiamo perseguendo e a declinare su questi le dinamiche contrattuali del prossimo futuro.

Partecipando a numerosissime iniziative pubbliche fra cui il Congresso Nazionale dell'Associazione Trapiantati di Rene, le Giornate del rene e del cuore, la Strabologna, la Commemorazione del 2 agosto 1980, la *Race for the cure*, e tante altre, abbiamo voluto testimoniare il nostro radicamento profondo nella storia e nella realtà sociale di questo territorio, dare evidenza alle competenze di cui siamo portatori e come il nostra funzione di "ad-sistere" si traduca realmente nella capacità di "stare accanto" alle persone.

Si sono cercate e ottenute sinergie con altri gruppi professionali, Ostetriche Tecnici di Radiologia, Tecnici di Laboratorio e Fisioterapisti, partendo dal presupposto che i processi di cura ed assistenza non si fanno senza confronti di saperi, di metodi, di modelli, senza rivedere capacità e ambiti di competenza, non per intaccare ed erodere il campo di attività di questo e quel professionista, ma per adeguarsi all'evoluzione generale e ineludibile dei saperi, dei bisogni, dei sistemi organizzativi e soprattutto alle necessità e alle aspettative dei cittadini.

Ci siamo comunque impegnati a definire il nostro ambito di esercizio professionale e come vogliamo che esso cambi per rispondere ai bisogni dei cittadini e delle organizzazioni presso cui operiamo attivando intanto due gruppi di lavoro, uno sull'assistenza al paziente nefrologico e uno sul ruolo e la funzione svolta dai coordinatori infermieristici. Nel primo caso si è arrivati alla stesura di un documento in cui sono riportate, ad integrazione delle Linee Guida pubblicate dall'ISS dove non se ne fa menzione, le competenze degli infermieri che operano in area nefrologica; nel secondo caso è stato invece elaborato un progetto la cui prima fase, presentata durante il Seminario "La funzione di coordinamento in un contesto che cambia" tenutosi il 5 ottobre ultimo scorso, prevede il coinvolgimento, attraverso l'utilizzo di specifici *focus group*, di un numero significativo di coordinatori che operano in tutte le strutture della provincia per esaminare le dimensioni critiche del ruolo ricoperto e le possibili attività che l'organismo di rappresentanza professionale, il Collegio, dovrebbe attivare a loro sostegno. Il presupposto a tanto impegno è la convinzione che il ruolo svolto dai coordinatori all'interno delle organizzazioni risulta determinate per l'evoluzione dell'intera comunità professionale come ci ha ben ricordato il professor Edoardo Manzoni in apertura del Seminario "La funzione di coordinamento in un contesto che cambia" la cui relazione è ancora fruibile sul nostro sito (www.ipasvibo.it).

A proposito di sito ricordo che è stato completamente rivisto e innovato, all'interno di un progetto di sviluppo dell'area comunicazione esterna per cui sono stati completamente rivisti gli strumenti in uso (rivista e sito) e attivati nuovi e più evoluti strumenti di informazione in grado di raggiungere velocemente un numero elevato di persone come Facebook, YouTube e Twitter. Strumenti sui quali abbiamo ricevuto molte note di apprezzamento e che, come i dati di accesso documentano, ci stanno permettendo di interagire con numeri sempre più significativi di persone all'interno della comunità professionale e delle altre famiglie professionali ma anche con i cittadini.

Infine, con l'iniziativa "L'arte che cura", organizzata per celebrare la Giornata Internazionale dell'Infermiere, abbiamo voluto sottolineare come anche la dimensione artistica connoti profondamente la pratica assistenziale in quanto attività dell'uomo per l'uomo. Di seguito l'articolo del professor Burrai che ci sta accompagnando in questo percorso a cui rimando per ogni approfondimento.

1 - La CTSS riunisce tutti i 46 Sindaci dell'area metropolitana di Bologna (con esclusione del Circondario imolese, che ha una propria CTSS) e svolge funzioni di indirizzo e verifica delle politiche sanitarie e sociali. L'attribuzione di competenze tanto sul sociale che sul sanitario consente alla Conferenza di coordinare la programmazione di due ambiti fortemente intrecciati tra loro, che richiedono una attenzione costante alla integrazione degli interventi.

TIMELINE

SINTESI DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' DEL COLLEGIO NEL 2015

Partecipazione alla **RACE FOR THE CURE** con la squadra TIFOXTE



Incontro tra i Collegi delle **Professioni**, Sindaco Merola e Assessore Rizzo Nervo "Riaprire il confronto sul riassetto organizzativo della sanità bolognese"

Settembre

Il Collegio partecipa all'Udienza conoscitiva della **Commissione Sanità** del Comune di Bologna sui tempi di attesa del Pronto Soccorso



Il Collegio incontra le **Organizzazioni Sindacali** per discutere delle riorganizzazioni in corso nelle Aziende sanitarie di Bologna



Luglio

Giornata Internazionale dell'Infermiere. Evento **L'Arte che Cura** prodotto dal Collegio



Il Collegio partecipa al 33° Congresso degli Infermieri di Nefrologia **EDTNA** a Bari. Presentato progetto a sostegno degli Infermieri di Nefrologia

Maggio

Gli Infermieri partecipano alla **StraBologna**. In Piazza Maggiore l'Isola degli Infermieri e la Mostra Fotografica "La Memoria dei Soccorsi"



Publicata la nuova **Rivista** del Collegio. Nuova veste grafica, rinnovato stile comunicativo



Marzo

Giornata Mondiale del **rene**. Gli **Infermieri** del Collegio incontrano gli **studenti** del Liceo Scientifico Righi di Bologna

Apertura pagina **Facebook** istituzionale del Collegio



Ottobre

Seminario sulla Funzione di Coordinamento in un contesto che cambia. Presentazione Progetto sui Coordinatori



Apertura nuovo sito internet del Collegio www.ipasvibo.it

Agosto

Il Collegio partecipa alle cerimonie di **commemorazione del 2 agosto 1980**. Allestita mostra fotografica "La Memoria dei Soccorsi" presso Palazzo D'Accursio



Apertura canali **YouTube** e **Twitter** istituzionali del Collegio



Il Collegio partecipa all'Udienza conoscitiva della **Commissione Sanità** del Comune di Bologna sulle **REMS**



Giugno

Comunicato stampa sul riassetto organizzativo dell'Azienda **USL** di Bologna

Partecipazione alle **Commissioni di Esame** Corso di Laurea in Infermieristica



Sostegno al **Patto di Alleanza Terapeutica** con **ANTR** (Associazione Nazionale Trapiantati di Rene)

Aprile

Seminario sulla **Comunicazione digitale**. Aspetti professionali, giuridici e deontologici.



Gruppi di lavoro
1) Percorso del Paziente con malattia cronica renale;
2) Ruolo e competenze Coordinatore infermieristico



Febbraio

GIORNATA DEL CUORE Supporto all'iniziativa dell'Ausi di Bologna rivolta ai Cittadini. **Manovre di primo soccorso** e prevenzione

Articoli di stampa su Servizio Emergenza **118** di Bologna. Comunicato stampa del Collegio a sostegno degli Infermieri impegnati nel Servizio

10 APRILE 2015

“Houston abbiamo un problema!”

Con il Seminario “La Comunicazione digitale” affrontato il tema delle nuove frontiere della Deontologia professionale nella vasta prateria di internet e dei Social Networks. In preparazione un Vademecum di comportamento per gli Infermieri

Venerdì 10 Aprile 2015 si è svolto, a Bologna, il Seminario “La Comunicazione Digitale e le implicazioni giuridiche, deontologiche e professionali”.

Un seminario fortemente voluto dal Collegio IPASVI di Bologna per approfondire il tema legato ai nuovi mezzi di comunicazione ed in particolare alle relazioni ed alle interazioni che prendono vita all'interno dei Social Network.

Interazioni e scambi che lasciano spesso la dimensione privata a scapito di quella professionale, con ripercussioni notevoli sull'obbligo di riservatezza dell'infermiere durante l'attività lavorativa, sul rispetto della privacy dei pazienti, sulla tutela del decoro e della dignità professionale. Tanta l'aspettativa iniziale. Numerose le iscrizioni: oltre 200 i partecipanti. Gradito il saluto della Senatrice Annalisa Silvestro.

Tanti gli spunti, le riflessioni, le considerazioni emerse.

Dalle infinite opportunità offerte da internet e dai miliardi di scambi comunicativi atti a soddisfare quel “bisogno di comunicazione digitale”

così come definito dal relatore Claudio Torbinio, alla necessità di proteggere l'esclusivo e delicato rapporto tra infermiere e paziente. Un rapporto, così brillantemente descritto dalla relatrice Angela Basile, tra “coscienza” e “fiducia”, che di certo mal si adatta alle logiche relazionali “moderne”.

Forti perplessità sono emerse di fronte alle immagini di infermieri in corsia, prese in prestito dal variopinto e sfaccettato mondo dei Social Network, in grado di mettere in discussione i tanti sforzi fatti a sostegno del decoro professionale, a tutela della privacy del paziente e dell'obbligo di riservatezza che ogni professionista dovrebbe avere nei confronti dell'Azienda in cui lavora. Immagini che ogni utente, forse inconsapevolmente, affida alla propria bacheca virtuale “a proprio rischio e pericolo” - come evidenziato dall'avv. Giuseppe Croari prendendo a riferimento il contratto di sottoscrizione del proprio account personale su Facebook.

Tali immagini, oltre ad essere oggetto di provvedimenti sanzionatori del Garante della Privacy - come emerso dalla relazione della dr.ssa Federica Banorri

(cit. provvedimento del Garante che sospende per 10 giorni un operatore che ha postato una foto di un paziente su internet), vengono “donate” al gestore del Social network cedendo dei diritti utilizzabili in tutto il mondo, anche a scopo commerciale o promozionale, cedibili a soggetti terzi per un tempo illimitato.

Le conclusioni, affidate alla dr.ssa Maria Grazia Bedetti, Presidente del Collegio IPASVI di Bologna, evidenziano le opportune attenzioni che ogni utente deve avere nella gestione delle proprie interazioni virtuali:

- riguardi nei confronti della persona assistita, garantendo la privacy nei confronti di tutte le informazioni che lo riguardano (comprese ovviamente le immagini);
 - riguardi nei confronti dei colleghi e degli altri professionisti, tutelando il decoro e l'immagine professionale;
 - riguardi nei confronti dell'organizzazione, conoscendo ed applicando i regolamenti aziendali.
- Un apposito vademecum con le considerazioni emerse sarà elaborato e trasmesso agli Iscritti.

14 MAGGIO 2015

A Bari il 33° Congresso Nazionale EDTNA

Annuale appuntamento degli Infermieri di Nefrologia
Competenze, Clinica, Formazione e Ricerca gli argomenti di quest'anno

Tre ricche ed intense giornate formative alle quali ha partecipato anche il Collegio IPASVI di Bologna portando l'esperienza, in corso, di integrazione tra infermieri di Nefrologia, Associazioni Professionali e dei Pazienti



“Con il cuore pieno di riconoscenza vogliamo dirvi grazie!”

Riceviamo e pubblichiamo una nota di ringraziamento pervenuta

Agli Infermieri Mauro Leonardo, Cristina Pozzi, Alessio Marzaduri, Maddalena Guadagno, Rita Campaniello e a tutti gli Infermieri dei quali non ricordiamo il nome.

Carissimi, con il cuore pieno di riconoscenza, vogliamo dirvi grazie per quanto è stato fatto per la nostra mamma Neva. Ogni gesto, ogni sguardo, ogni sentimento, ci ha parlato di dedizione, attenzione e delicatezza. Siete persone straordinarie: sapete dare valore alle cose, non per quello che valgono, ma per quello che significano, andate avanti quando gli altri si fermano, ci avete sostenuto, incoraggiato, consolato. Grazie per il vostro prezioso lavoro ed un incoraggiamento a proseguire nella vostra difficile e tanto importante missione.

Agostino e Bruna

31 MAGGIO 2015

“Datti una mossa” la campagna per promuovere salute

Organizzata dall’Azienda USL di Bologna per promuovere corretti stili di vita, attività fisica, alimentazione sana, niente fumo, poco alcol

Una giornata di promozione della salute per gli Infermieri: non solo assistenza durante la malattia, ma anche - e soprattutto - a sostegno di stili di vita sani e corretti. Una giornata a contatto con i cittadini e con le famiglie bolognesi che ha permesso anche di far conoscere il ruolo dell’Infermiere nella prevenzione e nell’educazione alla salute.



5 GIUGNO 2015

Le REMS al centro del dibattito politico

Al Comune di Bologna si discute della REMS di recente apertura a Bologna



Si è svolta presso la Sala Imbeni di Palazzo D'Accursio un'udienza conoscitiva sulle REMS (acronimo di Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza). Il Collegio IPASVI di Bologna ha partecipato per esprimere la propria posizione a supporto ed a sostegno degli Infermieri impegnati all'interno della Struttura bolognese la "Casa degli svizzeri" che ha accolto i 14 ospiti dell'Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) di Reggio Emilia. La chiusura dell'OPG di Reggio Emilia segna un grande risultato di civiltà per i cittadini di questa Regione. Un ulteriore tassello posto dalla Legge 81 all'applicazione della Legge 180. Il Collegio IPASVI di Bologna, nell'auspicare piena

attuazione del dettato normativo, che con l'istituzione delle REMS, sancisce che esse debbano essere strutture residuali rispetto ai percorsi territoriali, prioritari nella presa in carico dei cittadini in particolari condizioni di fragilità, ha espresso apprezzamento per l'operato della AUSL di Bologna e dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna per l'impegno profuso nella realizzazione della struttura bolognese.

In particolare è stato sottolineato l'impegno degli Infermieri coinvolti, che hanno saputo assumere su di sé il maggior carico di responsabilità in occasione dell'apertura della REMS, sin dall'inizio, affrontando impegnativi percorsi formativi e professionali e avviando un rapporto di fiducia e collaborazione molto stretto con la Magistratura. L'approccio olistico ha posto infatti le basi per l'implementazione di nuove procedure, basate sull'integrazione tra Istituzioni radicalmente diverse che si trovano a collaborare nella gestione degli ospiti della Struttura.

Durante l'udienza è stato espresso rammarico per la mancata interlocuzione con la Direzione DATER dell'AUSL BO, che parimenti alla Direzione Sanitaria ha partecipato e partecipa fattivamente all'organizzazione e al buon funzionamento di questa struttura.



10 LUGLIO 2015

“Udienza Conoscitiva sui tempi di attesa dei Pronto Soccorso”

Il Collegio IPASVI di Bologna ha partecipato all'udienza conoscitiva della Commissione Consiliare "Sanità e Politiche Sociali" del Comune di Bologna sulle problematiche dei tempi di attesa nei Pronto Soccorso cittadini, rappresentando le istanze degli Infermieri impegnati nei Servizi coinvolti, consapevoli che il Pronto Soccorso rappresenta un nodo di una rete sociale e sanitaria e che le eventuali criticità vanno affrontate in un'ottica di sistema.

2 OTTOBRE 2015

I Collegi delle Professioni incontrano Merola e Rizzo Nervo



“Se la sanità bolognese deve cambiare, lo farà anche sentendo la voce di infermieri, ostetriche, fisioterapisti e tecnici di radiologia”. È una vittoria quella ottenuta dai Collegi delle quattro professioni sanitarie che, il 30 settembre scorso, hanno incontrato il sindaco di Bologna Virginio Merola e l'assessore alla Sanità Luca Rizzo Nervo. Obiettivo, già chiesto a inizio estate dai Collegi degli Infermieri, Ostetriche e Tsm di della provincia di Bologna, e dall'Aifi (Associazione Italiana Fisioterapisti), aprire un confronto sul riassetto organizzativo in atto che, a partire dall'Ausl di Bologna, stanno interessando l'intera rete dei servizi sanitari della provincia.

E l'assessore alla Sanità, dopo aver riconosciuto come “un fatto oggettivo e non di opinione” che tutte le innovazioni che si sono realizzate finora in sanità hanno visto le professioni sanitarie non partecipare, ma protagoniste e spesso decisive, ha poi assicurato che ai dibattiti i sanitari ci saranno. (Lancio di Agenzia DIRE)

IPASVI Bologna "Social"

Come preannunciato nel numero precedente della Rivista, e coerentemente con gli impegni presi dal Consiglio Direttivo per il triennio 2015/2017, negli ultimi mesi sono stati inaugurati dei nuovi canali comunicativi istituzionali per rafforzare il confronto e la comunicazione con i Professionisti, con le Associazioni, con le Istituzioni e con il Cittadino.

Questi canali riguardano principalmente il vasto mondo "on line" dei Social Networks, divenuti ormai strumento quotidiano, veloce e largamente condiviso di comunicazione.

Con la ristrutturazione grafica del sito internet www.ipasvibo.it e l'apertura degli account Facebook, Twitter, YouTube e Google Plus il Collegio IPASVI di Bologna pone l'accento sulla comunicazione professionale ed istituzionale, garantendo un'informazione attenta, puntuale e trasparente sulle attività del Collegio, sugli obiettivi che si perseguono, cercando di rendere partecipi sia i professionisti Iscritti che i Cittadini.

Le persone interessate a pubblicare articoli, approfondimenti, eventi sui canali comunicativi del Collegio possono inviare il materiale all'indirizzo mail: info@ipasvibo.it



Pagina Twitter @ipasvbo

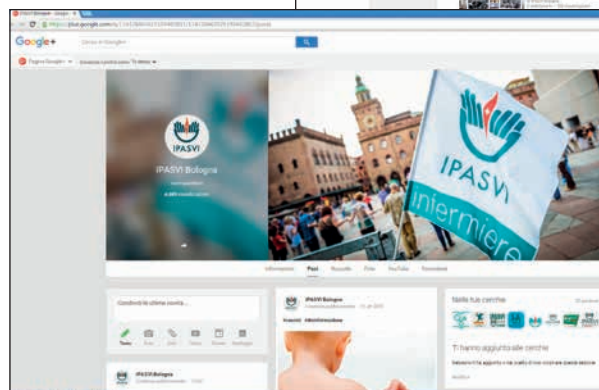


Il nuovo sito internet del Collegio (www.ipasvibo.it)

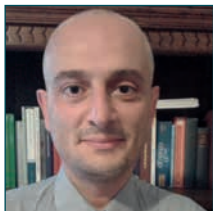


Pagina Facebook Ipasvi Bologna

Canale YouTube Ipasvi Bologna



Account Google Plus del Collegio



Dr. Francesco Burrai
PhD, Prof. a contratto, Coordinatore Didattico,
Corso di Laurea in Infermieristica Università di Bologna,
Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Polo Formativo BO1.

L'arte che cura

Introduzione

Il termine *Arte* (greco, Τέχνη; latino, Ars) per Platone era l'insieme di regole utili e ordinate¹ a strutturare una qualsiasi attività dell'uomo, dunque un carattere epistemologico di conoscenza di regole utili per uno scopo, un "dirigere"². Platone identifica nell'Arte l'unione con la scienza, il ragionamento³, la dialettica, la poesia, la politica⁴, la medicina, legate dalla necessità della giustizia che unisce gli esseri umani. Per Aristotele, l'Arte è nel mondo del possibile, del potenziale, ed distinta dalla scienza che è nel mondo del necessario, ovvero di ciò che è, e non può essere diverso da com'è, e nella *Metafisica*⁵, l'Arte è una dimensione intermedia tra l'esperienza e la scienza. Varrone⁶ nel primo secolo con l'introduzione del concetto di arti liberali, legate alla libertà di espressione di un uomo, enumera tra le Arti la medicina, la musica, la grammatica, la retorica, la logica, la geometria, l'architettura e l'astronomia. Kant unisce l'Arte alla dimensione dell'estetica, del piacere, della bellezza. Infatti per Kant il piacevole è una dimensione prodotta da una rappresentazione: lo scopo dell'Arte è quella di indurre sensazioni di piacere, di unire questa esperienza sensoriale ad una rappresentazione, come modo di conoscenza⁷. Nell'era moderna, si è affiancata al termine *Arte*, la parola, *tecnica*, che presenta lo stesso significato platonico, legato al mondo delle regole che disciplinano e rendono uniforme una attività dell'uomo qualsiasi. Questa dualità così evidente nella società contemporanea è stata risolta, spostando le Arti belle, nella disciplina dell'*estetica*.

Arte ed Esistenza

L'arte porta con se il termine di *estetica* deriva dall'unione dei termini greci αἴσθησις, sensazione, e dal verbo αἰσθάνομαι, percezione, ed è stato introdotto da nel 1750 da Baumgarten nel libro *Aesthetica*⁸, mentre in termini accademici, l'estetica è una disciplina della *filosofia*. L'arte costituisce l'essenzialità umana, ed ogni essere umano ha la possibilità di comprendere i fatti artistici, come indicazione di una dimensione comune all'uomo: una esistenza senza arte sembra non concepibile nella vita umana. L'arte in ogni era ha sempre esercitato un vivo interesse nell'uomo, come manifestazione di una "riuscita", di una inventività dal "nulla", che meraviglia e stupisce, ed entra nella precarietà umana come via di comunicazione diretta.

La rappresentazione artistica è una realtà indipendente,

originale, che porta un valore nuovo, sganciata dalla parzialità dei ragionamenti, dei giudizi, ma è totale e singolare al tempo stesso e cattura l'infinità dell'esistenza, unione tra esistenza dell'opera e del suo effetto.

Un fatto artistico realizza un'universalità, una totalità, un'infinità, irriducibile al singolo perché è indipendente ed esiste di vita propria, dunque ha sempre una portata metafisica.

L'arte si manifesta nel reale come forma, come forma pura, ed ogni forma è per natura interpretabile, dunque comunicativa è contiene in se lo stimolo alla conoscenza, è il suo significato è la sua esistenza, senza segno, simbolo,

allusione. Non ha bisogno di intermediari interpretativi, perché è il suo darsi è la sua esistenza, il suo segreto. Questa potenza comunicativa è efficace e profonda, non paragonabile ad altre forme comunicative, perché attira ed è diffusiva, crea intuitivamente un pubblico, inducendo legami, vincoli tra le persone, trascinando il mondo umano, parlandogli direttamente, fino ad unire intere generazioni, epoche, popoli, come per esempio fa la musica, o la poesia.

L'arte è espressione, veicolata dalla forma, la quale non rinvia a qualcosa fuori di lei, è stupisce non solo un pubblico, ma anche l'autore, con aspetti nuovi, rilevazioni insospettite e inattese. La forma è un tutto, contiene il tutto nel suo essere, e se non è questo, non è Arte, non è forma, ma schema, progetto. La forma contiene l'espressività del suo autore, meglio, l'espressività umana, la sua inventiva. L'autore è svelato, nella sua personalità, e la sua dimensione umana è nella forma artistica, che rileva il suo modo di operare, il suo stile, e diventa materializzazione della sua spiritualità.

L'arte influenza la vita degli uomini in maniera profonda e vitale, trascende le divisioni, gelosie, invidie. L'arte

"La bellezza salverà il mondo"

Fëdor Michajlovič Dostoevskij





Locandina dell'evento "L'arte che cura" del 12 maggio 2015

diventa ed è necessità vitale espressiva per l'autore, ed è nutrimento vitale, bisogno interiore per chi ne usufruisce. L'autore è per natura un creativo, intuitivo, un espressivo, con una vita posta nel mondo dell'arte come benessere fondante della sua esistenza, che veicola verso gli altri.

L'arte fluisce nella vita e la vita fluisce nell'arte, portando con se visioni del mondo, il quale prende con se chi guarda, chi ascolta una manifestazione artistica, invitandolo a vedere, sentire, guardare come il sentire, il vedere il guardare dell'autore, in una comunicazione immediata tra mondi spirituali, fino ad arrivare ad un mutamento della visione del mondo di chi viene a contatto con quell'arte.

L'interesse che l'arte suscita nell'uomo, è molto spesso interpretato solamente con l'identificazione tra gusto estetico e forma. Ma la presenza di un'estetica, di un gusto estetico è la rivelazione di un aspetto comune a tutti gli uomini, dunque di una umanità che comunica attraverso mondi interiori, dove il gusto estetico è la spiritualità dell'essere umano legata al mondo spirituale dell'Arte.

L'uomo ricerca nel mondo dell'Arte una percezione di bellezza, perché e nella natura umana ricercare la bellezza, la quale è unità alla dimensione del piacere, e questo

bisogno vitale cerca un appagamento che abbia caratteristiche non immediate, come potrebbe essere dato dal denaro, dal sesso, dal successo, ma un appagamento che permane nel tempo, più profondo. Questo tipo di bisogno, di ricerca di una bellezza attraverso la forma artistica, si raggiunge in maniera diretta, perché nella forma artistica è presente l'unione tra materia e trascendenza.

L'arte che cura

L'arte che cura, come possiamo intuire da ciò che abbiamo evidenziato nei concetti esposti, ha una caratteristica comune ad ogni uomo, ed ogni uomo risponde con un suo stato di benessere quando la forma artistica entra nella sua personale, unica e soggettiva forma spirituale, e si manifesta come soddisfazione di un bisogno ancestrale, atavico. L'appagamento prodotto dall'unione tra il mondo spirituale, che crea un particolare gusto estetico e il mondo spirituale della forma è vitale per la salute dell'essere umano.

Come diversi studi scientifici internazionali di psicologica, psiconeuroendocrinologia hanno mostrato, ed è come è evidente nelle dinamiche psicopatologiche presenti nella società moderna, la repressione dell'espressività di qualsiasi forma artistica di un'essere umano o la non possibilità di accedere alla dimensione dell'arte, rende l'individuo suscettibile nel manifestare prima una serie di somatizzazioni legate ad energia psichica compressa, e se perdurante nel tempo, a manifestazioni patologiche, sia psichiche e che somatiche.

L'arte è una forma di nutrimento umano, che ha la capacità di soddisfare bisogni legati alle parti fondamentali per la vita umana, come quella del piacere, dell'appagamento, di unione con una dimensione interiore completa, i quali producono, benessere, una miglior qualità di vita, prevengono malattie. La riduzione di questo alimento interiore o la sua assenza, porta l'uomo ad una condizione di continua tensione, prodotta dal non soddisfacimento del bisogno estetico, di bellezza presente nella sua vita, e una mancanza di espressività. Questa tensione si può manifestare interiormente per la parte cognitiva, con aumento di pensieri negativi, ridondanti, sempre più automatici, una minor capacità di visione ed apertura mentale, schemi mentali sempre più rigidi, ripetitivi, meno disponibilità nella comprensione di idee diverse dalle proprie. Per la parte emotiva, una maggiore compulsività e aggressività, e in generale una difficoltà nel mantenimento di un equilibrio emotivo. Dunque l'arte è una via di liberazione ed espressione che influenza la componente fisica, mentale e spirituale di ogni individuo, e le implicazioni nel mondo sanitario sono notevoli. L'espressione artistica nel mondo dei sanitari può essere



una via per il mantenimento dell'equilibrio psicosomatico, attraverso lo scarico delle energie creative e delle tensioni sulla forma artistica da parte del professionista, che raggiunge una sua gratificazione espressiva. Questa condizione permette al sanitario di sentire realizzate le sue aspirazioni e pulsioni più profonde attraverso la forma artistica, aumentandone l'autostima e la fiducia verso il mondo, dunque un miglioramento della sua qualità di vita, che influenzerà positivamente la sua salute, la sua modalità lavorativa, le sue performance, con riduzioni per esempio delle assenze per malattie e un contrasto al burn out.

L'espressione artistica è un potente strumento di salute anche per i pazienti. La necessità di esprimersi e di esprimere la propria condizione esistenziale durante la malattia è legata soprattutto alla sfera inconscia, e non è veicolata dalla parzialità delle parole. La forma artistica segue una dinamica diretta, che scaturisce dalle energie dell'inconscio, e comunica senza elaborazioni né analisi per via non verbale, esplodendo in una sincerità del sentire nell'espressione di una forma artistica, che pone nella comunicazione verso l'esterno il suo mondo interiore, che non potrebbe essere raccontato che in maniera limitata con le parole.

L'arte permette non solo l'espressività e la creatività, così vitali per la salute umana, ma agisce anche attraverso la sua contemplazione. Il sentire, guardare, toccare una forma artistica fa nascere un legame profondo tra il mondo della forma e il mondo interiore dell'individuo.

La comunicazione che nasce non ha preconcetti, segue vie immediate, soprattutto con la suggestione, con il piacere, la bellezza, dove le resistenze interiori si sciolgono nell'estetica e nella dinamica tutta interiore, che porta verso orizzonti non materiali, lontani dal quotidiano, potenziando un modo di sentire profondamente umano, che si riconosce nell'unione con il tutto.

Infermieri e Arti

Numerosi sono gli infermieri e gli studenti di Infermieristica che hanno competenze nelle diverse arti: musica, teatro, danza, canto, reading, pittura, disegno. Molti possiedono una preparazione accademica in campo artistico. Questo è un indicatore di come la sensibilità, il talento, la ricerca espressiva sia una componente molto presente tra i professionisti.

Questi talenti e competenze artistiche si sono concretizzate in diversi eventi artistico culturali organizzati in collaborazione tra il Corso di Laurea in Infermieristica, l'Azienda Ospedaliera Universitaria, le Azienda USL e dal Collegio IPASVI di Bologna, creando una sinergia a favore della professione e della società civile. Nelle immagini sono documentati questi eventi prodotti negli anni a Bologna.

L'infermieristica, attraverso l'arte, con i suoi valori di bellezza e sensibilità, può veicolare in maniera olistica la professione verso i cittadini e le istituzioni, inviando un messaggio di apertura verso la società civile, contribuendo ad un cambio positivo della percezione culturale dell'infermiere, visto ancora oggi con immagini stereotipate, ma come un professionista che è a contatto delle persone in maniera globale, con valori umani fondamentali.

Conclusioni

Sia l'arte e sia l'infermieristica hanno nel loro agire il raggiungimento del benessere, il mantenimento della salute, la guarigione del corpo, della mente e dello spirito dell'essere umano.

Notevoli sono i possibili usi delle forme artistiche per i professionisti e per i pazienti.

Il bisogno espressivo e della creatività sono presenti in ogni individuo nel profondo del suo essere, ed è la base dell'equilibrio psicosomatico.

Le forme artistiche musicali, pittoriche, il disegno, la scrittura, il teatro, il reading e l'espressione corporea attraverso il movimento, dovrebbero entrare nella formazione universitaria, nella formazione continua, negli ospedali, nell'assistenza domiciliare come interventi olistici per la salute delle persone e dei professionisti, e per la professione come veicolo moderno di comunicazione, per portare verso la società i contenuti del mondo infermieristico.

BIBLIOGRAFIA

1. Platone. La Repubblica. BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, Milano, 2007
2. Platone. Politico. Adelphi, Milano, 2007
3. Platone. Fedro. Mondadori, Milano, 2006.
4. Platone. Protagora. Laterza, Bari, 1996
5. Aristotele. Metafisica. Bompiani, Milano, 2000.
6. Varrone. Opere. UTET, Torino, 2013
7. Immanuel Kant. Critica del Giudizio. Laterza, Bari, 2005
8. Alexander Gottlieb Baumgarten. Meditationes Philosophicae De Nullo Ad Poema Pertinentibus. Ulan Press, 2012.



Nelle foto
la partecipazione del
Collegio IPASVI di Bologna
alla Strabologna 2015



Il Sindaco di Bologna indossa la maglia del Collegio



16/17 MAGGIO IPASVI ALLA #STRABOLOGNA 2015

DUE RICCHE ED EMOZIONANTI GIORNATE
NELLE QUALI GLI INFERMIERI BOLOGNESI
HANNO TESTIMONIATO LA LORO VICINANZA AI
CITTADINI, PROMOVENDO MOMENTI DEDICATI
ALL'ARTE, ALLA MEMORIA ED ALLA EDUCAZIONE
ALLA SALUTE



Lo stand del Collegio in Piazza Maggiore



L'edizione 2015 è stata dedicata al
70° anniversario della liberazione
e alla memoria di tutte le vittime
delle stragi e degli altri atti
criminali che, tra il 1944 e il 2002,
hanno colpito la città di Bologna e
con essa l'intero Paese



Balli e canti con la "Sbanda Ballet"



Strabologna è un evento UISP per promuovere benessere e divertimento. Una vera e propria festa dedicata alla solidarietà.

letture e concerto dei colleghi Infermieri Francesco Burrai, Rossella Lupi, Giulia Meci e Vito Barone. Al termine dell'incontro in Piazza Nettuno è stata inaugurata la mostra fotografica "La memoria del soccorso", organizzata e gestita dagli Infermieri del collegio IPASVI di Bologna, in collaborazione con Azienda USL di Bologna.

Nel corso dell'esposizione è stata fornita un'emozionante testimonianza da un volontario dei soccorsi. Gli Infermieri hanno incontrato i cittadini, proponendo una serie di attività presso "L'Isola degli Infermieri" in uno spazio allestito in piazza Nettuno. Un percorso interattivo a carattere ludico/didattico ed educativo che, attraverso simulazioni e ricostruzioni, ha permesso di rappresentare le varie realtà in cui l'infermiere opera, con dimostrazioni di rianimazione cardio-polmonare, piccole medicazioni, disostruzione delle vie respiratorie nei bambini/lattanti e adulti, corretta igiene delle mani.

Apprezzamento per l'attività svolta dagli infermieri è stata espressa dal primo cittadino Virginio Merola che è intervenuto alla premiazione dei vincitori della corsa. Nel pomeriggio di domenica Piazza Maggiore è stata animata con musiche e balli popolari grazie alla "Sbanda Ballet" composta, tra gli altri da colleghi infermieri. Due meravigliose giornate a fianco dei cittadini a sostegno dello sport, della musica e della memoria.

Sabato 16 e Domenica 17 Maggio, gli Infermieri del Collegio IPASVI di Bologna, hanno partecipato alla Strabologna 2015, grande evento Uisp per promuovere benessere e divertimento.

Una vera e propria festa dedicata alla solidarietà (parte della quota di iscrizione alla manifestazione è stata devoluta al progetto Ebola condotto da Emergency) ed alla memoria. Nella giornata di sabato 16 Maggio, infatti, è stata inaugurata la manifestazione con un incontro pubblico "Memoria sana in corpore sano" presso la Sala Anziani di Palazzo D'Accursio, con i familiari delle vittime delle stragi. L'incontro è stato aperto con



La "Sbanda Ballet"



Piccoli partecipanti all'interno dell'"Isola degli Infermieri"

LA MEMORIA DEL SOCCORSO

Per non dimenticare le ferite di Bologna, continuando a prevedere l'imprevedibile



Bologna, 2-1980
Strage della stazione di Bologna
Foto: Paolo Ferrari, Paolo Righi

Fotografie di Paolo Ferrari e Paolo Righi

Realizzata da
IPASVI
Istituto Provinciale di Bologna

in collaborazione con



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

LA MEMORIA DEL SOCCORSO

Il 2 agosto di ogni anno, Bologna commemora un evento che ha profondamente segnato la storia della Città e dell'Italia intera: la strage alla stazione centrale

Le foto della strage: la città si trasforma in una gigantesca macchina di soccorso



Sconvolgenti testimonianze negli ospedali dove sono accolti i feriti gravissimi

Un medico: «Per ore ho medicato gente che aveva perso le gambe o le braccia»

Dalla stazione semidistrutta si estraggono le salme delle vittime - Una dopo l'altra vengono caricate su un autobus del servizio urbano: quando è carico, parte per l'obitorio

DAL NOSTRO INVIATO SPECIALE
BOLGONA — Occhi stralunati, colmi di dolore e di terrore. A poche ore dal terribile scoppio che ha distrutto la stazione di Bologna, i feriti ricoverati negli ospedali ricordano tremando quei terribili istanti. Storie drammatiche, dolorose. Invocezioni di dolore, paura. Singhiozzi e lacrime. Parole appena sussurrate, frasi smozzicate; ognuno ha una sua storia da raccontare. Una sua verità, un suo dramma.
All'Ospedale Maggiore i feriti sono 44, di cui dieci in gravi condizioni. «Alcuni in sala di rianimazione, altri ancora in sala operatoria», precisa il

medico (una bomba, lo scoppio di una cabaia), in base alle ferite riportate dalle persone ricoverate? «Non è facile», risponde il sanitario. Silvia Montani, 43 anni, è ricoverata con ferite su tutto il corpo. «Ero alla stazione con mio marito — racconta — era stato appena dimesso dall'ospedale e dovevamo tornare a casa, a Faenza». Il treno era in ritardo. «Avevamo sete e siamo entrati in un chiosco, di fianco ai binari. Stavo mettendo il resto nel bollorino quando ho sentito un gran botto, poi tutto è diventato buio».
Si interrompe un attimo, un'ombra passa nei suoi occhi

bruciati, tanto sangue per terra. Spinge sulle macerie, sangue dappertutto».
E suo marito? «E' rimasto illeso, miracolosamente. Me lo sono trovato vicino, coperto di polvere, bianco come un morto». Aggiunge un particolare che troveremo in seguito in quasi tutte le testimonianze raccolte: «Ho sentito un odore strano, come se fosse solo. Ecco, lo stesso odore che si sente il giorno scoppiano petardi».
Nel corridoio, sorretto dalla moglie, incontro Franco Pezzola, 32 anni, di Modena. Lavora all'ippodromo, era vicino ai binari in attesa del treno per tornare a casa.
«Un'enorme esplosione — rac-

contato un medico: il ferito morì. Uno spettacolo terribile».
Domenico Tina, 24 anni, ferroviere ad Anzola, si trovava nella stazione di Bologna per una visita di controllo. Le sue condizioni sono gravi, ha riportato un trauma cranico. Parla a fatica, ancora sotto choc. «Ero sulla pensilina del primo binario. C'è stata una forte esplosione. C'era polvere. Fante grida: Non so che cosa sia accaduto. Mi sono alzato, non riuscivo a stare in piedi. Barcollavo. Una donna sporca di sangue mi è finita addosso. «Mi aiuti, sono cieco, non vedo più». Gridava come una pazzo. Mi sono messo a urlare anch'io».
Intervista un medico: il ferito



In ricordo di questa immane tragedia e della impressionante catena umana di soccorritori accorsi alla stazione, il Collegio IPASVI di Bologna, in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna, ha sostenuto il recupero delle fotografie di quei momenti, allestendo una mostra chiamata "La Memoria del Soccorso"

Il 2 agosto 1980, alle ore 10,25, una bomba esplose nella sala d'aspetto di seconda classe della stazione di Bologna. Lo scoppio, violentissimo, provocò il crollo delle sale d'aspetto, di alcuni uffici e di circa 30 metri di pensilina. L'esplosione investì anche il treno Ancona-Chiasso in sosta al primo binario.

L'impressionante esplosione prodotta da una miscela di tritolo tranciò i destini di persone provenienti da 50 città diverse italiane e straniere: 85 morti e 200 feriti. La violenza colpì alla cieca cancellando a casaccio vite, sogni, speranze.

Alle 17,30, il presidente della Repubblica Sandro Pertini arrivò in elicottero all'aeroporto di Borgo Panigale e si precipitò all'ospedale Maggiore dove era stata allestita una delle tre camere mortuarie. Incontrando i giornalisti non nascose



UNA TOCCANTE RISPOSTA UMANA SOCIALE E SANITARIA CONTRAPPOSTA ALLA TRAGEDIA AL LUTTO ED AL DOLORE



***“Signori, non ho parole,
siamo di fronte all’impresa più
criminale che sia avvenuta in Italia”***
Sandro Pertini, Presidente della Repubblica



**La mostra “La Memoria del Soccorso” presso
Palazzo D’Accursio di Bologna.
Alle foto dei soccorsi sono affiancati i disegni
delle classi 5° A e 5° B della Scuola Primaria
“Villa Torchi” di Bologna, premiati dal
Presidente della Repubblica.**

lo sgomento: *“Signori, non ho parole”* disse, *“Siamo di fronte all’impresa più criminale che sia avvenuta in Italia”*. (www.stragi.it).

La città si trasformò in una gigantesca macchina di soccorso e assistenza per le vittime, i sopravvissuti e i loro parenti. In ricordo di questa immane tragedia e della impressionante catena umana di soccorritori e di volontari accorsi alla stazione, il Collegio IPASVI di Bologna, in collaborazione con l’Azienda USL di Bologna, ha sostenuto il re-





Altre fotografie dei drammatici momenti dopo la strage

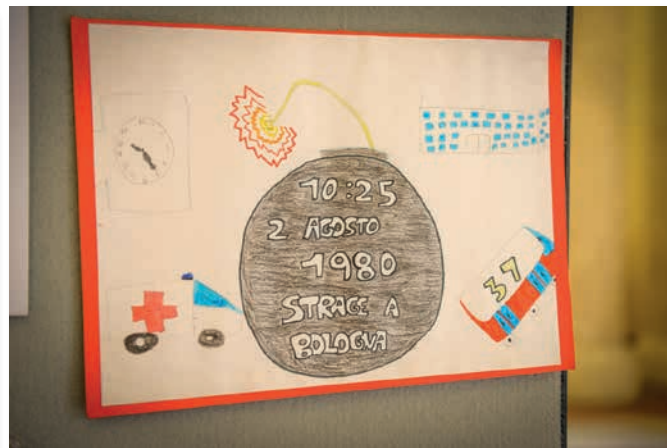


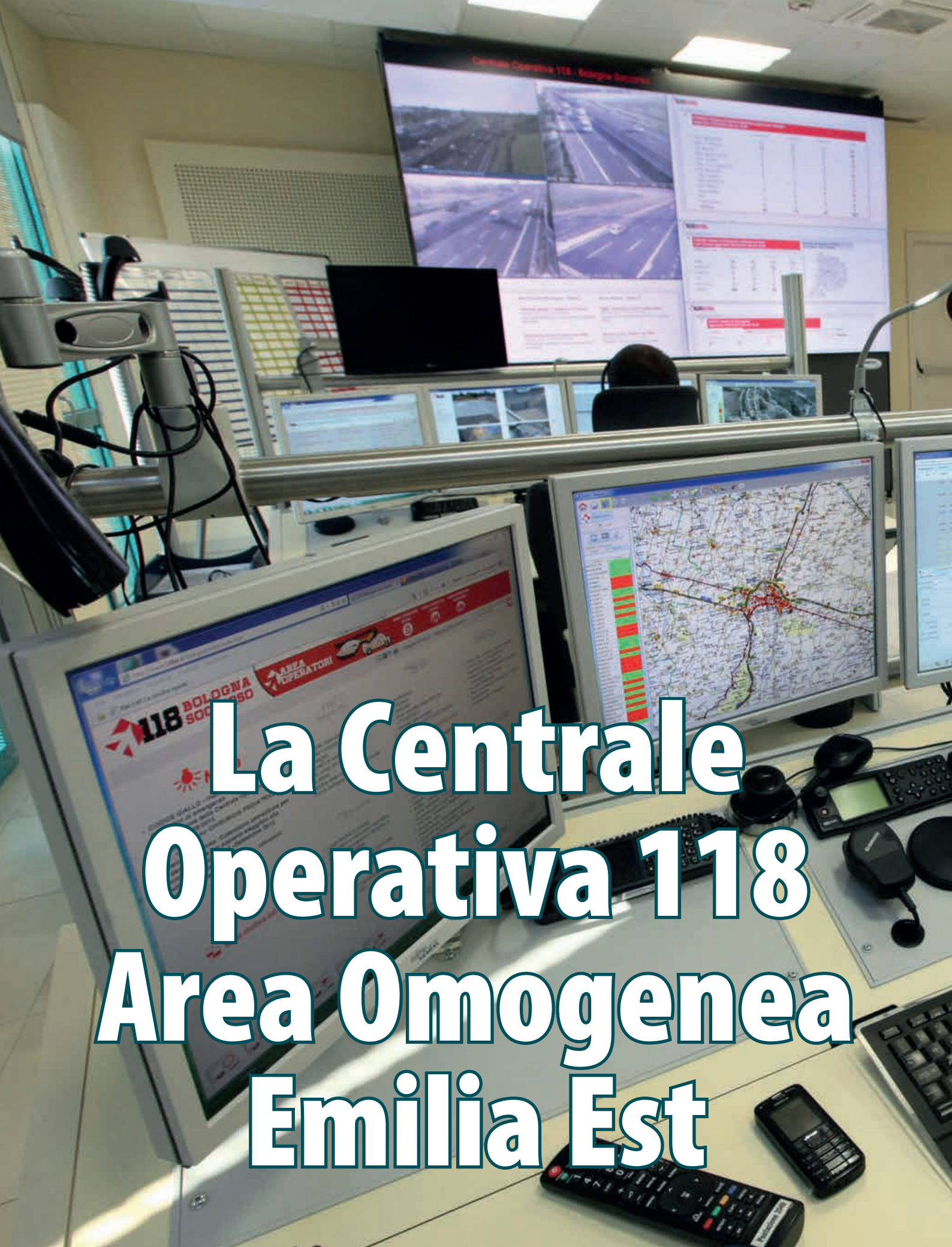
cupero delle fotografie che proprio in quelle ore i fotografi Paolo Ferrari e Paolo Righi hanno coraggiosamente scattato a testimonianza di una toccante risposta umana, sociale e sanitaria, contrapposta alla tragedia, al lutto ed al dolore.

Questi scatti, che compongono la mostra fotografica "La memoria del soccorso" organizzata dal Collegio IPASVI di Bologna, in collaborazione con l'Associazione 2 agosto 1980 e l'Associazione Piantiamolamemoria, testimoniano sia i soc-

corsi del 2 agosto 1980, sia l'attualità del Servizio 118, nato a Bologna proprio in seguito a quella tragica esperienza e diventato nel tempo un modello organizzativo dei soccorsi, adottato a livello nazionale.

La mostra, allestita nel mese di luglio all'interno dell'Ospedale Bellaria e durante il mese di agosto all'interno di Manica Lunga di Palazzo D'Accursio, proseguirà in altri luoghi cittadini a sostegno della memoria di questo tragico avvenimento.





**La Centrale
Operativa 118
Area Omogenea
Emilia Est**



La struttura, situata all'interno dell'area dell'ospedale Maggiore, ospita al suo interno la **Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est (C0118A0EE)** che gestisce le richieste di emergenze sanitarie per le provincie di Bologna, Modena e Ferrara, la **base di elisoccorso HEMS (Helicopter Emergency Medical Service)** di Bologna e la **Centrale Operativa Unificata (COU)**, gestione trasporti intra-ospedali della città e provincia di Bologna (Imola esclusa)

“Operatore 56 buongiorno!”

Chiamare il 118 in situazione di emergenza sanitaria è in Emilia Romagna un atto praticamente automatico quasi un riflesso condizionato. E' talmente connaturato nei cittadini che forse nessuno si chiede più come funzionavano le cose quando il 118 non c'era. O come in questi anni il sistema sia mutato e cresciuto, e soprattutto quale organizzazione di uomini, mezzi e tecnologie lo rendono funzionante. Tutte le richieste di soccorso sanitario confluiscono in questa Centrale Operativa. Il personale infermieristico che riceve le chiamate registra su sistema informatico le notizie ricevute, identifica una presunta criticità ed individua la risorsa idonea per rispondere al bisogno sanitario. Un mix di esperienza e di formazione imprescindibili per il personale infermieristico che proviene dalla rete del sistema di Emergenza ed effettua un percorso formativo specifico.

La presenza del personale infermieristico rappresenta un valore aggiunto, non ultimo nei casi in cui supporta telefonicamente il personale laico nelle manovre rianimatorie o di disostruzione delle vie aeree ed in tutti i casi nei quali fornisce agli assistenti indicazioni o semplici manovre prima dell'arrivo del mezzo di soccorso.

La tecnologia è stato l'elemento determinante per lo sviluppo del sistema 118; negli ultimi anni l'operatore ha a disposizione strumenti informatici sempre più potenti che permettono di identificare geograficamente la provenienza della chiamata, le criticità sanitarie (codice rosso, giallo, verde) e trasmetterle in tempo reale al mezzo di soccorso.

Una rete di soccorso solida, sulla quale è stato possibile innestare dei percorsi specifici. In questi anni infatti, la strutturazione di percorsi specifici per i pazienti con “trauma”, “infarto del miocardio” e “ictus”, ha consentito di garantire risposte di qualità e di tempestività assistenziali di gran lunga migliori rispetto a qualsiasi altra condizione preesistente.

Il 118 è fatto da persone, da competenze, esperienza, tecnologia e organizzazione. Ma soprattutto passione. Passione di chi opera all'interno, che sia davanti ad un terminale, sopra un'ambulanza, o a bordo di un elicottero.

Testo tratto dal video “Una telefonata allunga la vita” a cura dell'Agenzia informazione e ufficio stampa della Giunta Regione Emilia Romagna.

La Struttura

Realizzata nel 2013, la nuova Centrale Operativa 118 - che occupa una superficie di 1.451 metri quadrati, articolata su due piani - ha consentito di migliorare la dotazione tecnologica e di ottimizzarne l'utilizzo, rafforzando ulteriormente le garanzie di efficienza e tempestività dei soccorsi.

Tutte le postazioni contano su una completa integrazione tra i sistemi radio, telefonici e dati, sull'applicativo informatico. In questo modo l'operatore può interagire con i diversi supporti utilizzando un unico computer ed una unica cuffia microfonica. Gli applicativi colloquiano con i database telefonici e cartografici, riducendo al minimo gli errori di localizzazione di quanti si rivolgono alla Centrale 118.

L'integrazione dei dati è completata dai flussi informativi da e verso i computer di bordo dei mezzi di soccorso. L'operatore di Centrale può conoscere, quindi, in tempo reale la posizione, la velocità e lo stato, di tutti i mezzi di soccorso sul territorio, individuando immediatamente quello più vicino al luogo di intervento.



Azienda USL di Bologna ©

In ogni postazione vi sono 4 monitor che permettono la visione simultanea di dati ed immagini. La sala, insonorizzata, permette la simultaneità delle comunicazioni radio e telefoniche, senza disturbo reciproco tra gli operatori.

Sono presenti 2 videowall composti ciascuno da 4 schermi da 50 pollici affiancati, che compongono un unico schermo di 2 metri per 3. I videowall consentono a tutti gli operatori, nelle diverse postazioni, di visualizzare e scambiare in tempo reale, in una sorta di chat multimediale, informazioni video e applicazioni come, per esempio, le telecamere poste sulle autostrade, il dettaglio delle attività in corso e i mezzi utilizzati, il video controllo dell'elisuperficie, il comando informatizzato di attivazione dell'elisoccorso.

L'attività della Centrale

La Centrale Operativa 118, che garantisce il servizio nelle province di Bologna, Modena e Ferrara, ha risposto nel 2014 a quasi 395.000 chiamate di cui quasi 196.000 chiamate d'emergenza che hanno generato l'invio di uno o più mezzi di soccorso con una media giornaliera di 536 emergenze.

Tali emergenze sono state classificate per il 25.8% dei casi a elevata criticità (codice rosso), il 39% per eventi di media criticità (codice giallo), mentre il 35.2% dei mezzi è stato impiegato per casi a bassa criticità (codice verde).

La Centrale gestisce inoltre i trasporti legati all'attività di espanto/trapianto di organi per la regione Emilia Romagna, le maxi emergenze ed i trasporti ECMO.

Il futuro del 118 "NUE 112"

In Europa vi sono state alcune esperienze di realizzazione di numero unico di emergenza 112 che hanno dato luogo alla realizzazione di Centrali "Integrate" nelle quali è stato fatto confluire tutto il personale della sanità, dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell'Ordine.

In Italia la realizzazione del NUE 112 è stata soggetta a specifiche progettazioni del Ministero dell'Interno che ne detiene il coordinamento e che sta seguendo le sperimentazioni a livello nazionale.



Azienda USL di Bologna ©

Chiamare il 118 in situazione di emergenza sanitaria è in Emilia Romagna un atto praticamente automatico quasi un riflesso condizionato. E' talmente connaturato nei cittadini che forse nessuno si chiede più come funzionavano le cose quando il 118 non c'era. O come in questi anni il sistema sia mutato e cresciuto, e soprattutto quale organizzazione di uomini, mezzi e tecnologie lo rendono funzionante

Tipologia dei mezzi

• AUTOAMBULANZA DA TRASPORTO

L'ambulanza di trasporto viene definita dal Decreto del Ministro dei Trasporti 553 del 17.12.87 come ambulanza di tipo "B". Viene utilizzata per i trasporti collaterali (inter-ospedalieri, dimissioni, viaggi a media e lunga percorrenza, ...) ma ne è vietato l'utilizzo per attività di soccorso.

• AUTOAMBULANZA DI SOCCORSO

L'ambulanza di tipo A viene utilizzata per i trasporti cosiddetti urgenti (emergenza, trasporti inter-ospedalieri per pazienti critici, ...).

• AUTOAMBULANZA MEDICALIZZATA

L'ambulanza medicalizzata è un'ambulanza di tipo A che viene utilizzata per i trasporti urgenti (emergenza, trasporti inter-ospedalieri per pazienti critici, ...), con la presenza a bordo di un medico dell'Emergenza Territoriale. L'attrezzatura standard di un'ambulanza medicalizzata è identica a quella del tipo A.

• AUTOMEDICA

Non si tratta di una vera e propria ambulanza ma di un mezzo, solitamente una monovolume, che viene utilizzato in appoggio alle ambulanze di soccorso. L'equipaggio, composto da Infermiere e Medico, viene attivato per supportare e mantenere le funzioni vitali sul posto e durante il trasporto in Ospedale. La dotazione di questo mezzo, ad esclusione della barella, è quella di una ambulanza di tipo A.

"Operatore 56 buongiorno!"



Azienda USL di Bologna ©



Il Servizio di Soccorso Sanitario con elicottero Base Bologna

Il 14 giugno del 1986 alle 9.17, in Italia veniva effettuata la prima missione di elisoccorso con un equipaggio sanitario coordinato da una centrale operativa provinciale del 118. Si trattava di un incidente automobilistico sull'autostrada A1, al chilometro 194. Il servizio, allora sperimentale, da quel 14 giugno di 29 anni fa non si è mai interrotto. Dal 1986 ad oggi (dati aggiornati al 20/8/2015) l'elicottero di Bologna ha effettuato complessivamente 28.342 missioni





© Domenico Marchi



La pista di atterraggio

La pista di atterraggio, 700 metri quadrati a 60 metri di altezza, unica in Emilia Romagna, è intitolata a Maurizio Pezzorgna, pilota comandante che ha avviato nel 1986 il servizio di elisoccorso a Bologna. Dalla stessa elisuperficie possono decollare gli aeromobili per il trasferimento di pazienti verso altri centri specialistici ospedalieri. Oltre alla pista di atterraggio sopraelevata, al Maggiore è presente una più ampia superficie a terra che funge anche da sosta per l'elicottero e a fianco della quale sono presenti i locali per l'equipaggio e il ricovero notturno dell'aeromobile. Questa pista è intitolata al pilota comandante Antonio Vaccari, pioniere del servizio elisoccorso di Bologna.

L'Elisoccorso Bologna

Il Servizio di Soccorso Sanitario con elicottero, integrato nel Sistema di Emergenza Sanitaria 118 è un mezzo di soccorso del sistema dell'Emergenza-Urgenza. La sua funzione è quella di garantire interventi tempestivi e mirati al fine di ottimizzare, razionalizzare i tempi, trasportando un'equipe altamente specializzata sul luogo dell'evento con rapida e mirata ospedalizzazione.

L'elicottero che opera prevalentemente nel territorio delle province di Bologna, Modena e Ferrara, svolge un ruolo di primaria importanza nell'ambito della rete 118 di emergenza, consentendo l'intervento della équipe sanitaria in tempi brevi in aree distanti dall'ospedale.

Il paziente, una volta trattato e stabilizzato sul luogo dell'emergenza, è assistito durante il volo con un sistema di monitoraggio avanzato multimodale, che consente la raccolta delle informazioni diagnostiche essenziali già nella fase pre-ospedaliera. E' possibile, per esempio, trasmettere gli elettrocardiogrammi di pazienti colpiti da infarto miocardico acuto, e ciò consente di accogliere questi stessi pazienti, al loro arrivo, direttamente in cardiologia con una netta anticipazione della presa in carico ed una sensibile riduzione dei tempi di trattamento. Dal 13 gennaio 2010 la possibilità di atterrare sulla elisuperficie sopraelevata al 15° piano dell'edificio D dell'Ospedale Maggiore, assicura maggiore tempestività nell'arrivo in ospedale e riduce di 10 minuti l'ingresso in Pronto Soccorso e nella rete dei servizi dedicati al trattamento acuto, come Trauma Center, Emodinamica per angioplastica primaria e Stroke Unit.



Azienda USL di Bologna ©

Elisoccorso Pavullo

Il servizio di Elisoccorso HEMS-HSR (Helicopter Search and Rescue) della Regione Emilia Romagna a Pavullo nel Frignano, in provincia di Modena, è attivo dal 2000.

L'elicottero impiegato nella base è dotato di verricello per operazioni di recupero o soccorso in luoghi impervi su tutto il territorio regionale.

La base HEMS - HSR di Pavullo è gestita dalla CO118AOEE dell'Ausl di Bologna su mandato della Regione Emilia Romagna ed all'interno di essa operano professionisti del Servizio Sanitario Regionale e del Soccorso Alpino, entrambi addestrati secondo specifici programmi formativi.

Il Sistema 118 dell'Ausl di Bologna, attraverso una specifica convenzione si avvale della fondamentale collaborazione del SAER (Servizio Alpino Regione Emilia Romagna) per gli ambiti di competenza ed in particolar modo per il soccorso in ambiente ostile o impervio.

L'equipaggio operativo è composto da medici e infermieri afferenti alle Ausl/AO della Regione ER, Tecnici del SAER con funzione di gestione della sicurezza del personale sanitario nelle missioni in ambiente ostile, Pilota/Comandante, HHO (Tecnico Vericellista), UCV (Unità Cinofila da valanga con presenza stagionale composta da Tecnico SAER e un cane).



© Domenico Marchi





Azienda USL di Bologna ©



Azienda USL di Bologna ©



Competenze dell'infermiere HCM/CVS (Coordinatore di Volo Sanitario)

L'infermiere HCM, di supporto al pilota per la localizzazione dell'evento e di coordinamento delle operazioni di sicurezza a terra, possiede le seguenti capacità e competenze:

- 1) utilizzo della rete radiotelefonica regionale di emergenza;
- 2) valutazione dell'efficienza dei sistemi di telecomunicazione;
- 3) gestione della disponibilità nella rete ospedaliera con strutture ed infrastrutture di supporto al sistema di elisoccorso presenti in regione per l'accettazione dei pazienti;
- 4) acquisizione degli elementi necessari per il reperimento del target;
- 5) collaborazione con il medico per gli aspetti assistenziali propri dell'attività di elisoccorso;
- 6) conoscenza sull'orografia del bacino di utenza regionale al fine di utilizzare la relativa cartografia;
- 7) conoscenza dei sistemi di identificazione del target e delle norme di sicurezza legate all'operatività a terra ed in volo con particolare riferimento all'individuazione delle aree di atterraggio, distanze di sicurezza e norme di comportamento da far osservare all'equipaggio sanitario, ai passeggeri ed agli astanti;
- 8) conoscenza degli elementi utili per la valutazione della situazione meteorologica.



Augusta A109 MK2

In servizio dal giugno 1986 fino al 1990. Motorizzazione due turbine da 420 CV velocità di crociera 270 Km/ora



MBB BK117 B2

Due modelli in servizio dal 1990 al 2006. Motorizzazione due turbine da circa 700 CV ciascuna, velocità di crociera 230 Km/ora



Eurocopter BK117 C1

In servizio alcuni mesi del 2006. Motorizzazione due turbine da 740 CV ciascuna, velocità di crociera 230 Km/ora



Eurocopter BK117 C2

In servizio dal 2006 al 2015. Motorizzazione due turbine da 740 CV ciascuna, velocità di crociera 230 Km/ora



EuroCopter EC145 I-FNTS

In servizio da maggio 2015. Motorizzazione due turbine da 740 CV ciascuna, velocità di crociera 230 Km/ora



L'equipaggio che si alza in volo con l'eliambulanza è composto, oltre al pilota, da un anestesista-rianimatore e da due infermieri.

a) Il pilota ha un'esperienza richiesta di 1.500 ore di volo. I piloti che si sono via via succeduti sulla base di Bologna provenivano tutti dalle Forze Armate, quindi con alle spalle una solida esperienza ed un ferreo addestramento.

b) Il medico è un'Anestesista Rianimatore in servizio presso gli Ospedali della Regione Emilia Romagna. In prevalenza, dipendenti dal Primo Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Maggiore di Bologna.

I due infermieri presenti a bordo hanno specificità e competenze diverse.

Si distinguono:

c) Infermiere HCM/CVS (Coordinatore di Volo Sanitario)

L'Infermiere HCM (Helicopter Crew Management) /CVS (Coordinatore di Volo Sanitario) è di supporto al pilota per la localizzazione dell'evento e di coordinamento delle operazioni di sicurezza a terra. Per tali compiti possiede competenze e conoscenze (illustrate in alto) tali da permettere il coordinamento tra le esigenze tecniche relative al volo e le esigenze sanitarie relative al soccorso. Proviene ed opera presso la Centrale Operativa 118. Ha vasta esperienza nel settore della gestione di emergenze complesse.

d) Infermiere AVS (Assistente di Volo Sanitario)

L'Infermiere AVS si occupa, in collaborazione con il medico rianimatore, di garantire le manovre terapeutiche e assistenziali, della stabilizzazione del paziente e del monitoraggio durante il trasporto. Proviene ed opera presso il Servizio di Emergenza Territoriale 118 e Rianimazione dell'Azienda UsL di Bologna.



© Domenico Marchi

Tipologie di interventi

Gli interventi di elisoccorso sono classificabili in varie categorie. Si distinguono ad esempio, secondo la classificazione anglosassone

- **interventi HEMS** (dall'inglese Helicopter Emergency Medical Service, Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri), interventi di soccorso sanitario direttamente sulla scena dell'evento, quindi con atterraggio "fuori campo", ma comunque in ambiente non ostile, cioè senza impiego di tecniche particolari per il raggiungimento della vittima e il suo recupero;
- **interventi HSR** (dall'inglese Search and Rescue, ricerca e salvataggio) intervento di salvataggio in ambiente ostile che si sviluppa abbinando aspetto tecnico (gestito dal tecnico CNSAS e dal tecnico verricellista) e sanitario (peculiarità del 118) con lo scopo di recuperare una persona, non necessariamente ferita, da un ambiente ostile (mare, terreno impervio, montagna, valanga);
- **interventi HAA** (Helicopter Air Ambulance flight), in pratica sovrapponibile alla definizione italiana degli interventi secondari, cioè quelle situazioni in cui la missione risulta pianificabile e vengono utilizzate superfici idonee per l'imbarco e lo sbarco del paziente.



Le Basi operative nella Regione Emilia Romagna

Viene considerata quale "base operativa HEMS" la base dove l'elicottero ed i relativi membri d'equipaggio di condotta, di missione e di assistenza a terra attendono le chiamate per l'intervento.

Le basi operative per il servizio regionale sono oggi così ubicate:

- **Ravenna:**
presso l'Ospedale Civile;
- **Bologna:**
presso l'Ospedale Maggiore;
- **Parma:**
presso l'Ospedale Maggiore;
- **Pavullo nel Frignano (MO):**
presso l'Aeroporto "G. Paolucci".
Qui è attivo l'unico servizio di elisoccorso HSR (helicopter search and rescue) istituito dalla Regione Emilia Romagna.

Il servizio dispone di un elicottero Eurocopter BK 117 C1 dotato di verricello per operazioni di recupero o soccorso in luoghi impervi.



23 dicembre 2006

Tragedia di San Benedetto del Querceto, frazione di Monterenzio. Lo scoppio di una palazzina, dovuto a una fuga di gas, uccide cinque persone. L'elisoccorso trasporta le persone ustionate al centro Grandi Ustionati di Parma ed evacua, conducendoli in un luogo sicuro, gli anziani ospiti di una casa di riposo vicina al luogo dello scoppio

6 aprile 2003

Esplosione all'interno di un cantiere dell'Alta Velocità sull'Appennino. 5 le persone ustionate trasportate dall'elisoccorso negli ospedali della Regione

7 gennaio 2005

Incidente ferroviario di Crevalcore. L'elisoccorso viene attivato per condurre sul luogo dell'incidente il personale del triage e, successivamente, per trasportare i casi più gravi negli ospedali della Regione

30 aprile 1994

Incidente di Roland Ratzenberger all'autodromo di Imola

1 maggio 1994

Incidente di Ayrton Senna all'autodromo di Imola



6 dicembre 1990

Incidente aereo a Casalecchio di Reno. L'elisoccorso fu uno dei primi mezzi di intervento a giungere sul luogo dell'incidente

Alcune pagine di storia dell'elisoccorso Bologna

Dal 14 giugno 1986 l'elisoccorso ha svolto un ruolo determinante nella gestione di incidenti ed eventi traumatici, alcuni dei quali hanno segnato la storia del nostro territorio.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli operatori del Sistema CO118AOEE, COU, Elisoccorso, Emergenza Territoriale 118

La C.O.U. (Centrale Operativa Unificata)

La C.O.U. (Centrale Operativa Unificata) di Bologna situata all'interno della palazzina 118 Emilia Est Ospedale Maggiore è la struttura deputata ai trasporti sanitari secondari richiesti dagli stabilimenti Ospedalieri di Bologna e provincia comprese le Case di Cura private accreditate/convenzionate.

Dal mese di giugno anno 2008 è stata integrata nella "C.O.U." la centrale del coordinamento ambulanze dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, ricevendo quindi e processando, anche le richieste di trasporto sanitario su strada all'interno del Policlinico S. Orsola Malpighi.

Tale unificazione ha completato un processo di riorganizzazione dei servizi di trasporti sanitari con la creazione di un unico Centro di Coordinamento.

L'attività della C.O.U. (numero e tipologia dei servizi espletati) si è profondamente modificata nel tempo, dovendo prendere atto dell'evoluzione delle modalità di assistenza sanitaria che ha visto una implementazione notevole della "domiciliarità", la riorganizzazione dei servizi in un'ottica di hub and spoke che ha comportato un crescente utilizzo del trasporto sanitario, il tutto in un territorio di competenza, quello dell'AUSL, estremamente vasto. La C.O.U. processa e gestisce richieste di trasporto su tutto il territorio nazionale.

Le principali tipologie di trasporto si possono riassumere in:

- Trasporti interospedalieri per pazienti ricoverati in strutture ospedaliere dell'azienda AUSL, dell'Azienda Ospedaliera o dello IOR che vengono trasferiti presso altro stabilimento intra o extra aziendale, o in relazione all'organizzazione della rete ospedaliera o per consulenze o per dimissioni verso posti letto accreditati o verso posti letto di Hospice del territorio aziendale.
- Trasporti per i pazienti del D.S.M. compresi quelli in regime di T.S.O.
- Trasporti per pazienti in assistenza domiciliare, l'aumento della deospedalizzazione e l'incremento costante di modelli assistenziali che prevedono il mantenimento della persona il più possibile presso il proprio domicilio hanno creato una domanda di trasporto rilevante, che negli anni passati era quasi inesistente.
- Trasporti per pazienti in "dimissione protetta" da pre-

sidi Ospedalieri pubblici o privati accreditati, qualora non siano trasportabili con mezzi ordinari.

- Trasporti intra ospedalieri.

La C.O.U. è operativa con proprio personale dalle 6.30 alle 24.00, 365 gg l'anno, mentre nella fascia oraria 00.00 - 6.30 le richieste di trasporto vengono processate e gestite da personale 118.

L'equipaggio standard delle ambulanze è costituito da un autista e un soccorritore, entrambi abilitati alle manovre di primo soccorso (B.L.S.D.), in particolari e motivate richieste la Centrale si attiva per dotare il mezzo di personale sanitario (infermiere).

La parola Moss identifica una navetta sanitaria per il trasporto multiplo di pazienti deambulanti che non necessitano di barella, sono dotati di pedana meccanica per caricare le carrozine, anche quelle personali dotate di motore, tale mezzo prevede la presenza di un solo operatore.

Attualmente le richieste di trasporto avvengono tramite telefono. E' prevista, in tempi brevi l'avvio della prenotazione informatizzata.

Da un punto di vista funzionale la C.O.U. è strettamente collegata alla Centrale operativa 118

La Centrale è inoltre impegnata per il trasporto di circa 200 utenti dializzati della provincia di Bologna che dializzano due/tre volte la settimana. Viceversa i mezzi 118 possono essere richiesti ed utilizzati dalla C.O.U. in occasione di trasporti assistiti particolarmente complessi.



La storia e la nascita del 118 bolognese

“Bologna Soccorso ha sostanzialmente rappresentato per molti anni il punto di riferimento per gli addetti al Soccorso di tutta Italia, garantendo efficienza, idee e disponibilità alla sperimentazione e alla formazione, ed qui che Noi abbiamo appreso ad “imparare” da chi già lavorava nel Servizio, attingendo alla loro esperienza e a quella di altre organizzazioni di soccorso europee e americane.” E’ questa l’introduzione di un articolo degli infermieri Massimo Baietti e Fiorella Cordenons sulle origini del 118 bolognese.

Un sistema, quello del soccorso, che trae le origini nel senso di solidarietà tra i cittadini e sulla necessità di trasportare i bisognosi velocemente all’ospedale.

Intorno al 1960 nascono in Italia numerose congregazioni di cittadini, Confraternite di Misericordia e Associazioni di Pubblica Assistenza e Soccorso (che ancora oggi hanno un ruolo insostituibile nel soccorso del nostro Paese) con il tentativo di organizzare “la macchina dei soccorsi”. Alla base vi era però una concezione di mero trasporto della persona che necessitava di cure immediate. *“I mezzi dovevano arrivare in fretta, caricare in fretta, poco importa se male, e in fretta dirigere in ospedale. In questa situazione, non vi sono mai state da parte degli utenti particolari rimostanze, il cittadino si è sempre accontentato che l’ambulanza arrivasse, a volte solo con l’autista”.*

Manca ancora un reale coordinamento del soccorso. I cittadini bisognosi dell’ambulanza hanno come riferimento diversi numeri telefonici ma, non esistendo un coordinamento, sul luogo dell’incidente si vengono a trovare più di un’ambulanza o nessuna.

Sono gli anni in cui gli ospedali registrano il boom della diagnostica e la nascita di centri ad altissima specializzazione: la necessità di avere un servizio di trasporto tra gli ospedali efficiente, in grado di mobilitare i pazienti da un polo ospedaliero all’altro, diventa una necessità fondamentale.

L’Amministrazione degli Ospedali di Bologna propone la nascita di un Centro di Pronto Intervento Sanitario (CePIS), presso il nuovo Ospedale Maggiore. Il servizio, voluto dal prof. Sabena, si occuperà inizialmente soprattutto del trasporto dei pazienti da un ospedale all’altro. Al contempo il soccorso cittadino viene effettuato dalla Croce Rossa Italiana e da Croci Private.



I mezzi del CePIS di Bologna alla fine degli anni '60.

Gli anni '70 e '80 sono segnati da episodi che scuotono fortemente la coscienza collettiva italiana e bolognese soprattutto. Centinaia di feriti e di vittime innocenti coinvolti in tragici avvenimenti pongono l’accento sull’organizzazione dei soccorsi sanitari.

Il 4 agosto 1974 si assiste all’attacco terroristico al treno Italicus presso San Benedetto Val di Sambro, in provincia di Bologna, che causa 12 morti e 48 feriti; il 15 Aprile 1978 due convogli si scontrano a Murazze di Vado, in provincia di Bologna, causando 48 morti e 117 feriti: per il CePIS dell’Ospedale Maggiore è un importante banco di prova della sua efficienza: i feriti da soccorrere sono 117.



Alle 10.25 del 2 agosto 1980, il più efferato gesto terroristico della storia italiana provoca 85 morti e 291 feriti alla stazione di Bologna.



23 dicembre 1984: semi intossicati dal fumo e dagli effetti dell’esplosione nel cuore della Galleria dell’Appennino i soccorritori di “Bologna Soccorso” smistano i feriti della Strage di Natale presso gli ospedali della zona.

Negli stessi anni la direzione organizzativa del servizio CePIS viene affidata ad un Infermiere, Marco Vigna, che in collaborazione con il Dott. Lino Nardozi della Direzione Sanitaria dell’Ospedale Maggiore darà inizio ad una vera rivoluzione culturale organizzativa.

Sono stipulate convenzioni con le realtà territoriali (Pubbliche Assistenze, Cooperative, Croce Rossa) per effet-



23 dicembre 1984: semi intossicati dal fumo e dagli effetti dell'esplosione nel cuore della Galleria dell'Appennino i soccorritori di "Bologna Soccorso" smistano i feriti della Strage di Natale presso gli ospedali della zona

tuare i trasporti, ed è in quell'ambito che vengono definite le strategie che consentono di stabilire l'effettiva messa in funzione di una centrale operativa unificata.

Si inizia ad affermare in questo periodo, non senza difficoltà e resistenze, il nuovo concetto di Soccorso, inteso non unicamente come momento di trasporto ma come l'insieme di diversi provvedimenti terapeutici e di osservazione, in grado di sostenere e mantenere in equilibrio le funzioni vitali del paziente sino all'arrivo in ospedale. Si sceglie di elevare il livello assistenziale dell'ambulanza inserendovi unicamente Infermieri e garantendo la presenza di medici a bordo solo su alcuni mezzi, che vengono utilizzati in appoggio ai primi in caso di bisogno. Si realizza in silenzio senza paure e proteste, una naturale collaborazione tra professione infermieristica e medica, professioni diverse ma assolutamente complementari.

La strage alla Stazione di Bologna segna di sicuro il punto di svolta nella gestione del Servizio di emergenza del territorio bolognese.

Stazione di Bologna, 2 agosto 1980. Le ambulanze coordinate dal CePIS (antesignano del 118) mostrano grande efficienza organizzativa nei soccorsi.

In quel 1980 il CePIS come coordinamento di trasporti tra ospedale ed ospedale viene riorganizzato e con il nome di Bologna Soccorso nasce la Centrale Operativa Unica per il Soccorso ed il Trasporto, nella quale si integreranno negli anni successivi tutte le realtà bolognesi del soccorso, dalle Pubbliche Assistenze alla Croce Rossa. La Centrale Operativa di Bologna ha già un numero telefonico unico (051/333333) per le chiamate di emergenza.

Nel 1986 all'interno della stessa Centrale Operativa nasce il primo servizio di elisoccorso regionale con base HEMS a Bologna.

Altri tragici avvenimenti che si susseguono in quegli anni (dalla strage del treno 904 del 1984 nella tratta Firenze-Bologna sino alla strage più recente del Liceo

Salvemini di Casalecchio di Reno del 1990) confermano l'efficienza dell'organizzazione messa in campo.

Si tratta indubbiamente di anni che mettono in contrapposizione la tragedia alla risposta umana, sociale e sanitaria. Una spirale ininterrotta di tragici avvenimenti che segnano le persone e le loro coscienze alimentando confusione e terrore contrapposta ad una inesauribile voglia di riscatto e di ordine, di protezione e di vicinanza.

"Bologna capace d'amore, capace di morte, che sa quel che conta e che vale, che sa stare in piedi per quanto colpita" scrisse il cantautore Francesco Guccini in una sua celebre canzone proprio in quegli anni per riconoscere a Bologna e ai bolognesi questa straordinaria capacità umana e morale.

Negli anni successivi si assiste, nello scenario italiano, ad un particolare interesse verso l'attività di Bologna Soccorso e, più in generale, verso l'idea della centrale operativa unica. Nascono in più parti con diverse esperienze e assetti varie centrali e la Regione Emilia Romagna allarga l'esperienza di Bologna agli altri capoluoghi di provincia.

Sono anni frenetici, anni di spinta alla sperimentazione e all'innovazione, che portano sino al 1 giugno 1990, in occasione dei campionati mondiali di calcio, dove viene attivato a Bologna, prima città in Italia, il 118 come numero telefonico unico di soccorso sanitario. Due anni dopo, il 27 marzo 1992, l'allora Presidente

della Repubblica Francesco Cossiga firma il Decreto di istituzione del numero unico di chiamata sanitaria, riproponendo per intero il modello organizzativo sperimentato a Bologna, dove in particolare si affermano importanti principi quali l'integrazione del servizio pubblico con il volontariato, l'identificazione dell'Infermiere come responsabile operativo della centrale, l'attribuzione della responsabilità ad un medico e l'identificazione dei tipi e dei tempi d'intervento di soccorso.

Nel 2000 all'elicottero HEMS della base bolognese si affianca un elicottero per attività HEMS/HSR (Helicopter Search and rescue) dotato di verricello allo scopo di prestare soccorso in ambiente impervio ed ostile per tutto il territorio regionale con Base operativa presso l'aeroporto di Pavullo nel Frignano (Mo) gestito dalla CO118OAE.

Su indicazione della Delibera Regionale 1349 del 2003 che definisce i criteri di dimensionamento delle CO118 si avviano progetti di adeguamento strutturale, organizzativo e tecnologico per tutto il territorio regionale. L'anno 2014 vede la nascita della CO118 Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est che coordina e gestisce le richieste sanitarie di soccorso delle provincie di Modena e Ferrara oltre a quelle del territorio di Bologna.

Gli anni '70 e '80 sono segnati da episodi che scuotono fortemente la coscienza collettiva italiana e bolognese soprattutto



Dr. Gianluca Montefrancesco
Consigliere
Collegio IPASVI di Bologna

Infarto, come prevenirlo e come affrontarlo: la “Giornata del Cuore”

A San Valentino un team di professionisti sanitari, è stato a disposizione dei cittadini bolognesi al fine di informarli su come prevenire l'infarto con uno stile di vita sano, su come riconoscere precocemente i sintomi di un infarto, dimostrando le manovre di primo soccorso in caso di arresto cardiaco.

La 'Giornata del Cuore' è stata promossa dalle Cardiologie dell'Azienda USL di Bologna, patrocinata dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO -, dall'IPASVI di Bologna e da altre associazioni locali e si è svolta all'interno del Museo - Oratorio di Santa Maria della Vita, in via Clavature 8, nel centro storico di Bologna, nel pomeriggio di sabato 14 febbraio 2015.

I cittadini hanno risposto in massa, infatti i volontari del Museo hanno registrato più di cinquecento accessi di partecipanti e tanti sono stati i commenti positivi lasciati per iscritto dalla popolazione intervenuta.

Quali sono gli alimenti amici del cuore, come smettere di fumare, come calcolare il proprio profilo di rischio cardiovascolare, sono stati solo alcuni dei temi ai quali hanno dato risposte cardiologi, infermieri, dietisti e psicologi dell'Azienda Usl di Bologna.

Nel corso del pomeriggio i cittadini hanno inoltre potuto partecipare, da protagonisti, ad un breve training alle tecniche di rianimazione cardiopolmonare, con e senza l'utilizzo del defibrillatore.

La diffusione della conoscenza delle manovre rianimatorie cardiopolmonari elementari è infatti riconosciuta, sempre di più, come un elemento essenziale per aumentare le possibilità di sopravvivenza in caso di arre-



sto cardiaco. Manovre elementari, che possono salvare una vita e che chiunque, anche senza una preparazione sanitaria professionale, può eseguire.

Ogni anno sono circa un migliaio, nel territorio provinciale bolognese, le persone colpite da arresto cardiaco. Grazie al tempestivo intervento del 118, entro 10 minuti dalla chiamata alla Centrale Operativa, il 16% di esse sopravvive.

Una percentuale che può aumentare anche del doppio se le manovre rianimatorie sono praticate immediatamente.

Una corretta prevenzione cardiaca e stili di vita sani sono elementi importanti per mettere il cuore al riparo dalle patologie cardiovascolari. I dati dell'indagine PASSI, realizzata a Bologna nel 2012 con interviste telefoniche sulle abitudini e sugli stili di vita, indicano che il 23% della popolazione ha problemi di ipertensione, il 23% presenta livelli elevati di colesterolo nel sangue, il 41% pratica poca attività fisica, il 22% è completamente sedentario, il 27% fuma. Tra gli altri fattori di rischio cardiovascolare, l'indagine ha evidenziato che il 32% dei bolognesi è in sovrappeso e il 9% obeso.

Alla luce di questi dati risulta particolarmente importante puntare ed investire nella prevenzione cardiovascolare e la Giornata del Cuore ha sottolineato questo aspetto unito allo spirito di integrazione e collaborazione professionale che ha sostenuto i tutti professionisti coinvolti associato alla grande motivazione e al valore assegnato al tema della prevenzione cardiovascolare, cornice attorno al quale è stato costruito l'evento.





Dr.ssa Annalisa Bolognesi
Giornalista e responsabile ufficio stampa
esperta in comunicazione sociale
e in tematiche inerenti il mondo del non profit

Ambulatorio Amico: un'esperienza di volontariato e crescita per infermieri di tutte le età

Ampliare i servizi per i cittadini, supportare chi necessita di cure specifiche, fornire informazioni sui temi riguardanti la salute e i servizi del territorio. Sono questi gli obiettivi dell'Ambulatorio Amico di Auser Volontariato Bologna. Un'iniziativa nata in Valsamoggia, ma che, grazie ai suoi risultati estremamente positivi, è stata presto implementata anche nel territorio cittadino: prima nel Quartiere Savena e, in seguito, nel Quartiere Borgo-Reno, dove lo scorso novembre sono stati inaugurati due nuovi ambulatori, in via Colombi (per la zona Reno) e in via Emilia Ponente, per la zona di Borgo Panigale.

“A Borgo-Reno l'idea di dar vita all'ambulatorio amico è nata già nell'estate 2013, durante il percorso per la creazione della Casa della salute - spiega Luca Barbieri, direttore dell'unità operativa

complessa cure primarie e specialistiche di Borgo-Reno - Come noto la Casa della salute nasce per dar risposte più personalizzate ai bisogni, spesso complessi, dei cittadini e l'Ambulatorio Amico va proprio in questa direzione, ampliando le prestazioni già fornite dal Sistema Sanitario Nazionale”.

Nell'Ambulatorio Amico, infatti, grazie all'impegno di volontari Auser, infermieri di professione in pensione o neolaureati, i cittadini possono fruire di numerose prestazioni, tutte completamente gratuite: dalla misurazione della pressione e della glicemia, alle medicazioni, alle iniezioni. Gli infermieri-volontari svolgono poi un'importante attività di prevenzione, informazione e orientamento ai servizi sanitari del territorio.

“Quando abbiamo scelto di promuovere questo nuovo servizio abbiamo pensato subito ad Auser Volontariato - aggiunge Barbieri - Collaborare con Auser per noi è una garanzia, sia perché vanta diverse esperienze in questo ambito nel territorio bolognese, sia perché aveva già una convenzione con il nostro Quartiere, e già da tempo si era instaurato un rapporto molto proficuo”.

E anche in questo caso la sinergia si è rivelata molto positiva. L'attività dei volontari, infatti, oltre ad essere molto utile ai cittadini, è particolarmente apprezzata anche dagli infermieri dell'Azienda Usl, con cui si è instaurata un'ottima collaborazione.

“Inizialmente da parte dei nostri infermieri c'era qualche perplessità dovuta al timore di una sovrapposizione del servizio con quello già svolto dall'Ausl - spiega Barbara Bonfiglioli, Coordinatore assistenziale

del gruppo infermieristico di Borgo-Reno -. Ma appena cominciato è stato subito chiaro a tutti che si trattasse di un servizio assolutamente complementare, mirato a fornire ai cittadini alcune prestazioni semplici, non sempre garantite dal Sistema Sanitario Nazionale e ad ampliare l'apertura dei servizi

anche in orari in cui i poliambulatori dell'Ausl sono normalmente chiusi, fornendo così un servizio utilissimo sia a coloro che lavorano, che a chi, ad esempio, sta svolgendo terapie che comportano la somministrazione di farmaci più volte al giorno”.

***Nell'Ambulatorio Amico
i cittadini possono fruire
di numerose prestazioni,
tutte completamente
gratuite...***





“Tra i volontari e i nostri infermieri si è quindi subito instaurato un rapporto molto positivo – aggiunge Barbara Bonfiglioli – una collaborazione e uno scambio di prospettive ed esperienze arricchito anche dalla presenza tra i volontari Auser sia di infermieri in pensione con grande esperienza, che di giovani neolaureati, desiderosi di imparare e di sperimentarsi”. Un’eterogeneità che è un punto di forza anche per i sei volontari Auser, quattro pensionati e due giovani neolaureati, impegnati in questo servizio nei due Ambulatori di Borgo-Reno.

I servizi “Ambulatorio Amico” a Bologna:

- **c/o Poliambulatorio Mazzacorati**
via Toscana
Aperto dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 11;
- **c/o ex Poliambulatorio Fantini**
via Marco Emilio Lepido 177
Aperto il lunedì, martedì e giovedì dalle 9 alle 12,
il mercoledì e il venerdì dalle 15.30 alle 18.30;
- **c/o Poliambulatorio Reno**, via Colombi 3
Aperto il lunedì, il martedì, il mercoledì e il venerdì
dalle 15.30 alle 18.30, e il giovedì dalle 13 alle 15.

Per diventare volontari o ricevere maggiori informazioni:
Auser Bologna
info@auserbologna.it - Tel. 051/63.52.911

“Per noi giovani è importante poterci relazionare con persone che hanno fatto questo lavoro per tutta la vita e che contano tantissimi anni di esperienza – racconta il giovane volontario Auser, Yari Longobucco – Collaborare con loro è una grande occasione di crescita. Sicuramente è anche questa una delle ragioni della buona riuscita di questo servizio”.

Un successo che si vede anche dai dati. Nei primi sei mesi di apertura, infatti, da novembre a maggio, sono stati 104 i pazienti che si sono recati all’ambulatorio Fantini sulla via Emilia, e oltre 460 quelle di via Colombi, in zona Reno. Numeri peraltro in costante crescita grazie all’importante attività di informazione fatta da Ausl e Quartiere, ma anche soprattutto al passaparola tra i cittadini. “Le persone che si recano da noi rimangono molto soddisfatte di questo nuovo servizio e spesso tornano e mandano amici e conoscenti - racconta la volontaria Vera Proni, infermiera in pensione con oltre trent’anni di esperienza - Con i nostri pazienti, in maggioranza anziani, c’è un rapporto ottimo: molti nell’ambulatorio non vedono solo un luogo di accesso alle prestazioni sanitarie, ma un vero e proprio punto di riferimento in cui incontrare ascolto e volti amici”. E il valore aggiunto del volontariato sta proprio qui: nelle splendide relazioni che si creano, che rappresentano una grande ricchezza anche per gli stessi volontari. “Ho sempre fatto volontariato e credo davvero che sia una cosa importantissima – conclude Yari – L’attività con Auser mi ha consentito di imparare tante cose, di conoscere persone e di crescere sia sul piano professionale che personale. Spero davvero che tanti giovani infermieri facciano come me e decidano di unirsi a noi e vivere questa bella e ricca esperienza”.





Convegno A.N.T.R. Un Patto per l'Assistenza

Domenica 19 Aprile 2015 gli Infermieri del Collegio IPASVI di Bologna hanno partecipato al **Convegno Nazionale dell'ANTR** (Associazione Nazionale Trapiantati di Rene) che si è svolto presso Palazzo Albergati alle porte di Bologna. Un evento molto sentito con un tema di discussione di grande interesse per i cittadini ed i professionisti coinvolti: l'Alleanza Terapeutica, sul quale si sono confrontati in una tavola rotonda, pazienti, medici ed infermieri. Un'alleanza terapeutica che vuole porre l'attenzione sul tempo necessario per l'accoglienza e per l'ascolto della persona assistita. Un'alleanza tra chi cura e chi viene curato.

Al termine l'"Alleanza" è stata sancita con la sottoscrizione di un vero e proprio "Patto" che si riporta di seguito:

"lo Medico mi impegno ad ascoltare i pazienti con i loro dubbi e le loro paure; darli più tempo con loro e gli infermieri per instaurare un dialogo chiaro e sincero, fatto di conoscenza diretta, parole comprensibili e continuità";

"lo Infermiere mi impegno ad accogliere e prendermi cura dei pazienti instaurando un rapporto autentico con loro, le loro famiglie e tutti i professionisti coinvolti nella realizzazione del progetto terapeutico";

"lo Paziente mi impegno a aderire al progetto terapeutico condividendo la responsabilità della mia salute con medici e infermieri e ad accrescere la mia capacità di controllo e gestione delle terapie prescritte e dello stile di vita concordato".

In un periodo nel quale la discussione è fortemente centrata sulla difesa dei singoli ambiti professionali, l'evento è stato per il Collegio IPASVI di Bologna un momento per riflettere sulla necessità di "fare squadra", e sul bisogno di creare sinergia e i coinvolgimento tra i professionisti - impegnati nella cura e nell'assistenza - il paziente e la sua famiglia.



La testimonianza di Alessandra

Mi chiamo Alessandra e sono qui come testimone che effettivamente il Patto di Alleanza Terapeutica si può fare, perché io questa alleanza l'ho vissuta in prima persona durante la felice esperienza del trapianto di rene con mio marito.

*Prima di parlare della mia esperienza volevo sottolineare l'importanza di una parola da cui credo fermamente non si possa prescindere se si vuole davvero creare questa alleanza fra l'ammalato e coloro che se ne prendono cura. Questa parola è: **accoglienza**. Un termine che mi è particolarmente caro: accogliere è qualcosa che cerco di praticare ogni giorno nella mia vita di moglie (poiché accogliere veramente significa in salute e malattia, nella buona e nella cattiva sorte), di madre adottiva e affidataria (perché accogliere un figlio così significa accoglierlo insieme alle sue profonde ferite) e di maestra (anche qui ho scoperto che ogni bimbo che mi è dato da educare ed istruire se non è accolto fatica molto a crescere e ad imparare a stare di fronte alla realtà in maniera positiva e vi assicuro che qualcuno ti rende questa accoglienza molto difficile).*

Quasi mai l'accoglienza avviene in un rapporto alla pari: solitamente c'è la parte fragile, debole che ha assoluta necessità di essere accolta, ma non per questo è esentata dal contraccambiare. Questo è quello che accade fra chi cura e si prende cura e il cosiddetto paziente (che se poi così paziente non è rischia di non accogliere l'altro e le sue cure).

Chiarito questo ora vi parlerò della mia/nostra esperienza alla luce dell'accoglienza ricevuta durante il periodo del trapianto:

- l'ospedale che ci ha assistito durante la prima fase della malattia fino alla dialisi, pur rispondendo alle nostre esigenze con efficienza ci metteva di fronte ad un grande turnover di persone che rendeva difficile appunto l'accoglienza (dove accogliere è anche conoscere e non dover ricominciare daccapo ad ogni visita con le stesse domande e a volte anche con soluzioni diverse che danno un certo grado di insicurezza);
- l'ospedale invece dove abbiamo fatto il trapianto è stato un altro in quanto la nostra era una situazione particolare e non ancora sperimentata (trapianto da vivente ABO incompatibile) ed è stato qui che abbiamo constatato che l'alleanza terapeutica esiste! Dopo aver saputo di questo primario che aveva già fatto trapianti di rene ABO incompatibile decido di mandargli una mail piuttosto informale, dove gli espongo tutto il mio desiderio di donare

un rene a mio marito e lui, pur non conoscendoci, ci ha stupiti tanto rispondendomi dopo poche ore e ricevendoci in breve tempo insieme alla sua equipe;

- sorpresi siamo stati poi, dal loro modo di comunicarci in maniera semplice, assolutamente comprensibile la possibilità che ci poteva essere per un nostro eventuale trapianto e ancora di più dalle parole usate al telefono (che squillò esattamente il giorno che ci era stato detto che avrebbero chiamato) per dirci che il nostro desiderio si poteva realizzare;
- quasi uno choc è stato l'inizio del percorso pre trapianto in quanto la caposala ci ha accolto chiamandoci per nome: "Signori Brugiolo!!!" e dopo averci dato tutte le indicazioni del caso, ci ha abbracciato! Io e mio marito uscendo ci siamo guardati commossi chiedendoci se eravamo svegli e se invece fosse solo un sogno...
 - Con grande piacere constatiamo ogni volta che andavamo per esami o per la plasmateresi, la terapia che preparava Valter ad accogliere il mio rene, che tutti i medici coinvolti sapevano tutto quello che c'era da sapere sulla nostra situazione e le decisioni sul da farsi erano sempre prese insieme;
- poi ogni volta che andavamo incontravamo il primario, anche solo nel corridoio, che ci faceva sentire la sua vicinanza con la domanda: "come vanno i vostri ragazzi?";
- altro momento di grande alleanza terapeutica è avvenuto la sera prima del trapianto: io e mio marito stavamo consumando "l'ultima cena" da dializzati in una stanza con altri degenti, che entra un medico mai visto chiedendo: "Chi è Barattini Alessandra?" Mi faccio avanti e questi si presenta dicendomi che sarebbe stato lui a farmi l'espianto, spiegandomi cosa avrebbe fatto e dicendomi che voleva conoscermi e fare 4 chiacchiere con me prima di trovarmi sul tavolo operatorio. Immaginate che piacere è stata per me quella visita? Che senso di sicurezza mi ha dato? Chi faceva sul mio corpo un tale intervento ora aveva un nome, un volto e mi aveva rivolto parole tanto gentili, quanto simpatiche (ricordo che ironizzava sul bikini che avrei potuto sfoggiare l'estate seguente, non era sicuramente il mio problema, ma sdrammatizzava la situazione);
- infine il modo e i particolari in cui è avvenuto il trapianto vero e proprio fino al post-operatorio e alla degenza ha fatto sì che non ci siamo sentiti mai soli, ma sempre accolti.

Mi chiamo Alessandra e voglio testimoniare l'esperienza dell'"Alleanza"



Franco Brizzi
Presidente Associazione
Nazionale Trapiantati di Rene
(ANTR)

Manifesto per una **alleanza terapeutica** fra pazienti, medici ed infermieri

Abbiamo cullato, da tempo, un'idea ambiziosa pur rendendoci conto come fosse difficile metterla in pratica., ma per noi pazienti, assolutamente necessaria. Riuscire a stabilire un patto fra pazienti, medici e infermieri che ci portasse ad una migliore qualità della vita e a dare un positivo impulso ai rapporti, non sempre placidi, fra medici ed infermieri. Vogliamo confrontarci su possibilità ed impegni da conseguire avvicinando ulteriormente medici ed infermieri a persone con problemi renali di qualsiasi tipo, nefropatici, dializzati, in lista d'attesa di trapianto e i trapiantati persone che trascorrono molto tempo in ospedale. Rinovare un dialogo fatto di conoscenze dirette, di parole comprensibili e continuità di rapporti. Sia-

... è assolutamente necessario costruire percorsi comuni, sinergie ed alleanze

futuro ne escono stravolte creando nuove necessità costretti a doversi sottoporre a pesanti terapie e ricoveri . Non siamo più in grado di contare pienamente su noi stessi dovendo delegare ad altri la nostra autonomia e il tempo.

Certamente la malattia viene affidata a chi sa prendersene cura, ma questo non è sufficiente in quanto le capacità "tecniche" la gestione dei dati clinici e il corretto utilizzo della strumentazione bio medica non possono bastare ad accompagnare e compensare un diverso

cammino quotidiano in rapida salita.

Ora sono gli esiti degli esami e delle visite mediche che condizionano i nostri progetti, in particolare gli stati d'animo. Una sfida che la vita ci pone davanti coinvolgendo le persone care condizionate esse stesse interamente ad un nuovo modo di vivere. Perché questa lunga battaglia sia sostenibile, perché la salita non ci lasci senza fiato è assolutamente necessario costruire percorsi comuni, sinergie ed alleanze. A corollario delle mie considerazioni vi prego di leggere attentamente la lettera che una signora ha scritto al *Resto del Carlino* di Bologna.

"Ho trascorso un lungo periodo in ospedale e, dopo esserne uscita, devo dire apertamente che la scienza avrà certamente fatto grandi passi in avanti, ma i rapporti umani, il modo in cui noi pazienti veniamo trattati è peggiorato, anche perché esiste una tale rigidità nei ruoli (chi assiste, chi pulisce, che decide) che noi abbiamo paura a fare anche una semplice domanda".

Il direttore del *Resto del Carlino* ha indirettamente fatto rispondere al nefrologo prof. Claudio Ronco presentando le sue considerazioni sull'argomento.

"Il concetto di aziendalizzazione riferito alla sanità stride, perché la diagnosi non è un prodotto e il malato non è un cliente. L'aziendalizzazione ha disperso patrimoni di incalcolabile valore quali che siano le relazioni umane al punto che oggi si dovrebbe introdurre il concetto di umanizzazione per regolamento".

Meditate gente, meditate.

mo certi che un diretto reciproco confronto potrà rivelarsi molto più proficuo rispetto a molti risultati diagnostici come raccontare la malattia, il malessere che provoca, poter ricevere chiari e comprensibili suggerimenti quindi un miglior modo di affrontarla. La malattia si fa strada nella nostra vita cambiando radicalmente nel quotidiano, nel lavoro, nella vita sociale, la nostra famiglia è direttamente e profondamente coinvolta. Lo stile di vita, le prospettive per il

ALLEANZA TERAPEUTICA
Prima Tavola Rotonda fra medici, infermieri e pazienti dedicata all'impegno di prendere il giusto tempo per l'accoglienza, l'ascolto e per avvicinare chi cura a chi viene curato.



Anche a Bologna sulla spinta della giornata mondiale del rene del 12 marzo si è concretizzato un programma per sensibilizzare sul problema delle malattie renali

Le implicazioni del problema in termini epidemiologici, disabilità, costo sociale e finanziario sono tali che due grandi organizzazioni internazionali come l'International Society of Nephrology e l'International Federation of Kidney Foundation hanno promosso, per il nono anno, un'iniziativa congiunta per attirare l'attenzione sulle malattie Renali: la 10ª Giornata Mondiale del Rene fissata per il 12 marzo 2015. Le malattie renali costituiscono una minaccia imminente a livello mondiale. Si calcola che, nella popolazione generale, tra il 7% e il 10% delle persone abbia un danno renale molto spesso misconosciuto. Un'adeguata prevenzione delle malattie renali si realizza con il precoce riconoscimento dei primi segni: l'ipertensione e la proteinuria. Sono ambedue fattori che danneggiano gravemente i reni senza dare disturbi e passando per questo inosservati. Eppure oggi siamo in grado di correggere entrambi, prevenendo il danno renale irreversibile, purché vengano riconosciuti per tempo.

Anche a Bologna sulla spinta della Giornata Mondiale del Rene del 12 marzo si è concretizzato un programma su larga scala rivolto a divulgare il problema delle malattie renali nella nostra città. Su questa base, l'Associazione Nazionale dei Trapiantati (ANTR) in collaborazione con la Fondazione Italiana del Rene Onlus e il collegio IPASVI di Bologna si sono

impegnati chi nelle piazze, chi nelle scuole, a una giornata per affrontare le malattie dei reni per curarle o prevenirle.

Un gruppo di Infermieri, Maria Pia Zito, Cinzia Fabbri, Veronica Bonori, Silvia Cavina, Tiziana De Tommaso e Giuseppe Morandi hanno partecipato al Progetto Scuola.

Lo svolgimento dell'iniziativa ha previsto la suddivisione delle attività in tre gruppi distinti.

Le classi che hanno deciso di accogliere il progetto sono state 12 per un totale di 351 studenti coinvolti delle classi terze, quarte e quinte del Liceo Augusto Righi di Bologna.



Si è deciso di stilare un programma che ha previsto la distribuzione di un volantino sul quale sono state citate 8 semplici regole da seguire in prevenzione della patologia renale, un questionario anonimo conoscitivo riguardo l'argomento della patologia renale e un opuscolo informativo attinente l'apparato urinario e la malattia renale.

Il programma si è svolto in mattinata a partire dalle 8,15 momento in cui gli studenti incominciano le lezioni per poi alternarsi con le altre classi successivamente. Il nostro intervento è stato inserito nell'ora di biologia o scienze e nell'ora di ginnastica.

Ogni gruppo si è occupato di 4 classi con un tempo limite per intervento di 30-40 minuti circa. Ogni intervento quindi ha previsto una presentazione dell'iniziativa e a seguire la distribuzione del materiale cartaceo compreso un questionario anonimo riadattato della FIR. Dopo circa 5 minuti dalla compilazione del questionario, ogni gruppo, ha trasmesso mediante video proiettore o LIM (a seconda della disponibilità della classe) un video in cui si spiegano i fattori di rischio



Le immagini degli Infermieri impegnati all'interno delle classi del quarto e del quinto anno del Liceo Augusto Righi di Bologna



della patologia renale lo stile di vita come alimentazione, fumo, abuso di farmaci e brevi cenni di anatomia dell'apparato urinario. Naturalmente il tutto arricchito dalle spiegazioni degli operatori con relativi interventi da parte degli studenti che hanno partecipato in maniera attiva su alcune tematiche come l'alimentazione iperproteica per chi fa attività sportiva o l'uso inappropriato di sostanze anabolizzanti per aumentare la massa muscolare.



Important note!

- 1) Fai attività sportiva
- 2) Non fumare e non bere alcolici
- 3) Mangia sano e con poco sale
- 4) Bevi acqua in abbondanza
- 5) Controlla il peso
- 6) Controlla la pressione del sangue
- 7) Controlla la glicemia
- 8) Non abusare dei farmaci

LA GIORNATA MONDIALE DEL RENE

"Salute renale per tutti". È questo lo slogan scelto per la "Giornata Mondiale del Rene" che il 12 Marzo scorso ha celebrato il suo decimo anniversario. Una giornata per riflettere, come specificato dagli organizzatori (l'International Society of Nephrology e l'International Federation of Kidney) sul rischio delle malattie renali e sull'accesso alle cure, oggi non garantito omogeneamente per tutti nel mondo. Prendersi cura dei propri reni è fondamentale. Nel mondo, a soffrire di patologie renali è una persona su dieci e la maggior parte non ne è consapevole fino a quando è troppo tardi.





Dr. Franco Elia
Infermiere

Curriculum vitae: un buon punto di partenza

Il lavoro è considerato ormai una chimera e la sfiducia delle persone è tale da rendere difficile anche la ricerca stessa di un'occupazione. Secondo i Dati Istat pubblicati il 3 giugno 2015 il numero di occupati su base annua, nel primo trimestre 2015, è aumentato dello 0,6%. Le statistiche dunque parlano di timidi e impercettibili segnali di miglioramento che non sono sufficienti però a ridare entusiasmo e fiducia agli aspiranti lavoratori, neanche a chi abbia brillantemente conseguito una laurea.

Un buon punto di partenza per mettersi in gioco, investire nel proprio futuro e provare, seppur in minima parte, ad invertire questo trend sarebbe quello

di dedicare maggiore cura e attenzione alla compilazione del proprio curriculum vitae. Il curriculum, non dimentichiamoci, è il nostro biglietto da visita e andrebbe quindi scritto con cognizione di causa per avere più possibilità di riuscire a centrare il proprio obiettivo occupazionale.

Compilare un format on line per il curriculum non basta, bisognerebbe in primo luogo evitare errori, soprattutto quelli piuttosto comuni e frequenti, come, dilungarsi in descrizioni noiose e inadatte alla professione per la quale ci stiamo proponendo, per intenderci agli esaminatori poco importa, anzi non interessa per niente, conoscere il peso, l'altezza o l'orientamento religioso del candidato.

Più opportuno sarebbe puntare su un linguaggio semplice e su uno stile diretto e immediato tali da consentire al selezionatore di leggere e individuare facilmente abilità e competenze del concorrente. Sono attenzioni da tener presente sempre, poiché frequenti sono gli esaminatori privi di una formazione specifica del settore, anche in ambiente sanitario.

Per realizzare, inoltre, un'impaginazione del curriculum che metta in evidenza i punti salienti della nostra formazione o della carriera pregressa ci vengono in soccorso anche i programmi di video-scrittura con elenchi puntati e il grassetto.

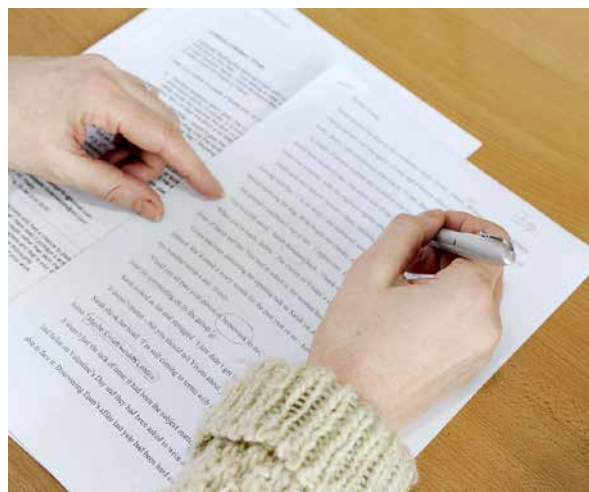
Il curriculum è il nostro biglietto da visita e andrebbe quindi scritto con cognizione di causa

Se essere prolissi, però, ci sembra ancora, un peccato veniale possiamo cambiare idea consultando la ricerca "Keeping an eye on recruiter behavior" condotta nel 2012. Con questo studio alcuni ricercatori hanno dimostrato come gli addetti alle risorse umane impiegano meno di 5 minuti per valutare un curriculum, per la precisione 6 secondi sarebbero dedicati a una prima scrematura delle candidature, 3 minuti

sarebbero utilizzati in un secondo momento, qualora il cv risultasse, anche solo in parte, attinente al ruolo da ricoprire per decidere se ammettere o meno il candidato al colloquio. Essere sintetici però non significa essere approssimativi, si-

gnifica piuttosto racchiudere in massimo due pagine la nostra formazione e preparazione.

Altri accorgimenti da tenere a mente sono, leggere attentamente l'annuncio per il quale vogliamo candidarci. Nel caso specifico poi del settore sanitario a seconda che si tratti di un'azienda ospedaliera, clinica privata, struttura protetta o annuncio privato potremmo rivedere il nostro curriculum e focalizzarlo specificatamente rispetto al profilo lavorativo da ricoprire. Se anche questo non dovesse bastare per farci cen-





trare il bersaglio con successo potremmo rimettere mano al curriculum e puntare sul design personalizzandolo rendendo ad esempio più originale l'interfaccia grafica. Ci sono a proposito dei siti specifici (come PikToChart Easel.ly o Visually) che permettono a chiunque, anche a chi non fa il designer di professione di rendere accattivante il proprio curriculum, piuttosto che presentarlo nel più tradizionale formato Europass. Quest'ultimo modello è stato introdotto circa sei anni fa con lo scopo di semplificare l'ingresso nel mondo del lavoro ai giovani. Si presentava come formato standard riconosciuto in tutti i Paesi dell'Unione Europea ma, gli ideatori, non avevano preso in considerazione che compilandolo si potessero facilmente superare le 2 pagine e raggiungere, a volte, le 5-6 pagine, un vero autogol!

Un colpo di genio sarebbe affidarsi all'"Ipertesto dei risultati" e caricare on line i link che approfondiscono e aggiungono informazioni a quello che abbiamo già dichiarato. Non è detto che chi valuterà il curriculum li aprirà tutti ma il solo fatto di averli inseriti ci rende credibili e affidabili agli occhi del nostro selezionatore. Basteranno dunque piccoli e mirati accorgimenti per catturare l'attenzione di chi valuterà la nostra preparazione.

Tutto ciò senza tralasciare i dati personali, eventualmente accompagnati da una foto, come: nome, cognome (in questo ordine ed omettendo i titoli), se il

nome non è italiano o di uso comune in Italia, meglio specificare anche il sesso, data e luogo di nascita. Nel caso di nascita all'estero dobbiamo riportare sia città che nazione e se quest'ultima è diversa da quella della cittadinanza è opportuno indicare le cittadinanze possedute. Devono essere indicati l'indirizzo di un domicilio in cui facilmente possiamo essere contattati, recapiti telefonici, fax, indirizzi e-mail, patente (se utile al lavoro per cui ci candidiamo). E' importante sapere che tutte le professioni con iscrizione all'albo sono obbligate ad avere la PEC, ovvero la casella di posta certificata, la quale sostituisce le raccomandate postali e utilissima nel caso si debbano ricevere delle comunicazioni ufficiali. Specificatamente per la professione sanitaria è bene inoltre riportare l'iscrizione all'Albo: specificando la Provincia del Collegio IPASVI, il numero, la data e la qualifica. Indispensabile è inoltre riportare correttamente i titoli di studio partendo dall'esperienza più recente (master o laurea) fino al diploma superiore, avendo cura di indicare anno di conseguimento e Scuola/Università che li ha rilasciati. Osserveremo lo stesso ordine per elencare le esperienze lavorative indicando mese, anno di inizio e di fine rapporto, ragione sociale del datore di lavoro, livello di inquadramento e una breve, ma efficace, descrizione dei compiti svolti.

Il Curriculum va concluso apponendo luogo, data e firma autografa.

L'Indice di Complessità Assistenziale (ICA) nell'unità operativa di nefrologia, dialisi e trapianto

INTRODUZIONE

Nell'Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi, Trapianto e Terapia Intensiva Nefrologica dell'Ospedale Sant'Orsola-Malpighi si contano complessivamente 24 posti letto, oltre a 2 posti letto per i ricoveri in urgenza, distribuiti su 4 Settori denominati A, B, C e D.

Nel Settore A, con 6 posti letto post-acuti, vengono ospitati prevalentemente pazienti che proseguono il decorso post trapianto (Tx) renale e pazienti trapiantati che necessitano di accertamenti in regime di ricovero; nel Settore B, con 4 posti letto e 1 posto letto per il ricovero in urgenza, vengono accolti utenti in ricovero d'elezione o provenienti dal Pronto Soccorso, prevalentemente con insufficienza renale cronica (IRC); settore C (Terapia Intensiva), 6 posti letto, dove si hanno ricoveri per Tx renale, insufficienza renale acuta e IRC in pazienti con comorbidità associate; infine il settore D con tipologia di pazienti simile al settore B che consta 8 posti letto +1 per urgenze. Solo nel settore C è possibile effettuare trattamento dialitico per i pazienti che lo necessitano.

Ad oggi, la destinazione del paziente al settore è, a volte, ancora condizionata dal medico in base alla complessità clinica, suscitando spesso controversie fra i diversi operatori poiché, complessità clinica e complessità assistenziale non necessariamente coincidono, con il conseguente risultato di una distribuzione di risorse umane sbilanciata per le esigenze di assistenza infermieristica dello specifico settore.

Una realtà complessa così come strutturata, ha fatto sorgere tra tutti gli infermieri dell'organico che si alternano sui quattro settori, la volontà di verificare, come obiettivo principale, se le risorse infermieristiche a disposizione erano ben distribuite nei diversi settori essendo oggi assegnate più sulla base di esigenze organizzative di reparto e su una rigida turnistica piuttosto che su di un obiettivo bisogno di assistenza.

A partire dagli anni 70, supponendo una correlazione fra

carico di lavoro e organico, si iniziarono a creare diversi metodi di classificazione dei pazienti con l'intento di stabilire l'organico ideale in relazione ai bisogni assistenziali dei pazienti stessi per il raggiungimento di un'assistenza di qualità, metodi che sono stati rivisti e aggiornati negli anni ^(1,2,3,4,5).

Questi studi, prevedono principalmente il calcolo del numero medio di ore di assistenza necessaria per ogni categoria di pazienti, oppure il calcolo di un tempo standard necessario alle diverse prestazioni infermieristiche o alla combinazione di entrambe, enfatizzando più un aspetto quantitativo che qualitativo dell'assistenza erogata.

Studi recenti hanno incentrato l'attenzione sulla complessità assistenziale ^(6,7) per valutare le condizioni del paziente e determinare i bisogni di assistenza infermieristica, oltre ad offrire uno strumento per poter individuare e controllare il fabbisogno di personale.

Fra questi, la metodica di rilevazione del calcolo dell'indice di complessità assistenziale (ICA), che analizza la variabile autonomia/dipendenza del paziente e permette la comparazione del "peso" assistenziale fra settori diversi calcolata attraverso lo scarto ⁽⁷⁾, per la sua semplicità di applicazione ed immediatezza nell'interpretazione dei risultati è stato ritenuto dall'equipe infermieristica, il più idoneo strumento per l'attuazione del nostro obiettivo.

METODOLOGIA

Lo studio, di tipo prospettico, ha arruolato in modo consecutivo pazienti ricoverati nei quattro settori, dal 18 marzo 2013 al 13 maggio 2013, escludendo pazienti di età inferiore ai 18 anni. Per ogni paziente è stata creata una scheda di rilevazione costituita da una parte superiore per la raccolta dei dati anamnestici e da una sottostante griglia di rilevazione ICA.

I dati anamnestici includevano: età, sesso, trattamento dialitico (emodialisi o dialisi peritoneale), ipertensione, diabete e tutte le patologie concomitanti extrarenali riunite in tabella come Altro. (Tabella 1).

	N. Pz	Sesso % m	Età	GG degenza	Dialisi %	Ipertensione %	Diabete %	Altro %
Settore A	37	54	57,27	8,9	16	27	16	5
Settore B	28	36	58,78	7,8	36	42	25	17
Settore C	26	53	67,46	9,0	53	38	15	30
Settore D	46	58	64,46	7,9	17	58	41	32
TOTALI	137	50	61,50	8,4	30	41	24	21

Tabella 1. Caratteristiche clinico - demografiche del campione

Cognome Nome paziente	Giorno 1	Giorno 2	Giorno 3	Giorno 4	Giorno 5	Giorno 6	Giorno 7
PRESTAZIONE	LIVELLO	LIVELLO	LIVELLO	LIVELLO	LIVELLO	LIVELLO	LIVELLO
Assicurare la respirazione	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Assicurare alimentazione e idratazione	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Assicurare eliminazione urinaria/intestinale	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Assicurare l'igiene	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Assicurare il movimento	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Assicurare il riposo ed il sonno	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Assicurare la funzione cardiocircolatoria	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Assicurare un ambiente sicuro	2 5	2 5	2 5	2 5	2 5	2 5	2 5
Assicurare l'interazione nella comunicazione	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Applicare le procedure terapeutiche	2 3.5	2 3.5	2 3.5	2 3.5	2 3.5	2 3.5	2 3.5
Eseguire le procedure diagnostiche	2 5	2 5	2 5	2 5	2 5	2 5	2 5
CLASSE DI GRAVITÀ	Somma livelli del giorno 1	Somma livelli giorno 2	Somma livelli giorno 3	Somma livelli giorno 4	Somma livelli giorno 5	Somma livelli giorno 6	Somma livelli giorno 7

Tabella 2. Griglia di rilevazione Indice di Complessità Assistenziale (ICA) utilizzata nello studio.

Per la griglia di rilevazione ICA è stato utilizzato il modello delle prestazioni infermieristiche e strumenti operativi elaborati da Cantarelli e Cavalieri ^(6,7), dove per ognuna delle 11 tipologie di prestazioni infermieristiche sono identificate i 5 livelli di autonomia: indirizzare, guidare, sostenere, compensare, sostituire.

La griglia veniva compilata ogni giorno dagli infermieri responsabili di settore che effettuavano il turno del mattino, prima del termine dell'orario di lavoro, calcolando la classe di gravità giornaliera di ogni paziente ottenuta dalla somma dei livelli di autonomia assegnati quel giorno per le 11 prestazioni infermieristiche (Tabella 2).

Al termine del periodo di studio si è proceduto all'elaborazione dei dati.

Dapprima si è calcolato l'ICA media giornaliera, ottenuta dalla somma della classe di gravità di tutti i pazienti presenti in ciascun settore nello stesso giorno, divisi per il numero di pazienti di settore, così calcolato per tutti i 56 giorni (Grafico 1).

Si è poi quantificato lo scarto, inteso come peso assistenziale, per la comparazione dell'indice di complessità esistente complessivamente nei 4 settori.

Per il calcolo dello scarto è stato necessario individuare i 4 numeri indice di gravità (IC) di settore ottenendoli, per ogni settore, dalla sommatoria di tutti gli ICA medi giornalieri (Grafico 1).

Per ottenere la media ponderata specifica di settore si è diviso l'IC di settore per le giornate di studio. Sommando successivamente le 4 medie ponderate specifiche di settore e dividendo per il numero dei settori si è ottenuta la media ponderata totale di reparto. Dalla risultante algebrica della media ponderata di reparto e della media ponderata di settore è risultato lo scarto, quale indicatore di una maggiore o minore complessità assistenziale

fra i settori indagati (Tabella 3).

Per valutare se anche singole giornate rispecchiavano lo stesso esito del peso assistenziale riferito all'intero periodo di studio, il calcolo dello scarto è stato eseguito con lo stesso procedimento, anche su tre giornate prese singolarmente, ma distanziate nel tempo, ed esattamente: una ad inizio, una intermedia e una a fine periodo di studio (dati non mostrati). L'intervallo tra le tre giornate indagate è stato così scelto, in quanto la distanza tra le date permetteva di avere una popolazione di pazienti ricoverati completamente differente fra una giornata indagata e l'altra.

La rappresentazione grafica del risultato dello scarto dell'intero periodo di studio (Grafico 2), e delle singole giornate (Grafico 3), è stata eseguita successivamente per una visione immediata nella comparazione del peso assistenziale fra i settori.

RISULTATI

I pazienti complessivamente arruolati sono stati 137 con una presenza del 50% di genere maschile per una degenza di giornate medie di 8,4. Si è riscontrata una percentuale più elevata (53%), di pazienti in trattamento dialitico nel settore C, mentre nel settore D si sono concentrati più pazienti con diabete, ipertensione arteriosa e con comorbidità associate rispettivamente: 58%, 41% e 32% (Tabella 3).

Il calcolo dello scarto, considerato su tutto il periodo, si è dimostrato negativo per i settori A e B, mentre è risultato positivo nei settori C e D (Grafico 2), così come in due delle giornate singole indagate rispettivamente ad inizio e fine periodo di studio, mentre solo la giornata intermedia del periodo di studio ha mostrato un valore di positività del settore D superiore rispetto al settore C (Grafico 3).

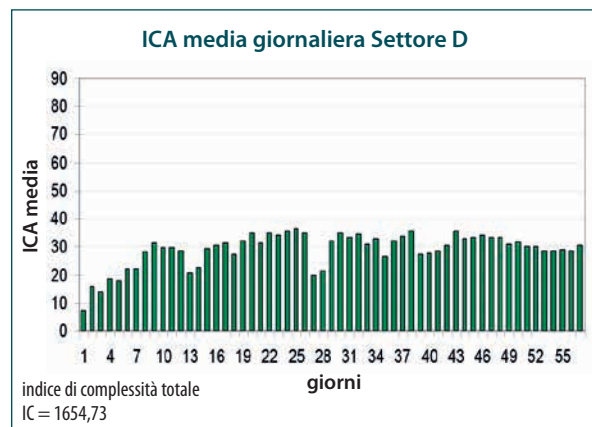
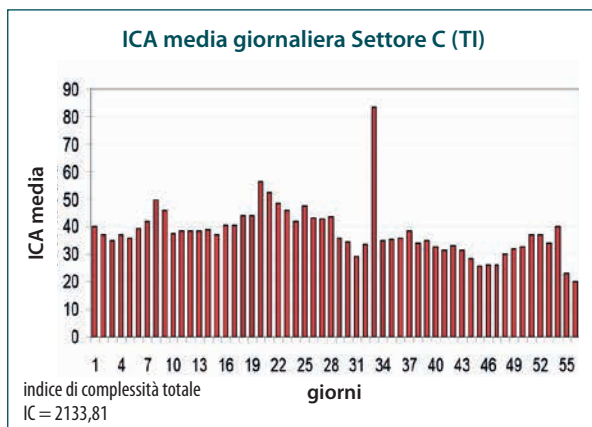
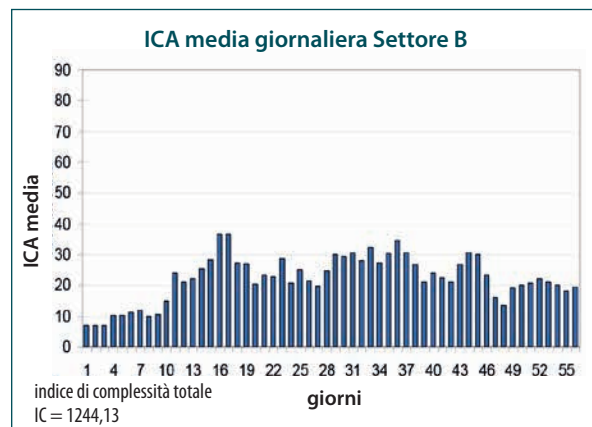
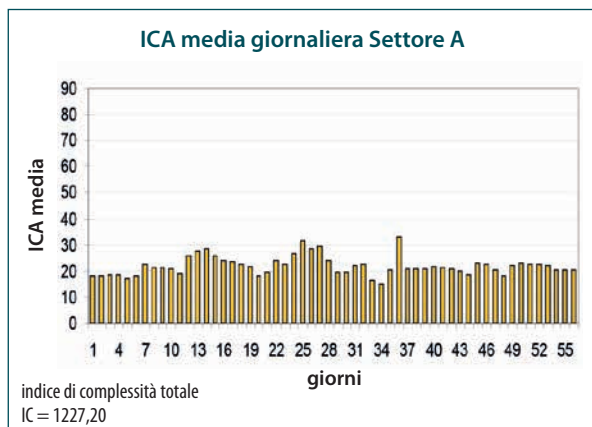


Grafico 1. Valori di ICA media giornaliera per i settori A, B, C, D ; e rispettivi risultati degli indici di gravità (IC)

DISCUSSIONE

Attraverso il calcolo dello scarto, possibile in quanto i pazienti afferenti ai diversi settori sono da considerarsi omogenei, le differenze sono state così evidenziate: nei settori C e D lo scarto è sempre positivo, quale espressione di un carico assistenziale superiore alla media ponderata di reparto, mentre nei settori A e B lo scarto è sempre negativo, corrispondente ad un carico assistenziale inferiore alla media ponderata di reparto.

Il valore maggiore di carico assistenziale nel settore C, per la tipologia di pazienti ad elevata instabilità clinica, era atteso, tanto che già esiste un rapporto numerico infermieri pazienti maggiore, durante le ore diurne, rispetto agli altri settori. Invece, l'inaspettato scarto positivo evidenziato per il settore D, trova un rapporto numerico infermieri pazienti uguale ai settori A e B con l'ICA minore.

Anche se non sempre ad una maggiore complessità clinica corrisponde una maggiore complessità assistenziale, i pazienti diabetici, ipertesi e con patologie concomitanti, percentualmente più presenti nel settore D (Tabella 1), potrebbero giustificare questo inatteso risultato pur non conoscendo le motivazioni di una popolazione così costituita in questo settore.

Non sappiamo, infatti, se è da considerarsi un evento casuale, cioè temporaneo, da far risalire solo al periodo di studio o se invece si tratta di una costante da collegare al medico referente del settore D che in quel periodo, avendo anche attività di consulenza in reparti di lungo degenza, più frequentemente ricoverava nel proprio settore i pazienti visitati.

Servirebbe un altro studio per comprendere quanto le attività extrareparto dei medici (ambulatorio divisionale, ambulatorio trapianti, ambulatorio intramoenia, consu-

SETTORI	Indice gravità complessiva sui 56 gg	Media ICA di un giorno	MEDIA PONDERATA di reparto	SCARTO
A	1227,202	21,91	27,78	-5,87
B	1244,133	22,21		-5,57
C	2133,817	38,00		10,22
D	1654,736	29,03		1,25

Tabella 3. Calcolo dello scarto calcolato sull'intero periodo di studio

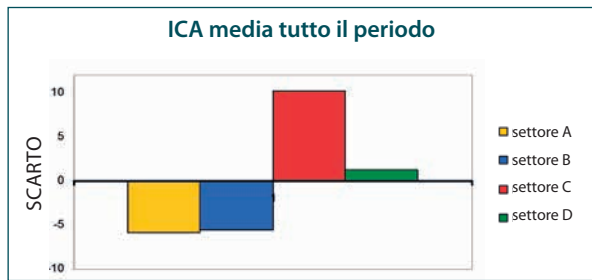


Grafico 2. Rappresentazione dello scarto riferito a tutto il periodo di studio

lenza Centri dialisi decentrati ad Assistenza Limitata) condizionino la tipologia dei pazienti ricoverati nel rispettivo settore.

Risulta importante quindi che, laddove le attività esterne clinico-professionali svolte dal medico di settore influenzassero l'assegnazione del posto letto, l'ICA diventi uno strumento infermieristico di cui gli infermieri dovrebbero appropriarsi per un'equa e oggettiva distribuzione del carico assistenziale tra i 4 settori.

In aggiunta, oltre all'assegnazione del paziente al settore da parte infermieristica, la consapevolezza della realtà evidenziata con questo studio, ha offerto spunto per riflettere sulla possibilità di migliorare anche l'allocatione delle risorse infermieristiche, che andrebbero assegnate con maggiore flessibilità sulla base del calcolo della complessità di settore anche giornaliera, così da evitare il verificarsi di situazioni di inappropriata come nella giornata di rilevazione ICA iniziale dove il carico assistenziale nel settore D è risultato perfino maggiore anche alla Terapia Intensiva.

CONCLUSIONI

E' difficile comprendere l'assistenza infermieristica nella sua totalità dato che per sua natura è complessa, ed implica lo svolgimento di attività personali e prestazionali sul paziente, in base ad una scala di priorità nello svolgimento delle stesse.

Inoltre, il tempo per l'ascolto dei quesiti e delle angosce dei pazienti, che rappresenta il fulcro dell'infermieristica stessa, rimane un parametro difficilmente misurabile e quantificabile, che fatica ad inserirsi come indice di calcolo nei metodi di classificazione dei pazienti.

Nonostante questi limiti, lo strumento ICA, si è dimostrato utile per offrire consapevolezza del peso delle attività infermieristiche svolte e ha permesso di proiettare l'immagine di un professionista che si deve porre come attore principale nell'individuare la complessità assistenziale del paziente e nell'allocatione dello stesso nel settore idoneo; inoltre, lo studio si è rivelato per noi un punto di partenza per una futura riorganizzazione del personale infermieristico, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse a disposizione.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, et al. Therapeutic Intervention Scoring System: A method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med 1974; 2:57-60.
- 2) Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic Intervention Scoring System: Update 1983: Crit. Care Med 1983; 11:1-3.
- 3) Reis Miranda D, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS) Intensive Care Med. 1997 Jul;23:760-5.
- 4) Iapichino G. Time oriented score system (TOSS): a method for direct and quantitative assessment of nursing workload for ICU patients. Intensive Care Medicine 1991;17:340-345.
- 5) Tilquin C, Carle J, Saulnier D. La mesure du niveau des soins infirmiers requis. PRN80. Montual: Eros; 1980.
- 6) Cantarelli M. Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche. Collana di Scienze Infermieristiche, Infermieristica Generale, Masson ed., Milano, 1996.
- 7) Cavaliere B, Snaidero D. Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale. Management infermieristico n. 1, 1999, pp.32-36.
- 8) Cavaliere B. Misurare la complessità assistenziale. L'infermiere e la sua professione. Maggioli Editore Rimini 2009

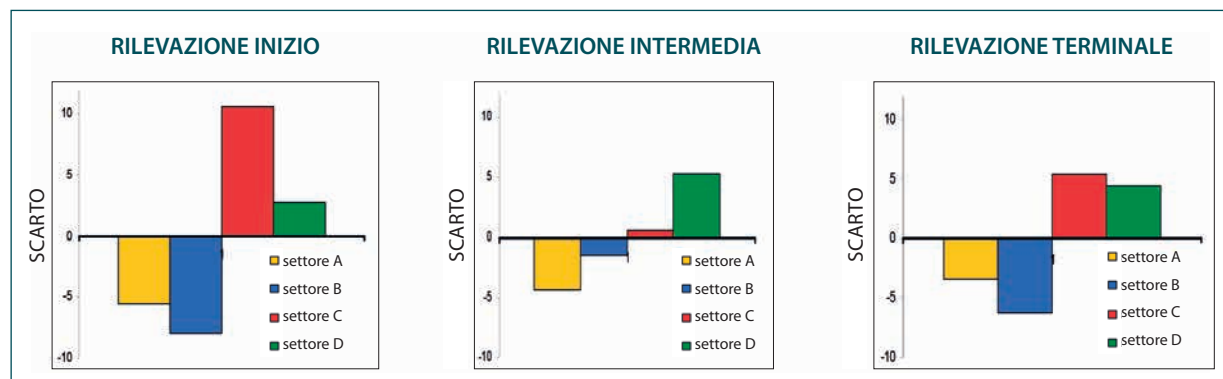
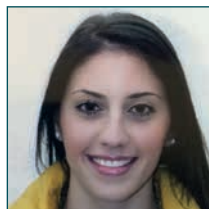


Grafico 3. Rappresentazione dello scarto riferito a singole giornate. Rispettivamente: giornata di inizio, intermedia e di fine periodo studio.



Dr.ssa Marilina Sacco
Docente di infermieristica
psichiatrica al cdL in
infermieristica
Sede Pieve di Cento (BO).



Dr.ssa Benedetta Giannelli
Infermiera

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: verso il loro superamento

Nati in Italia in epoca lombrosiana, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, meglio conosciuti come Manicomi Criminali, sono sopravvissuti alla chiusura dei Manicomi Civili sancita da più di trent'anni dalla Legge 180/79.⁽¹⁾

In questi luoghi che fungono da strutture di tipo giudiziario, viene internata una popolazione eterogenea dal punto di vista dell' "identità giuridica": gli autori di reato giudicati non imputabili per "infermità mentale" al momento in cui esso veniva compiuto, ma ritenuti "socialmente pericolosi"; coloro che sono giudicati capaci di intendere e di volere al momento del reato e che durante l'esecuzione della pena sono colpiti da infermità psichica e coloro ai quali sia stata applicata una misura di sicurezza provvisoria in considerazione della loro presunta pericolosità sociale ed in attesa di un giudizio definitivo.⁽²⁾

Nell'estate del 2010, una serie di visite compiute nei vari Ospedali Psichiatrici Giudiziari da parte della Commissione d'Inchiesta del Senato sull'Efficacia e l'Efficienza del Sistema Sanitario Nazionale, presieduta dal Senatore Ignazio Marino, ha fatto

emergere la gravità delle condizioni di vita e la sostanziale antiterapeuticità dei sistemi di cura all'interno degli stessi.

Ogni visita effettuata dalla Commissione è stata filmata e ciò ha aumentato la percezione degli OPG come grave "problema di carattere etico-sociale e sanitario: assetto strutturale e condizioni igienico-sanitarie gravi e in alcuni contesti insostenibili; assistenza socio-sanitaria (personale medico, infermieristico, riabilitativo, educativo, ausiliario e sociale) carente rispetto alle necessità clinico-terapeutiche-assistenziali dei pazienti; sistema di contenzioni fisiche ed ambientali che lasciano intuire pratiche cliniche non solo inadeguate ma in alcuni casi lesive della dignità della persona."^{(3) (4)}

Dunque, sulla base del lavoro svolto dalla Commissione Marino e dalle parole dello stesso Presidente della Repubblica Napolitano che ha definito gli OPG "indegni per un paese appena civile", una decisa accelerazione al loro processo di superamento è data dal D.L. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito in Legge nel marzo 2012, n. 9, il cui art. 3-ter ne ha stabilito la definitiva chiusura il 31 marzo 2013.

Le Regioni, però, non sono state in grado di rispettare il suddetto termine sia per le difficoltà di individuazione e riadattamento delle strutture sanitarie, che per il ritardo con cui il Governo ha emanato il decreto di riparto delle risorse. Pertanto, c'è stata una modifica del summenzionato articolo che ha previsto il posticipo della chiusura al 1° aprile 2014. Inoltre, con un ulteriore D.L. 31 marzo 2014, n. 52, convertito in Leg-

ge nel 30 maggio 2014, n. 51, il Governo ha prorogato di un anno la chiusura, esattamente al 31 marzo 2015.⁽⁵⁾

La chiusura degli OPG nei decreti sopra menzionati è sancita definitivamente dalla creazione delle R.E.M.S., ovvero Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Tali strutture di tipo sanitario sono create dalle Regioni e accoglieranno quei pazienti che sono tutt'oggi presenti negli OPG al fine di garantire dei percorsi di cura specifici e articolati, promuovendo la salute mentale e la possibile integrazione sociale del soggetto.



La chiusura degli OPG è sancita dalla creazione delle REMS

Sono state individuate tre differenti tipologie di REMS: 1) a carattere intensivo; 2) a carattere estensivo; 3) per interventi socio-riabilitativi.

Le prime strutture accoglieranno pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa; le seconde accoglieranno pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci

trattamenti terapeutico riabilitativi ad intensità riabilitativa moderata; le terze accoglieranno pazienti clinicamente stabilizzati e che necessitano di supporto e di una riabilitazione di mantenimento. Quest'ultime si dividono a loro volta in tre sottotipologie: con personale sulle 24 h, con personale sulle 12 h e per fasce orarie. Tale articolazione si correla strettamente ai bisogni dei pazienti nella loro specificità.⁽⁶⁾

Infatti l'elemento che accomuna le REMS è il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP). Si tratta di un percorso clinico-assistenziale che è specificamente definito per quel tipo di paziente, elaborato e periodicamente verificato dall'intera équipe psichiatrica multi-professionale: infermiere, medico psichiatra, psicologo, assistente sociale, educatore professionale ed équipe psichiatrica del territorio che aveva in cura o lo avrà una volta dimesso.

La realizzazione di questo percorso non solo richiede una sua modulazione sui bisogni del singolo paziente, ma la collaborazione di tutti gli operatori coinvolti affinché egli possa raggiungere gli obiettivi terapeutico-riabilitativi individuati, condivisi da lui e dalla équipe curante al fine di potergli garantire un "suo" posto nella società.⁽⁷⁾

L'infermiere è coinvolto in prima persona nel lavoro delle REMS e nella rivoluzione sociale e culturale, prima ancora che sanitaria, che esse rappresentano ed è per questo che è stato creato un questionario per valutare le loro considerazioni riguardo a questo futuro cambiamento che li vede pro-

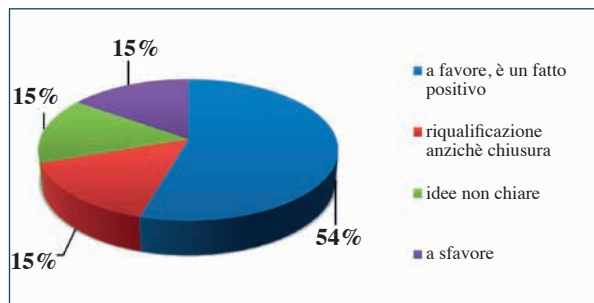
tagonisti nell'affrontare questo particolare tipo di pazienti. A Bologna è attiva la struttura "Arcipelago e Carcere" Del Dipartimento di Salute Mentale-DP che è una residenza a trattamento intensivo con assistenza sulle 24 ore e con degenza di durata massima di 30 giorni prorogabili a 60.

Accoglie persone, residenti sul territorio aziendale in condizioni di scompenso psico-patologico acuto e sub-acuto per i quali non è necessario il ricovero in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) e, da diversi anni, anche qualche paziente in uscita dall'OPG.

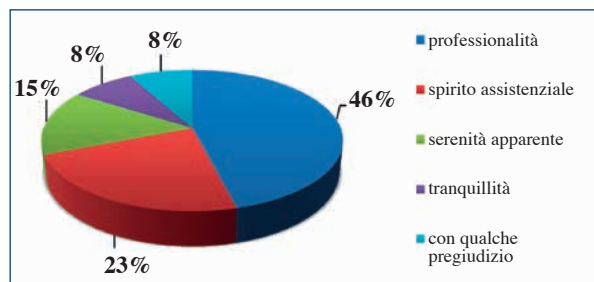
Il questionario, somministrato al personale operante in questa struttura, è composto da 8 domande a risposta aperta per analizzare qualitativamente le risposte dei partecipanti: oltre ad indagare sulla futura chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, esamina anche l'atteggiamento con cui l'infermiere entra in contatto con questa particolare categoria di pazienti e indaga anche sui futuri percorsi di formazione. È stata scelta questa struttura perché ospita già pazienti autori di reato.

I rispondenti sono stati 13 su 18 possibili partecipanti, cioè quasi il 72%, di cui 5 maschi e 8 femmine; hanno avuto tutte esperienze psichiatriche precedenti, a parte 4 donne.

Alla domanda "Cosa pensa riguardo alla futura chiusura degli OPG?" il 54% dei partecipanti è favorevole riguardo alla chiusura degli OPG, perché pensano che possa migliorare il reinserimento del "reo paziente"; il 15% crede che ci sia più bisogno di una revisione e riqualificazione, non solo della struttura ma anche del personale che vi deve lavorare, anziché la vera e propria chiusura; l'altro 15% pensa che la chiusura dell'OPG porterà molta confusione, in quanto c'è poca chiarezza su come affrontarla; ed infine, l'ulteriore 15% è sfavorevole, perché bisogna creare concretamente strutture alternative.

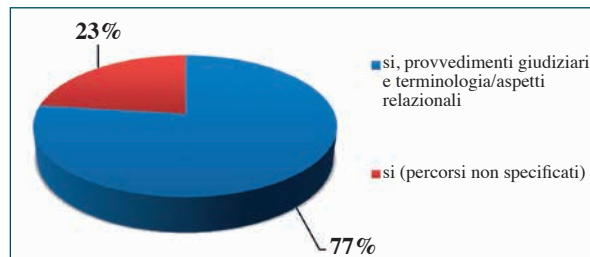


Alla domanda "Con quale spirito entra in contatto con questa particolare categoria di pazienti?" il 46% degli infermieri ha risposto che agirà con professionalità, trattando i pazienti psichiatrici (anche se hanno commesso reati), come tutti gli altri pazienti di qualsiasi altro reparto; il 23% con uno spirito assistenziale, in quanto ritiene di dover trattare la persona proveniente dall'OPG come soggetto disturbato-sofferente di malattia psichiatrica, bisognoso di cure e assistenza/controllo. Il resto invece ha riferito che entrerà in contatto con un atteggiamento apparentemente sereno, data la pericolosità che questi utenti possono nascondere (15%), o avendo qualche pregiudizio nei loro confronti visto che sono autori di reati (8%), o con tranquillità (8%).



Infine alla domanda "Ritiene utile seguire ulteriori percorsi di formazione? Se sì, relativi a cosa e per quale motivo?" più della metà (circa il 77%) ha risposto che ritiene utilissimo e necessario frequentare dei percorsi di formazione concernenti sia gli aspetti legali connessi alle responsabilità, alla custodia/cura e alle varie normative, sia l'aspetto relazionale: come approcciarsi in maniera adeguata in base alle diverse caratteristiche che presenta ogni utente.

Anche il restante 23% lo ritiene utile ma non è stato specificato il tipo di percorso da intraprendere.



L'analisi dei risultati richiederebbe un discorso più lungo e articolato ma possiamo ricondurre tale complessità ad alcune "questioni" di base.

È fondamentale che gli OPG siano aboliti per le seguenti ragioni.

Il paziente psichiatrico sottoposto a procedimenti giudiziari, seppur giudicato pericoloso, deve avere le stesse opportunità di cura di tutti in luoghi altrettanto idonei con personale che lavora in équipe multi professionali.

Il personale inoltre, deve avere una formazione specifica e costante e lavorare con spirito di gruppo affrontando e condividendo angosce, tensioni, resistenze che pur rappresentando gli ingredienti di questo tipo di lavoro, rendendolo unico e indispensabile per una società civile, possono inficiarne la terapeuticità, ostacolando la crescita insita in ogni individuo seppur gravemente sofferente e autore di un reato.

Infine, sarà prevista un'attenta attività di monitoraggio orientata:

- a valutare l'andamento dei progetti intrapresi con i vari pazienti e verificarne il raggiungimento degli obiettivi;
- ad attivare una supervisione continua all'intero gruppo di lavoro;
- alla formazione e confronto continuo e congiunto con tutti gli attori che gravitano intorno alle REMS (personale sanitario, magistrati, polizia...).

Mettendo in atto tali principi è stata aperta a Bologna una REMS provvisoria che in rete con le altre strutture aperte in Italia cercherà sicuramente di migliorare la progettualità coinvolgendo i singoli pazienti.

Come afferma anche Franco Basaglia "bisogna tentare di accantonare la malattia, cercando di creare un'opportunità di vita e di comunicazione".

BIBLIOGRAFIA

- (1) <http://stradeonline.it/scienza-e-razionalita/462-gli-ospedali-psichiatrici-diventano-residenze-solo-questione-di-nome>
- (2) <http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/scarpa.htm>
- (3) www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf
- (4) <http://www.camera.it/leg17/465?area=16&tema=879&La+chiusura+degli+ospedali+psichiatrici+giudiziari>
- (5) <http://www.camera.it/leg17/465?area=16&tema=879&La+chiusura+degli+ospedali+psichiatrici+giudiziari>
- (6) Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, "Le strutture residenziali psichiatriche", 2013.
- (7) Barelli P, Spagnoli E., "Nursing di Salute Mentale", Carocci Faber, 2004



Dr. Antonio Torella
Infermiere
a.torella@icloud.com

La mia esperienza al Brighton and Sussex University Hospital

L'Inghilterra è la patria di Florence Nightingale, l'infermiera più conosciuta al mondo. La storia infermieristica inglese ha fatto sì che ad oggi la figura infermieristica nel Regno Unito goda di grande prestigio.

A questo punto della mia vita professionale mi sono detto che bisognava conoscere più da vicino questo mondo, quello del NHS inglese, così ho scelto di partire.

In questo articolo, mi propongo di presentare ai lettori di questa Rivista, la mia esperienza presso l'Ospedale della NHS inglese, BSUH, Brighton and Sussex University Hospital. Questo "trust" comprende due grandi realtà, il Royal Sussex County Hospital ed Il Princess Royal Hospital, che insieme ad altri piccoli centri coprono l'assistenza sanitaria di Brighton e Hove, del *Mid Sussex* e *Western* e parte dell'*East Sussex*.

Il primo obiettivo che mi sono posto, è quello di fornire maggiori indicazioni possibili a tutti quei colleghi che lavorano presso una struttura pubblica, e che avrebbero il desiderio di conoscere una realtà prestigiosa come quella del NHS.

Se siete infermieri presso un ospedale pubblico, con contratto a tempo indeterminato, e avete deciso di *lavorare* per un *Trust* inglese, il nostro Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro, da la facoltà di richiedere un'aspettativa non retribuita, della durata massima di 12 mesi per l'intera carriera. Questo tipo di richiesta non è soggetta a "parere favorevole" da parte della direzione competente, ma va solo presentata entro 30 giorni dall'inizio del nuovo impiego.

Le prerogative per utilizzare questo diritto contrattuale sono: il Trust per cui applicate deve essere pubblico (NHS in questo caso), il trust deve essere all'interno della comunità europea, il contratto deve essere direttamente con il Trust in regime di dipendenza.

Quando ho deciso di intraprendere questa esperienza, ho trovato molta confusione su questo tema, in quanto, vi sono molteplici possibilità di richiedere aspettativa non retribuita, e molte volte viene confusa con l'aspettativa per motivi personali, la quale invece, è soggetta a consenso da parte dell'Azienda. Questo istituto contrattuale è disciplinato da due articoli in due diversi CCNL, che hanno trovato sistemazione in un unico testo, con l'art. 12, comma 8 lettera b) del CCNL integrativo del comparto sanità stipulato il 7 aprile del 1999, di cui possiamo trovare ampia interpretazione da parte dell'ARAN, all'interno del sito web di riferimento (www.aranagenzia.it).

Fatta questa ampia e doverosa premessa, posso rendervi partecipi della mia esperienza personale, che potrebbe essere utile a chi sta per fare la scelta di lavorare nel Regno Unito.

La prima cosa che ho fatto è stata quella di raccogliere più informazioni possibili attraverso il web, su quali documenti occorre presentare per richiedere l'iscrizione al Collegio Inglese, l'NMC, Nursing and Midwifery Council.

Questa procedura d'iscrizione può durare diversi mesi. Tutto dipende dalla correttezza della domanda presentata e dei relativi documenti da inviare. Si deve inviare una richiesta di iscrizione attraverso un'apposita pagina web e successivamente arriverà per posta un ulteriore form da compilare al quale si allega della documentazione richiesta, tradotta in inglese. Se tale documentazione presenta dei vizi di forma o carente in alcuni contenuti si prolungheranno i tempi previsti. Questa procedura permette l'assegnazione di un numero di iscrizione alla NMC, il

cosiddetto Pin Number, senza il quale non è possibile lavorare con infermiere nel NHS.

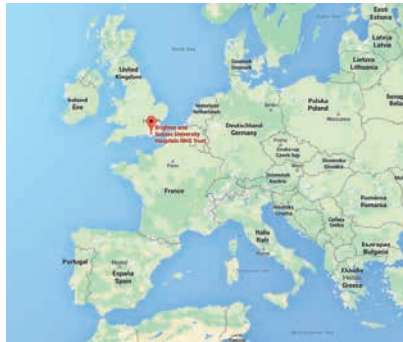
Risulta tuttavia consigliabile, come prima esperienza, avere un contatto con un'agenzia di *Recruitment*, utile per preparare il colloquio con l'ospedale inglese, e soprattutto per la preparazione dei documenti. Queste agenzie forniscono un prezioso aiuto gratuito in quanto convenzionate con gli stessi ospedali per organizzare le *Job Interviews*.

Altro elemento da evidenziare riguarda la conoscenza della lingua inglese. E' stato discusso in Parlamento ed approvato recentemente l'obbligo del possesso di un grado di conoscenza dell'inglese di livello 7 del TOEFL (*Test of English as a Foreign Language*), un test utilizzato per valutare la capacità linguistica di chi non è madre lingua inglese, il cui livello 7 risulta molto vicino ai madrelingua. Ulteriori approfondimenti sono consultabili all'interno della sezione "Overseas Nurses" del sito www.ipasvibo.it. Molto probabilmente ci sarà un referendum nazionale, data la portata dell'argomento. Sono davvero tanti gli infermieri internazionali all'interno dell'NHS.

Superata la *Job interview*, ricevuto il PIN, e richiesta l'aspettativa, non vi resta che partire.

Per chi possiede un'esperienza strutturata nei contesti di cura italiani, anticipo che dovrà abbandonare molte delle sue convinzioni, perchè nel sistema NHS, la nostra professione ha una evoluzione molto diversa.

Nella maggior parte dei casi, gli ospedali inglesi prevedono un periodo di 3 settimane di "*induction*", nel quale viene presenta-





ta la "policy" del Trust, che può variare da ospedale ad ospedale. In questo periodo vengono fatti anche i primi corsi di abilitazione alle diverse attività. Questo perché il sistema universitario di formazione degli infermieri in Inghilterra è molto diverso. Mentre in Italia con la laurea si è abilitati a svolgere tutte le manovre infermieristiche, in Inghilterra, solo dopo essere stati assunti, sono previsti i Training per qualsiasi manovra infermieristica. Per movimentare un paziente c'è bisogno del "Manual Handling", per la somministrazione dei farmaci il training in "administration of Medicines". Senza aver prima svolto questi Training, non ci è permesso di fare nulla. Alcuni esempi di training:

ECG workshop	Effettuare un ECG
Cannulation	Introduzione aghi cannula venosi periferici
Intravenous therapy	Gestione farmaci endovenosi
Administration of Medicine	Somministrazione farmaci per via orale
Manual Handling	Movimentazione pazienti

Finito questo periodo di *induction*, iniziano le successive tre settimane di affiancamento in reparto. Generalmente sono previsti turni da 12 ore su 3 giorni, e le ferie annuali vengono calcolate in ore, che crescono con il passare degli anni. Dopo 10 anni di carriera si maturano circa 6 giorni all'anno in più di ferie rispetto a quando siete stati assunti.

Un'altra cosa che voglio evidenziare riguarda l'incontro con i principali sindacati dell'azienda.

Gli infermieri neo assunti ricevono un continuo supporto e sostegno. Ad essi ci si può rivolgere per qualsiasi dubbio o approfondimento.

In questo contesto viene data molta importanza a quello che gli inglesi chiamano "Our value and Behaviors", Valori e comportamenti. Si da molta attenzione alle dinamiche dei rapporti tra professionisti, e al rapporto con il paziente. Nel Trust dove sto lavorando hanno fatto una campagna pubblicitaria rivolta al personale chiamata S.M.I.L.E, che significa sorriso, un acronimo utilizzato per promuovere una umanizzazione dell'assistenza e dei rapporti professionali, che parte da un sorriso. "Value and Behaviors" sono inseriti tra le strategie aziendali.

Il benessere del personale è ritenuto prioritario tra le strategie aziendali. Infatti, durante le prime fasi di inserimento all'interno della realtà inglese, sono previsti dei momenti strutturati di socializzazione.

L'organizzazione di questa prima fase di accoglienza del personale internazionale, punta molto anche all'integrazione degli infermieri nella società inglese, come nel mio caso, sono state le giornate, in cui dopo lo "study day", era previsto un momento di socializzazione in un Pub tipico inglese, con gli infermieri internazionali arrivati nei mesi precedenti.

La consumazione era offerta dal Trust, Così come la cena "fish and chips" di fine induction.

Per l'ultimo giorno di questa fase di accoglienza, ci hanno chiesto di lavorare in piccoli gruppi, e preparare delle presentazioni da mostrare al resto del gruppo dei nuovi assunti, per sottolineare i punti forti e i punti deboli del lavoro svolto nelle prime tre settimane.

Fondamentale per gli inglesi è il feedback, per capire dove migliorare. Questo penso sia il loro punto forte, scrivono molto ed analizzano il loro lavoro. In Italia solo poche realtà hanno consapevolezza che il lavoro infermieristico è un lavoro intellettuale, e come tale deve essere supportato da dati, da studi, che avvalorano l'attività pratica e che vede come realizzazione l'assistenza che forniamo ai customers, che nel nostro caso sono i pazienti.

La presentazione che, giudizio di tutti, è risultata più piacevole, è stata premiata con piccoli gadgets. Non nascondo la mia personale soddisfazione per aver fatto parte del gruppo che ha vinto la "sfida". Terminata questa prima fase, inizia la fase più interessante e più importante: lavorare in reparto.

Solitamente sono previste altre tre settimane di affiancamento con un "mentor". Vengono consegnate 3 divise, mentre le scarpe le devi comprare da te, e devono essere rigorosamente nere. Qui non esistono gli spogliatoi, e la mattina alla fermata del bus, sono facilmente riconoscibili gli infermieri, visto che partono da casa con la divisa già indosso. Questo è uno degli aspetti in cui a mio parere, gli italiani si contraddistinguono.

Tutti possiedono un badge, che non serve a timbrare entrata e uscita, ma per essere riconosciuti come professionista dell'NHS. Sempre in mostra, il cartellino contiene la foto, il ruolo e la data di scadenza; solitamente viene inserito alla divisa con un dispositivo a filo allungabile per essere utilizzato come badge di riconoscimento e per entrare o uscire dai reparti, o per scannerizzarlo durante l'utilizzo del lettore di glicemia o nella gestione del sacche di emoderivati.

Tra le cose importanti che sottolineano sin dall'inizio, c'è sicuramente il "duble check". Prima di somministrare qualsiasi farmaco bisogna aver fatto il "duble check" con il collega, che prevede doppia firma sulla "form di somministrazione". Tutta questa procedura allunga i tempi, ma evita molti errori.

Naturalmente tutto accompagnato da molteplici scale di annotazioni parametri, e tutto seguito ogni volta alla lettera come da protocollo. Dieci volte vai dal tuo paziente in una giornata di lavoro di 12 ore, dieci volte devi fare la procedura di "double check" con identificazione del paziente, e controllo del bracciale di riconoscimento. Loro seguono alla lettera tutte le procedure. Un esempio che può rendere l'idea, può essere quello che mi è stato raccontato da una collega che lavora in ortopedia nella stessa struttura inglese.

La procedura prevede, che nelle due ore successive il post operatorio, vengano rilevati i parametri ogni 20 minuti, e tutte le volte bisogna accertarsi dell'identità del paziente. Questa procedura viene eseguita per tutti i pazienti, anche quelli sottoposti ad interventi di piccola chirurgia, ed anche in pazienti in ottime condizioni fisiche.

Questo aspetto è quello che colpisce un po' tutti gli infermieri italiani, spagnoli e portoghesi, insieme alla numerose attività che non svolgono gli infermieri non specializzati.

Qui esistono gruppi specializzati per qualsiasi cosa. I prelievi ematici ad esempio, vengo fatti tutti da infermieri che appartengono



ad un'unità operativa speciale, che si occupa di quest'attività. La gestione delle dimissioni protette viene gestita da un gruppo che si occupa solo di questo aspetto.

Dal pronto soccorso ad ogni reparto, all'accoglienza è presente una segretaria, che si occupa del primo contatto del paziente con il reparto, della gestione dei familiari e di molti altri aspetti. Ciò permette agli infermieri un recupero di tempo da dedicare all'assistenza.

In Inghilterra si punta molto sulla formazione: si investe sulla persona. I training di formazione e di aggiornamento vengono svolti in orario di lavoro. Proprio in questo periodo ho partecipato al mio primo "study day" che riguardava tutto il personale di sala operatoria. La mattina le sale operatorie non hanno lavorato, e tutto il personale ha partecipato a 3 trainings. Posso affermare che in questa realtà si investe molto di più sulle persone che sulle strutture! Il cittadino inglese ha la consapevolezza di pagare le tasse e prende un servizio efficace ed efficiente.

Hanno molto peso nel sistema NHS i "complaints" dei pazienti. Per questo motivo, ora si discute in Parlamento del personale internazionale arruolato negli ultimi anni. Questa interrogazione parlamentare è seguita ai molteplici "complaints" dei cittadini.

Per ciò che concerne la presenza infermieristica, il rapporto infermieri/pazienti è di 1 a 6, e questo per ogni turno. Non ci sono differenze tra giorno e notte, come usualmente accade in Italia. L'infermiere qui segue veramente sotto ogni suo aspetto il paziente. Questo è il vero modello dell'assistenza per intensità di cura: garantire continuità assistenziale e globale al paziente. Esistono degli standard di riferimento per numero personale infermieristico/paziente per tutti i reparti, e non solo per le aree intensive.

In questo periodo il mio ruolo è di "scrub nurse" (Strumentista) in un Blocco operatorio di ortopedia, la cui attività è prevalentemente rivolta ad interventi di elezione. Il blocco operatorio (*theatre*) comprende quattro sale operatorie, attive dalle 7:30 alle 17:30.

La maggior parte degli interventi sono in regime di "Day Surgery". Qui ho potuto constatare alcuni aspetti organizzativi molto interessanti che potrebbero essere riportati anche in alcune organizzazioni in Italia.

Il blocco operatorio è collegato attraverso delle porte automatiche ad una P.A.C.U. (post acute care unit) con quattro letti e una recovery room con due fasi, 1 e 2.

I pazienti in Day surgery, accolti dalla segretaria in una sala di attesa, vengono successivamente invitati ad entrare negli spazi della P.A.C.U. e Recovery Room dagli infermieri, e qui si cambiano in degli appositi spazi allestiti, dove gli viene dato un camice, degli antiscivolo, ed una coperta. Due segretarie pensano ad impostare le cartelle cliniche che poi verranno compilate dai professionisti.

Nel frattempo, nelle sale operatorie adiacenti vengono preparati i container che serviranno per la nota operatoria e fatti i check di controllo, come da procedure internazionali.

Il personale, presente in sala si compone di quattro figure infermieristiche, un anestesista e un chirurgo (consultant) e delle volte uno specializzando.

Il personale della sala rimarrà lo stesso per tutta la giornata. Qui infatti l'orario di lavoro è fatto su 4 giorni. Il nurse di anestesia non c'è, ma esiste un ODP (Operating department practionair), figura tecnica di supporto all'anestesista che però non può svolgere nessuna manovra infermieristica.

Lo strumentista svolge un'attività molto simile allo strumentista in Italia, ma con un approccio molto diverso. Non è previsto il tavolo servitore: il ferrista prepara tutti i ferri principali a fianco del chirurgo. Lo stesso chirurgo sceglie i ferri chirurgici in autonomia. A mio



parere, in Italia, l'infermiere strumentista ha uno stile, una preparazione ed un coinvolgimento maggiore.

Tutte le mattine prima di iniziare l'attività operatoria, viene effettuato un meeting di equipe, i cui componenti si presentano con nome e funzione. Il chirurgo illustra tutti i casi che saranno trattati, e si condividono dubbi ed i problemi.

Quando tutto è pronto, il paziente viene accolto dall'ODP nelle sale operatorie, e quindi portato in sala di induzione.

Anche in sala operatoria, come evidenziato in precedenza, ogni procedura è seguita alla lettera. Double check sempre.

Le tempistiche (sign in; time out; sign out) con le relative domande vengono sempre fatte a voce alta in modo che tutti possano ascoltare.

L'aspetto innovativo di questo Day surgery, è rappresentato dal fatto che il paziente non viene ricoverato in reparto, ma sosta nella recovery affiancata alla sala operatoria. In questo modo sia il chirurgo che l'anestesista sono agevolati nelle successive dimissioni del paziente che sosta in un'area adiacente alle sale operatorie.

Questo permette un maggiore controllo del post operatorio, e l'alleggerimento del reparto che non si trova a dover sostenere ricoveri brevi che comportano un'attività burocratica elevata.

Il paziente non occupa un posto letto del reparto ed è sottoposto a maggior controllo nelle prime ore successive all'intervento.

A distanza di un mese dall'inizio di questa mia esperienza inglese, il mio pensiero è rivolto alla realtà lavorativa di Bologna: una realtà che a mio parere rimane d'eccellenza e che potrebbe migliorare ulteriormente con un cambiamento culturale profondo.

La nostra è una professione intellettuale e come tale ha bisogno di essere documentata, analizzata, e non solo sotto l'aspetto organizzativo, ma nelle pratiche. Bisogna valorizzare il personale specializzato. Il cambiamento passa attraverso questo fondamentale aspetto. Bisognerebbe incentivare queste esperienze, come quella che ho potuto condurre all'interno di una realtà in cui questi aspetti sono già consolidati da anni. Questo potrebbe permettere di introdurre quei cambiamenti che ci porterebbero ad essere eccellenza nel mondo.

GLOSSARIO

1. Recruitment: reclutamento
2. Job interview: colloquio di lavoro;
3. Pin number: numero di iscrizione al collegio inglese degli infermieri
4. Induction: fase di accoglienza del nuovo personale
5. Policy: la politica dell'azienda ospedaliera riguardo tutto ciò che riguarda l'ospedale; ferie, malattia etc
6. Training: formazione
7. Customers: consumatori, clienti
8. Mentor: mentore
9. Double check: doppio controllo

P.E.C.

(Posta Elettronica Certificata)

**Obbligatoria per legge,
gratuita per gli Iscritti
del Collegio IPASVI di Bologna,
vantaggiosa per gli Infermieri**



Ulteriori informazioni
www.ipasvibo.it

Per richiederla

Scarica e compila
il modulo dalla pagina
"SERVIZI" del sito internet
WWW.IPASVIBO.IT
e invialo, insieme a copia fronte/retro
di un documento di riconoscimento
via mail all'indirizzo info@ipasvibo.it
o via fax al n. 051.34.42.67



Communication work



Facebook



Twitter



You Tube



Google +