



Infermiere

PROFESSIONE

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



La mattina del 24 agosto 2016 la drammatica notizia del terremoto nel Centro Italia. Numerose le iniziative di aiuto e solidarietà

2 Agosto 1980 Al Collegio la Mostra "Due minuti dopo"

Nicholas Green Un inchino di fronte al dolore

Competenze specialistiche in Psichiatria. L'esperienza dell'Ausl di Bologna

A SOSTEGNO DELLE POPOLAZIONI COLPITE DAL SISMA

#NOISIAMOCONVOI



Info iscrizioni
www.ipasvibo.it



Collegio Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici della Provincia di Bologna

www.ipasvibo.it



Seminario ECM

“Il fenomeno delle aggressioni nei sistemi sanitari: quali tutele e strategie per l’Infermiere”

31 Gennaio 2017 ore 14.00

Dalle ore 18.00 alle ore 19.00 si terrà l’Assemblea Ordinaria Annuale

**AEmilia Hotel Bologna
via Zaccherini Alvisi 16, Bologna**

SOMMARIO

Editoriale

EDITORIALE

Due anni al servizio della comunità professionale - *Pietro Giurdanella* Pag. 2

Notizie in breve Pag. 4

Professione

PROFESSIONE

Rinnovo delle Cariche del Consiglio Direttivo IPASVI Bologna Pag. 6

“I nostri primi quarant’anni”. A Bologna un incontro particolare! Pag. 7

Assemblea ordinaria degli iscritti all’Albo Professionale del Collegio IPASVI Pag. 8

della Provincia di Bologna - anno 2017 e Seminario di formazione permanente ECM:
“Il fenomeno delle aggressioni nei sistemi sanitari: quali tutele e strategie per l’Infermiere”
31 gennaio 2017

#StraBologna2016 Pag. 12

Al Collegio la Mostra “Due minuti dopo” Pag. 14

2 agosto ‘80. Intervista al fotografo Paolo Ferrari: “Quel giorno fotografavo la storia” Pag. 16

24 Agosto 2016. Trema il cuore dell’Italia Pag. 18

Race For The Cure 2016 Pag. 20

Normativa

NORMATIVA

Donazione organi: “Una scelta in comune”. La propria scelta sulla Carta d’Identità Pag. 22

Vaccini, in Italia preoccupante calo della copertura Pag. 24

Contributi scientifici

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

Competenze infermieristiche specialistiche in Psichiatria. L’esperienza della Ausl di Bologna ... Pag. 28

A. Gargiulo, A. Pazzaglia, S. Agostini, T. Piscinnè, L. Argondizzo, C. Girone

Trapianti, la storia di Nicholas Green. Un inchino di fronte al dolore - *L. Berti* Pag. 33

L’utilizzo della voce come strumento olistico nell’assistenza - *G. Meci, F. Burrai* Pag. 35

Verifica delle performance dell’equipaggio «infermiere ed autista», relativa agli interventi ... Pag. 40

di Rianimazione Cardiopolmonare

F. Mugelli, S. Musolesi, I. Sandretti, R. Iacenda, M. Cozzi, O. Dell’Arciprete, F. Cordenons

L’Associazione Nazionale Infermieri in Neuroscienze (ANIM). C’è chi vive di competenze Pag. 43

specialistiche

“Conoscenza e scambio”. L’Academy Case Management Italia Pag. 44

Un progetto di vita per la persona disabile adulta. Il racconto di un’infermiera - *S. Giarrusso* .. Pag. 45

Noi Infermieri

NOI INFERMIERI

Norvegia: il nuovo El Dorado per gli infermieri - *A. 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 XXVIII - N. 1
PUBBLICAZIONE SEMESTRALE

Direttore responsabile: PIETRO GIURDANELLA

Redazione: CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore: COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Referee: CATIA BIAVATI

Impaginazione e stampa: BIME S.r.l. - Molinella (BO)



Dott. Pietro Giurdanella
Presidente Collegio
IPASVI di Bologna

Due anni al servizio della comunità professionale

13 Dicembre 2016 - Sono trascorsi due anni dall'insediamento di questo Consiglio Direttivo. Due anni di intenso lavoro svolto con passione e determinazione per rispondere alle esigenze espresse dalla comunità professionale infermieristica di Bologna, in linea con gli impegni presi ad inizio mandato. Un momento, questo, per fare una breve riflessione sulle tante attività svolte e sugli obiettivi che

vogliamo realizzare prima del termine del mandato che ci è stato affidato. Comunicazione, valorizzazione, ricerca, formazione, aggiornamento, politica ed esercizio professionale, servizi di segreteria: come descritto nella fig.1, sono queste le principali "direttrici" all'interno delle quali vengono evidenziati gli obiettivi raggiunti o in corso di implementazione.



Figura 1 - Le principali attività svolte



La comunicazione istituzionale del Collegio è forse l'attività maggiormente revisionata nel corso di questi due anni. Dal nuovo sito web (www.ipasvibo.it) agli account Facebook, Twitter e YouTube. La stessa rivista che in questo momento state leggendo è stata completamente modificata dal punto di vista grafico. Un'imponente attività comunicativa rivolta agli iscritti e ai cittadini. Più di 2500 notizie pubblicate in un anno: news, approfondimenti, formazione, curiosità, fotografie, video. Le oltre 70mila persone che hanno letto i contenuti del sito durante il mese di novembre 2016 ci esortano a continuare sulla strada tracciata. La partecipazione del Collegio alla Strabologna, alla Race For the Cure e San Locca Day nel corso del 2016 ha permesso agli infermieri di stare al fianco dei cittadini bolognesi, per **valorizzare la Professione** e i suoi valori fondanti.

A ciò va unito l'impegno nei confronti delle Associazioni sociali e dei cittadini. La mostra "Due minuti dopo" ne è un esempio: allestita all'interno della sede del Collegio, grazie anche al contributo del Collettivo Artisti Irregolari, la Mostra è stata inserita in una cornice di 4 manifestazioni condivise da 6 realtà associative bolognesi ed ha ospitato fotografie ed opere d'arte dedicate alla memoria dei soccorsi del 2 Agosto 1980, sottolineando il prezioso contributo degli infermieri. Questi ultimi due anni hanno visto il Collegio fortemente impegnato sul tema dello **sviluppo professionale**. L'emergenza territoriale 118 ed i protocolli infermieristici utilizzati hanno innescato un dibattito di rilevanza nazionale, nell'attesa che si realizzi il cambiamento delineato dal Comma 566 della Legge di Stabilità 2015.

Attenzione e sostegno vengono rivolti anche al "Gruppo sviluppo delle Professioni Sanitarie" promosso dalla Conferenza Socio sanitaria territoriale metropolitana e insediato a Bologna nel mese di novembre

2016 che ha il mandato di effettuare una riflessione sul modello di relazione delle Direzioni Assistenziali delle Aziende Sanitarie ed un approfondimento sullo sviluppo possibile di ruoli professionali e gestionali dei professionisti sanitari, nei diversi contesti clinici e assistenziali.

Il sostegno alla **Ricerca Infermieristica** è stato effettuato mediante un apposito bando che ha permesso di selezionare e finanziare un progetto che sarà sviluppato nei prossimi mesi.

Un calendario annuale formativo offerto dal Collegio ha permesso a tanti professionisti un approfondimento ed un **aggiornamento** su diverse tematiche cliniche e assistenziali.

Numerose le consulenze, gli approfondimenti e i chiarimenti nei confronti dei tanti iscritti che hanno deciso di intraprendere la strada della **libera professione infermieristica**, contrastando al contempo il fenomeno dell'esercizio abusivo della professione.

Rilevante l'impegno a supporto degli **infermieri stranieri** che hanno chiesto l'abilitazione professionale e l'iscrizione all'Albo.

Il 2017, per finire, sarà l'anno **dell'informatizzazione** del Collegio. Ogni iscritto riceverà una tessera elettronica di iscrizione all'Albo che permetterà di usufruire dei servizi on line gestiti all'interno del sito ipasvibo.it: richiesta e stampa dei certificati di iscrizione all'Albo, interazione con la Segreteria, richieste di consulenze, consultazione ed iscrizione ai corsi di aggiornamento offerti dal Collegio.

Questa, in estrema sintesi, l'attività al Servizio degli Infermieri. Un'attività resa possibile grazie alla dedizione ed al costante impegno dei membri del Consiglio Direttivo, dei Revisori dei Conti, delle impiegate del Collegio e dei colleghi infermieri che collaborano con noi. A tutti loro va il mio personale ringraziamento.

28 GIUGNO 2016

Consiglio di Stato su prelievi domiciliari: "L'Infermiere può operare in libera professione"

Una vittoria per la professione: è stata depositata il 28 giugno 2016 la sentenza del Consiglio di Stato (N. 02830/2016) che accoglie in pieno il ricorso per il riconoscimento dell'attività libero professionale presentato dai Collegi Ipasvi della Lombardia contro la Regione, nei confronti dell'Ospedale Maggiore di Crema e la Cooperativa Sociale Igea di Crema.

Viene annullata così la decisione di mantenere la riserva in capo ai laboratori delle attività di prelievo domiciliare. Come ha evidenziato l'avvocato Fantigrossi – che ha difeso le posizioni espresse dall'Ipasvi – "la decisione pone un caposaldo di riconoscimento dell'attività libero professionale dell'infermiere, che può operare in convenzione, singolo o associato, senza necessità di essere dipendente o collaboratore di un laboratorio".

Di seguito alcuni passaggi della sentenza.

Paragrafo 4.2

Ai sensi dell'art. 1 del Regolamento adottato con D.M. 14 settembre 1994, n. 739, adottato ai sensi dell'art. 6, comma 3, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, l'attività dell'infermiere ricomprende ogni prestazione che possa ricondursi alla

generale categoria dell'"assistenza generale infermieristica", attività con funzione di prevenzione delle malattie e di assistenza dei malati e disabili. A tal fine, l'infermiere agisce sia individualmente, sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali (art. 1, comma 3, lett. e). L'infermiere, in possesso del prescritto titolo di formazione e dell'iscrizione all'albo è, secondo il Regolamento, "responsabile dell'assistenza generale infermieristica" (art. 1, comma 1) e "svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale" (art. 1, comma 3, lett. g).

Paragrafo 4.3

Stante il tenore di tale disposizione, applicabile su tutto il territorio nazionale, l'infermiere libero professionista può prestare la propria attività assistenziale, anche a domicilio, senza necessità di essere dipendente o collaboratore di un Laboratorio.

Paragrafo 4.4.

La scelta dell'Azienda ospedaliera di concludere accordi per l'effettuazione di prelievi a domicilio solo con i soggetti autorizzati ad erogare servizi di Medicina e Laboratorio determina una immotivata discriminazione ai danni degli infermieri libero professionisti, causando una irragionevole restrizione della concorrenza nel settore e limitando ingiustificatamente l'accesso al mercato di operatori pienamente legittimati dalla normativa di settore, senza che ricorra alcuna causa eccezionale che giustifichi tale restrizione.

Fonte: FNC Ipasvi

6 AGOSTO 2016

Questione 118. A Bologna l'incontro tra Collegi e Federazione Nazionale IPASVI

I Collegi Ipasvi dell'Emilia Romagna e il Comitato centrale della Federazione concordano che le competenze agite dagli infermieri del 118 trovano giustificazione nei bisogni dei cittadini che assistono con modalità riconosciute come le più appropriate sul piano clinico (linee guida di accreditate società scientifiche) e organizzativo (presa in carico integrata e multiprofessionale).

E su questa linea i Collegi e la Federazione vigileranno affinché non si metta a rischio l'alto livello di assistenza garantito dagli infermieri e la professionalità che essi garantiscono, a favore dei cittadini, nell'emergenza. Il punto lo hanno fatto a Bologna i presidenti dei Collegi della Regione e i componenti del Comitato centrale della Federazione in un incontro organizzato a seguito della presa di posizione della Federazione degli Ordini dei Medici della Regione sui protocolli infermieristici del 118, e la replica degli stessi presidenti dei Collegi Ipasvi della Regione. L'incontro, che si è tenuto presso la sede del Collegio IPASVI di Bologna il 6



agosto scorso, è stato organizzato per condividere il percorso e le strategie da attuare a tutela dei professionisti che operano all'interno del Sistema dell'Emergenza territoriale della Regione e, di conseguenza, per le possibili ricadute a livello nazionale.

LA SEGRETERIA INFORMA

La Segreteria informa che è possibile scaricare dal sito dell'Azienda USL di Bologna gli attestati ECM che sono stati predisposti fino ad ora, relativi ai corsi svolti presso il Collegio IPASVI di Bologna. È sufficiente aprire la home page dell'azienda (www.ausl.bologna.it) e cliccare sul bottone giallo (Attestati ECM): a questo punto si effettua la registrazione, creando così il proprio accesso personale tramite il quale scaricare gli attestati.

La Segreteria comunica anche che è già possibile aggiornare la propria posizione relativa ai crediti ECM sul sito di **Co.Ge.A.P.S.** (<http://wp.cogeaps.it/>), l'archivio che raccoglie i dati relativi al conseguimento dei crediti ECM da parte di tutti i professionisti sanitari. Si invitano quindi gli iscritti a registrarsi nell'area riservata Accesso Anagrafe Crediti ECM e ad inserire tutti i dati che eventualmente risultassero non ancora presenti (rifacendosi a programmi e attestati di corsi, e immettendo anche i dati relativi ad eventuali esoneri ed esenzioni, come da Determina della Commissione Nazionale Formazione Continua del 17 luglio 2013 e successive integrazioni e modifiche).



La Segreteria rammenta che **l'obbligo di conseguire i crediti ECM in-sorge dall'anno solare successivo a quello dell'iscrizione all'Albo Professionale**, ed è **indipendente** dal fatto che si stia **esercitando o meno**, e da quale sia la **forma in cui si esercita**. L'obbligo decade quindi **solamente** in caso di **cancellazione dall'Albo**.

9 OTTOBRE 2016

A Bologna il San Lócca Day, tra stand, buon cibo e allegria

"Arrivo fin lí po bast", questa la frase che riecheggia sotto il lungo portico, attorniato di bancarelle; la salita è faticosa, ma non per gli animi ben più predisposti a godere di questa splendida giornata all'insegna della compagnia. Sono svariati gli stand che si assiepano sulla salita asfaltata, pedonalizzata in occasione dell'evento, tantissimi quelli gastronomici, che offrono prodotti culinari a km zero.

Diversi gli stand dedicati alla salute, alla cura del corpo ed alla promozione di stile di vita. Tra questi anche quello del Collegio IPASVI di Bologna, un'occasione per stare a fianco dei cittadini bolognesi.

Il San Lócca Day è un evento rivolto a tutte le età, ideato dall'Associazione Succede solo a Bologna con l'obiettivo di riscoprire il portico di San Luca. Un'esperienza colorata da svariate attività, come giochi, percorsi gustativi, curiosità tipiche del territorio, sport, musica, tutto all'insegna del divertimento. Il San Lócca Day ha un altro aspetto molto importante: la beneficenza. Infatti, attraverso una charity, ogni anno l'Associazione sceglie un tema di tutela del territorio a cui dedicare l'evento. Dopo aver raccolto nel 2014 diverse migliaia di euro per ristrutturare il Portico di San Luca e nel 2015 per il Nettuno, quest'anno il ricavato sarà devoluto a IO SOSTENGO SAN PETRONIO, la raccolta fondi per la Basilica di San Petronio.



1 DICEMBRE 2016

Concorso infermieri Bologna. Pubblicata la graduatoria finale

Con la pubblicazione della graduatoria finale, si conclude il concorso per infermieri di Bologna unificato tra USL Bologna, USL Imola, Policlinico S.Orsola Malpighi, Istituto Ortopedico Rizzoli.

Un importante concorso che ha visto la partecipazione di oltre 9mila infermieri provenienti da tutta Italia.

Di seguito i numeri analizzati statisticamente di tutti i candidati:

- 14021 domande di partecipazione (senza versamento di alcuna tassa concorsuale);
- 9647 candidati che hanno sostenuto la prova scritta;
- 4413 i candidati ammessi alla prova orale;

- 318 i candidati non idonei alla prova orale;
- 327 gli assenti alla prova orale;
- 3768 candidati ammessi nella graduatoria finale.

Auguriamo ai candidati in graduatoria di trovare presto una giusta collocazione all'interno delle realtà assistenziali del territorio bolognese e ringraziamo la Presidente Meris Fiamminghi e tutti i membri della Commissione per l'impegno profuso in questi mesi.

Rinnovo delle Cariche del Consiglio Direttivo IPASVI Bologna



Gentili Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici, abbiamo il piacere di informarvi che a seguito delle dimissioni dalla carica della Presidente Maria Grazia Bedetti e della Segretaria Elena Rovinetti nella seduta del Consiglio Direttivo del 29 Giugno 2016, ed alla successiva attribuzione delle cariche, avvenuta nella stessa seduta, il Consiglio Direttivo ed il Collegio dei Revisori dei Conti per il triennio 2015-2017 risultano così composti:

Presidente: Giurdanella Pietro

Vicepresidente: Sebastiani Stefano

Segretaria: Di Cecco Alessia

Tesoriera: Forlani Nicoletta

Consiglieri:

Accetti William Manuel
Bedetti Maria Grazia
D'Angelo Carmine
Finelli Andrea
Loli Barbara
Mosci Daniela
Peghetti Angela
Rovinetti Elena
Simmini Addolorata
Toschi Roberta

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Lelli Ada

Revisori Effettivi:
Giarrusso Simonetta
La Riccia Celeste

Revisore Supplente:
Bendanti Daniela

In attesa di incontrarvi durante le attività del Collegio confermiamo la nostra volontà a perseguire gli obiettivi prefissati e ad accogliere tutte le proposte ed i suggerimenti che vorrete darci.

“I nostri primi quarant’anni”. A Bologna un incontro particolare!

“Quelli di Imola”, quelli del “S. Orsola” e dell’Azienda USL. Poi il gruppo dei dirigenti, degli infermieri e delle caposala. E senza dimenticare le Ostetriche e le Assistenti sanitarie! Tutte ancora in servizio e con tanto, tanto buonumore!

A distanza di quarant’anni, si sono dati appuntamento per oggi. Un gruppo di infermieri bolognesi accomunati da una particolare caratteristica: aver frequentato la “Scuola per Infermieri Professionali della Croce Rossa Italiana” di Bolo-

gna nel 1976. Tanta l’emozione!

Quarant’anni di crescita individuale e professionale. Anni in cui la Professione è cambiata notevolmente, a partire proprio dalla formazione: la “vecchia” e cara Scuola CRI sostituita dai Corsi di Laurea triennale, dai Master, dalle lauree Magistrali.

“Tanti sacrifici ma tanta soddisfazione”, commentano. Tutti ancora “in prima linea”, a sostenere: “#noisiamopronti”.



Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo Professionale del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna - anno 2017

e Seminario di formazione permanente ECM: "Il fenomeno delle aggressioni nei sistemi sanitari: quali tutele e strategie per l'Infermiere"

31 Gennaio 2017

ore 13,45-19,00

Aemilia Hotel Bologna, Bologna

**Convocazione prot. 00004032/2016/II.01
del 12/12/2016**

In esecuzione del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950 n. 221, art. 23 (Regolamento per l'esecuzione del DL 13 settembre 1946, n. 233), è indetta l'**assemblea annuale** degli iscritti all'Albo del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna.

Art. 24

*Per la validità dell'Assemblea occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti all'Albo. **Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato uno degli iscritti presenti.***

La delega deve essere posta in calce all'avviso di convocazione rimesso dal delegato. Quando non sia raggiunto il numero legale per la validità dell'assemblea, viene tenuta, almeno un giorno dopo la prima, una seduta di seconda convocazione, che è valida qualunque sia il numero degli intervenuti, purché non sia inferiore al numero dei componenti il Consiglio Direttivo.

Ogni partecipante non può ricevere più di due deleghe.

1ª convocazione

L'Assemblea ordinaria annuale degli iscritti è convocata alle ore 23.00 del giorno 26 gennaio 2017 nella sede del Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B - Bologna.

2ª convocazione

Qualora in prima convocazione non si raggiungesse il numero legale

**L'Assemblea ordinaria annuale
degli iscritti è convocata alle ore
13,45 del giorno 31 Gennaio 2017
presso l'Aemilia Hotel Bologna
Via Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna**

Delega

Gli iscritti all'Albo, impossibilitati ad intervenire all'Assemblea, possono rilasciare, esclusivamente per la seconda convocazione, delega scritta ad un collega iscritto all'Albo di Bologna.

Si ricorda che ogni partecipante all'Assemblea **non può avere più di due deleghe** (art. 24 del Regolamento del DL 13.09.1946 n. 233).

(vedi riquadro sotto)

Data

Il sottoscritto

Delega a partecipare all'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Bologna indetta per il

giorno 31 gennaio 2017 il sig./la sig.ra:

Firma del delegante
(leggibile)



IPASVI

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA

Corso di formazione continua ECM per Infermieri - Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici

Assemblea ordinaria annuale 2ª convocazione

e
Seminario di formazione permanente ECM

**"Il fenomeno delle aggressioni nei sistemi sanitari:
quali tutele e strategie per l'Infermiere"**

31 Gennaio 2017

ore 13.45 - 19.00

Aemilia Hotel Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

Obiettivi del corso:

- Implementare le procedure per evitare situazioni potenzialmente pericolose
- Imparare a gestire i conflitti
- Negoziare nelle situazioni difficili
- Apprendere strategie per tenere sotto controllo i soggetti problematici con i quali si entra in contatto
- Imparare a mediare in condizioni di aggressività
- Conoscere le normative che garantiscono la sicurezza del personale sanitario
- Conoscere i percorsi da intraprendere nel caso si subiscano aggressioni

PROGRAMMA

Ore 13.45 - 14.00	Accoglienza e registrazione partecipanti
Ore 14.00 - 15.00	Il fenomeno delle aggressioni nei Sistemi Sanitari: quali tutele e strategie per l'Infermiere. Dott.ssa Carla Rovinetti
Ore 15.00 - 15.30	Gestione del rischio: gli aspetti legati alla prevenzione. Dott.ssa Alessandra De Palma
Ore 15.30 - 16.30	Presentazione di alcune testimonianze significative per la Professione Infermieristica
Ore 16.30 - 17.00	Coffe break
Ore 17.00 - 18.00	Tavola rotonda Discussione interattiva, domande dei partecipanti e risoluzione di casi pratici Relatori: Dott.ssa Carla Rovinetti, Dott.ssa Addolorata Simmini, Dr. Andrea Minarini, Dott.ssa Alessandra De Palma, Dr. Giuseppe Epifani, Rappresentante Forze dell'ordine e della sicurezza Moderatore: Dott. Pietro Giurdanella
Ore 18.00 - 18.30	Assemblea ordinaria annuale - Relazione consuntiva del Presidente anno 2016. Relatore: Dott. Pietro Giurdanella - Presidente Collegio IPASVI Bologna - Presentazione del rendiconto consuntivo anno 2016. Relatore: Sig.ra Nicoletta Forlani - Tesoriera Collegio IPASVI Bologna - Relazione su rendiconto consuntivo anno 2016. Relatore: Sig.ra Ada Lelli - Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti Discussione e approvazione bilancio consuntivo
Ore 18.30 - 19.00	- Relazione programmatica del Presidente anno 2017. Relatore: Dott. Pietro Giurdanella - Presidente Collegio IPASVI Bologna - Presentazione del bilancio di previsione anno 2017. Relatore: Sig.ra Nicoletta Forlani - Tesoriera Collegio IPASVI Bologna - Relazione sul bilancio di previsione 2017. Relatore: Sig.ra Ada Lelli - Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti Discussione e approvazione bilancio di previsione
Ore 19.00	Consegna attestato di partecipazione

LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA

Destinatari: Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti al Collegio di Bologna.

Docenti:

Dott.ssa Alessandra De Palma, Direttore Responsabile Medicina legale e gestione integrata del Rischio

Dr. Pietro Giurdanella, Presidente Collegio IPASVI di Bologna

Dr. Giuseppe Epifani, Coordinatore Infermieristico Pronto Soccorso Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Dr. Andrea Minarini, Direttore AUOC Medicina legale Azienda Usl di Bologna

Dr. Francesco Musto, Infermiere Az. Ospedaliera S.Orsola Malpighi di Bologna

Dr. Daniele Perrone, Infermiere Az. Ospedaliera S.Orsola Malpighi di Bologna

Dott.ssa Carla Rovinetti, Psicologa Psicoterapeuta libero professionista, collaboratrice dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Dott.ssa Addolorata Simmini, Istituto Ortopedico Rizzoli Bologna

Metodi di lavoro:

Lezioni frontali, discussioni interattive, tavola rotonda

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica: personal computer, video-proiettore

Posti disponibili: n. 200

Sede del corso: AEMILIA HOTEL BOLOGNA - Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna.

In auto: dalla tangenziale imboccare l'uscita n. 11 San Vitale, svoltare a destra in Via Massarenti seguendo le indicazioni per il centro e proseguire fino all'Ospedale Sant'Orsola Malpighi. Svoltare nuovamente a destra in Via Zaccherini Alvisi.

Parcheeggio Convenzionato con il Collegio IPASVI: GARAGE "QUICK", Via Zaccherini Alvisi, 12 Bologna (tariffe agevolate per gli iscritti al Collegio IPASVI di Bologna). Per informazioni sulle modalità di usufrutto della convenzione, ritirare il tagliando presso la Segreteria dell'evento.

In autobus: dalla stazione ferroviaria linee n. 32, 36 e37 e, dal centro, linee n. 14, 20, 89 e 94

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM è aperto a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo **IPASVI di Bologna**

Si rammenta che i criteri per definire la **presenza** utile a consentire il **conseguimento dei crediti ECM** a coloro che prendono parte agli eventi formativi prevedono:

Il **100%** delle ore di partecipazione previste da programma, in quanto evento con **durata inferiore o uguale alle 6 ore**.

Si ricorda comunque che:

- 1) Il tempo viene calcolato escludendo quello previsto per le prove di valutazione finali;
- 2) Per conseguire i crediti è necessario anche superare la prova di valutazione finale.

Si invitano pertanto i partecipanti ad attenersi alle indicazioni sopra riportate; in caso contrario, il conseguimento dei crediti ECM non può essere garantito.

Durata dei lavori: ore 5 INTERO EVENTO – ORE 4 EVENTO FORMATIVO (per cui è richiesto l'accreditamento)

In fase di accreditamento ECM

Preiscrizioni e iscrizioni: Dal 11 Gennaio 2017

MODALITA' D'ISCRIZIONE

Si ricorda che è **indispensabile** effettuare **la preiscrizione** ai corsi (**prima** di procedere con l'invio della scheda di partecipazione), recandosi presso la segreteria del Collegio IPASVI o telefonando al n. 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 09.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00)

L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo dopo l'invio della **scheda di iscrizione**, debitamente compilata e firmata, che deve pervenire al Collegio **entro e non oltre 10 giorni dalla data in cui è stata effettuata la preiscrizione**.

Per facilitare la partecipazione, è eventualmente possibile anche effettuare l'iscrizione dalle ore 13.45 alle ore 14.00 nel giorno stesso e presso la sede ove sarà tenuta l'Assemblea: per mantenere il rispetto dei tempi programmati e agevolare il lavoro della Segreteria, si chiede, cortesemente, che questa scelta venga adottata **solo da coloro che non hanno assolutamente la possibilità di iscriversi nei modi e nei tempi sopra indicati**.

Si prega di attenersi strettamente alle suddette modalità di iscrizione: quanto pervenuto in maniera non conforme alle indicazioni non sarà accettato.

In caso di sopraggiunta impossibilità a partecipare, **si invitano gli iscritti all'evento a comunicare tempestivamente la mancata presenza alla Segreteria**.

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AL SEMINARIO DI FORMAZIONE CONTINUA ECM
TENUTO DAL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA NEL I SEMESTRE 2017**

**IL FENOMENO DELLE AGGRESSIONI NEI SISTEMI SANITARI: QUALI TUTELE E
STRATEGIE PER L'INFERMIERE
(nell'ambito dell'Assemblea Annuale degli Iscritti 2017)**

Al Collegio IPASVI della Provincia di Bologna- Via Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 Bologna

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritt... ..

nat... a il

codice fiscale.....

residente in via a

iscritt... all'Albo del Collegio IPASVI di Bologna dal al N°

o altro Collegio IPASVI della Provincia di dal al N°

in servizio presso (denominazione della struttura sanitaria / sociale o libera professione).....

.....

tel. Lavoro tel.casa cell.

e-mail

Chiede

di essere ammesso/a al seguente seminario di formazione continua **"Il fenomeno delle aggressioni nei sistemi sanitari: quali tutele e strategie per l'Infermiere" (nell'ambito dell'Assemblea Annuale degli Iscritti 2017)**.

Si ricorda che, **prima di inviare la presente scheda**, è **indispensabile** effettuare **la preiscrizione** ai corsi **recandosi presso la segreteria** del Collegio IPASVI **o telefonando** al n. 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 09.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo **dopo l'invio** al Collegio della presente **scheda**, che **deve pervenire entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione**.

Per facilitare la partecipazione, è eventualmente possibile anche effettuare l'iscrizione il giorno stesso, dalle ore 13.45 alle ore 14.00, e presso la sede ove sarà tenuta l'Assemblea: per mantenere il rispetto dei tempi programmati e agevolare il lavoro della Segreteria, **si chiede, cortesemente, che questa scelta venga adottata solo da coloro che non hanno assolutamente la possibilità di iscriversi nei modi e nei tempi sopra indicati**.

Si prega di attenersi strettamente alle suddette modalità di iscrizione: quanto pervenuto in maniera non conforme alle indicazioni non sarà accettato.

In caso di sopraggiunta impossibilità a partecipare, **si invitano gli iscritti al corso a comunicare tempestivamente la mancata presenza alla Segreteria**.

Data

Firma



#StraBologna2016

LE FOTO DEGLI INFERMIERI IN PIAZZA MAGGIORE

Sabato 14 e Domenica 15 Maggio gli Infermieri del Collegio IPASVI di Bologna hanno partecipato alla Strabologna 2016, grande evento Uisp per promuovere benessere e divertimento.

Due ricche ed emozionanti giornate nelle quali gli infermieri bolognesi hanno testimoniato la loro vicinanza ai cittadini, promuovendo momenti dedicati all'educazione alla salute.

Strabologna è anche una festa dedicata alla solidarietà. Quest'anno infatti il Comitato organizzatore ha voluto puntare l'attenzione sull'epilessia. Un euro per ogni pettorale sarà devoluto all'Aice (Associazione Italiana contro l'Epilessia). Un contributo per promuovere un progetto che prevede l'attività motoria come elemento costitutivo importante di un sano stile di vita, anche per persone che hanno una

malattia cronica ed invalidante, per abbattere gli stereotipi e diffondere la conoscenza per combattere la paura. 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, distruzione delle vie respiratorie nei bambini/lattanti e adulti, corretta igiene dei denti, del cavo orale e delle mani.





La testimonianza di Marina Gamberini, sopravvissuta la mattina del 2 agosto 1980

Al Collegio la Mostra "Due minuti dopo"

Tante le persone presenti all'inaugurazione della mostra "Due minuti dopo". Cittadini, professionisti e rappresentanti delle istituzioni che hanno partecipato al primo degli eventi in programma per commemorare le vittime della strage alla stazione di Bologna del 2 agosto 1980.

La mostra, a cura del Collegio IPASVI e del Collettivo Artisti Irregolari, allestita per tutto il mese di agosto, con ingresso gratuito, è stata inserita in una cornice di 4 manifestazioni condivise da 6 realtà associative bolognesi.

Con fotografie ed opere d'arte, dedicate alla memoria dei



soccorsi del 2 Agosto 1980, la Mostra vuole sottolineare il prezioso e sostanziale contributo degli infermieri, dei medici, dei vigili del fuoco e dei tanti volontari che si sono contraddistinti in quel tragico giorno.

Toccante la testimonianza di Marina Gamberini, sopravvissuta ad una tragedia che ha spezzato la vita a diverse sue colleghe la mattina del 2 agosto 1980 e sottratta ad un tragico destino dal dr. Stefano Badiali che l'ha soccorsa estraendola dalle macerie.

Una tragedia, come testimoniato da Marco Vigna, infermie-

re, tra i fondatori del 118 bolognese, che ha messo a dura prova l'organizzazione dei soccorsi. Oltre duecento i feriti. Un'organizzazione che da quel giorno si è evoluta a tal punto da diventare l'attuale sistema 118. Il primo in Italia. Tonino Paniconi, all'epoca maresciallo dell'esercito reparto Genio, ex vigile del fuoco, quella mattina, pur non essendo in servizio, non ha esitato un attimo a soccorrere i tanti feriti. L'emozione, nel suo viso, mentre racconta la sua esperienza, è palpabile. Una tragedia che purtroppo, ancora oggi non ha ricevuto piena giustizia. Cinzia Venturoli, storica dell'università di Bo-



Da sinistra il Dott. Pietro Giudanella, Presidente IPASVI BO, la Dott.ssa Chiara Gibertoni, Direttore Generale AUSL Bologna, la Dott.ssa Roberta Toschi, Consigliere IPASVI BO, il sig. Gianfranco Brizzi, Presidente A.N.T.R. e l'Avv. Giannantonio Barbieri.

logna, ha sottolineato infatti che, seppur condannati gli esecutori materiali, nessun mandante è mai stato individuato. Oggi l'imperativo, come sottolineato da Riccardo Lenzi, dell'Associazione Piantiamo la Memoria, è quello di sostenere la memoria, soprattutto tra i giovani e soprattutto in un momento in cui si riaffaccia il terrorismo in Europa.

I partecipanti all'inaugurazione hanno dichiarato di aver percepito, oltre al dolore della commemorazione, anche il messaggio di solidarietà e di rinascita da una tragedia di tali proporzioni e, nel contesto attuale, questo è sicuramente utile e positivo.





2 agosto '80. Intervista al fotografo Paolo Ferrari: "Quel giorno fotografavo la storia"

Quando si parla di fotogiornalismo a Bologna è impossibile prescindere dalla figura di Paolo Ferrari. Decano dei fotoreporter bolognesi, in attività dai primi anni '70, con oltre quattro decenni di scatti alle spalle, ha documentato ininterrottamente con cura e passione i vari aspetti della vita quotidiana.

Paolo Ferrari, classe 1934, bolognese di nascita, ha sempre lavorato a Bologna, dopo un periodo di studio alla Columbia University. La sua prima macchina fotografica è stata una 6x6 Rolleicord comperata a rate negli anni '60. Fotografo professionista per diverse testate: «Qui Bologna», «Carlino Sera», «Il Resto del Carlino». Il suo occhio attento inquadra il mondo e ne fissa le emozioni negli scatti quotidiani. Ha fotografato per Il Resto del Carlino, il periodico Famiglia Cristiana; è stato corrispondente da Bologna dell'agenzia di stampa statunitense A.P. (Associated Press) e dell'Agenzia Italia e ha pubblicato su numerose testate nazionali e internazionali.

Alla memoria di ognuno di noi, Paolo Ferrari ha consegnato, tra i suoi tanti lavori, la testimonianza fotografica degli anni 70 e primi anni '80. Un periodo nel quale la storia bolognese si è intrecciata con uno dei periodi più

brutti della storia del terrorismo italiano, come l'attacco al treno Italicus presso San Benedetto val di Sambro e lo scoppio della bomba alla stazione di Bologna del 2 agosto 1980. Tanti, troppi i morti e i feriti.

Le sue foto del 2 agosto 1980 fanno parte della mostra "Due minuti dopo", che sarà inaugurata oggi presso la sede del Collegio IPASVI di Bologna, con accesso gratuito per tutto il mese di agosto negli orari di apertura della Segreteria.

Abbiamo raggiunto il fotografo bolognese, oggi in pensione, ma ancora attivo nel sostenere il ricordo attrav-

verso i suoi oltre 40 anni di cronaca fotografica.

"Un giorno che non potrò mai dimenticare, la mattina del 2 agosto 1980, e che ho potuto raccontare con i miei scatti, solo grazie ad un evento quasi fortuito". Esordisce così Paolo Ferrari, alla nostra richiesta di sapere di più di quel tragico giorno. "Dovevo essere già in stazione di Bologna, quella sfortunata mattina, per fare un servizio sull'esodo per le vacanze estive. Con il giornalista Lamberto Sapori dovevamo documentare, con un articolo, corredato di foto, la giornata. Ma alla fine optammo per utilizzare foto di repertorio, decidendo di non recarci fisicamente alla stazione. Questa decisione mi ha salvato la vita!"

"Il testimone di un'epoca" titolava il Corriere della Sera in un articolo del 2010. Con le sue fotografie ha mostrato al mondo le stragi di Bologna. "Per fotografare le tragedie, dentro di me dicevo che era solo un film dell'orrore"



Foto tratta dalla mostra fotografica "La memoria del soccorso" a cura del Collegio IPASVI di Bologna. Foto di Paolo Ferrari, Genus Bononiae

Ha una voce forte, Paolo Ferrari. Il ricordo della giornata è impresso nella sua memoria. Indelebile.

"Pochi minuti dopo lo scoppio della bomba alla stazione, fui avvertito e mi sono recato immediatamente sul posto. Mi dissero che era scoppiata una caldaia. Ma all'arrivo in stazione ho compreso che si trattava di ben altro. Lo scenario era agghiacciante. Per un attimo la mente mi ha riportato ai bombardamenti del '44". Stesse identiche scene di distruzione e di morte."

Come ha fatto a mantenere la calma, a non essere sopraffatto dall'emozione, dall'angoscia?

"Ho svolto molti servizi di cronaca, nella mia attività di fotoreporter. Sapevo che per arrivare in fondo a quegli scatti, dovevo necessariamente dissociare il pensiero dall'emozione. C'ero io e pochi altri a documentare. Oggi l'attività del fotoreporter è molto diversa. Allora eravamo in pochi e molto discreti. Fin dai primi scatti mi sono reso conto che non stavo fotografando un evento. Ma la storia."

I suoi scatti, in breve tempo hanno fatto il giro delle redazioni di tutto il mondo.

"Man mano che scattavo, alcuni miei collaboratori portavano i rullini alla redazione. 36 fotogrammi alla volta. Ogni scatto doveva essere "pesato" per bene". Oggi la tecnologia digitale ha fatto dimenticare alcuni limiti tecnici a cui ogni fotoreporter doveva stare attento. Lo scatto non si poteva vedere prima, come accade con il digitale. Le pellicole erano contate, così come i fotogrammi. Bisognava scattare e pensare di avere sempre uno scatto a disposizione per fotografare ancora."

Nelle foto compare spesso un sacerdote che aiuta i soccorritori. Se lo ricorda?

"Me lo ricordo molto bene. Era il priore dei salesiani di Bologna. Non si fermò un minuto. Aiutava in ogni modo, a mani nude."

Tante le autorità accorse subito dopo l'esplosione

Si, tanti i politici che hanno voluto vedere di persona cosa accadeva alla stazione di Bologna. Sento ancora l'applauso con cui fu accolto il Presidente Sandro Pertini al suo arrivo."

Il Presidente Pertini, giunto sul posto disse: "Signori, non ho parole, siamo di fronte all'impresa più criminale che sia avvenuta in Italia"



I suoi scatti hanno aiutato gli inquirenti durante le indagini?

"Sì, alle 22 del 2 agosto, sono stato chiamato dal magistrato e fui precettato. Dopo il ritrovamento dei residui dell'ordigno, fu chiara la natura terroristica del vile attentato. Mi sono messo a disposizione per aiutare le indagini"

Molti dei suoi scatti, sono stati fatti dentro l'Ospedale Maggiore di Bologna

"Il giorno dopo la tragedia mi venne in mente di chiedere di entrare nella Rianimazione del Maggiore. Non era permesso fotografare dentro gli ospedali. Ma grazie all'approvazione dell'allora primario Nanni Costa sono riuscito a fare alcuni scatti dei feriti e degli operatori in quella triste mattinata. "Caro Ferrari, io non ho mai dato il permesso ad alcun fotografo ad accedere all'interno del reparto. Ma oggi il mondo deve conoscere l'immane tragedia". Grazie a questa decisione, oggi possiamo raccontare la storia di quei giorni"

Di cosa si occupa oggi?

Oggi, sebbene in pensione, collaboro al progetto Genus Bononiae della Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna. Un progetto presieduto dal Prof. Fabio Roversi Monaco, al quale collabora anche il Prof. Marco Baldassarri dell'Accademia di Brera. Sosteniamo la memoria ed il ricordo attraverso una collezione di mie foto di cronaca che racchiudono un periodo temporale che va dal 1970 ad oggi. Stiamo cercando di acquisire altri archivi fotografici per arricchire la collezione ed estenderla in altri periodi precedenti il 1970. Grazie al Progetto Genus Bononiae ed alla collaborazione dell'Ospedale Maggiore, insieme al collega Paolo Righi, abbiamo realizzato la mostra "I volti del soccorso", che racconta il sacrificio dei pompieri e di Bologna Soccorso durante la strage della stazione del 1980, e l'attualità del servizio 118.

Salutiamo Paolo Ferrari, ringraziandolo per la sua instancabile dedizione, per la sua passione nei confronti del racconto fotografico. Grazie al suo coraggio oggi possiamo donare ai più giovani il ricordo di una tragedia che non va dimenticata.

Link del fotografo Paolo Ferrari

<http://www.ferrariipaolofoto.it/catalogo/bologna>

<http://www.paoloferrarifoto.org/>





24 Agosto 2016. Trema il cuore dell'Italia

fonte twitter/@crocerossa

La mattina del 24 agosto 2016, l'Italia intera si sveglia con una drammatica notizia: "Forte scossa di terremoto nel Centro Italia. L'epicentro del sisma di magnitudo 6.0 è la provincia di Rieti, nella zona al confine con l'Umbria, le Marche e l'Abruzzo".

Colpisce l'appello sui media del sindaco di Amatrice, il paese più colpito: "Le strade di accesso al paese sono interrotte: su una c'è una frana, dall'altra c'è un ponte che sta per crollare. Abbiamo gente sotto le macerie, va salvata. Metà paese non c'è più".

Colpite anche le strutture ospedaliere. L'ospedale di Amandola, nel Fermano, viene evacuato a causa di alcuni distacchi alla struttura.

Per assistere e curare i tantissimi feriti, serve sangue. Presto ci si accorge che non può bastare per rispondere alle tantissime esigenze.

Le autorità lanciano immediatamente un appello sul web per chiedere alle persone di donare il proprio sangue. Le immagini che man mano arrivavano dalle zone colpite sono quelle di una catastrofe. Decine di vittime affioravano dalle macerie. Migliaia gli sfollati. Tantissimi i feriti.

Fin da subito si attiva un'imponente catena umana di solidarietà che parte dai territori limitrofi e si estende in tutta Italia. Centinaia di persone accorrono negli ospedali per donare sangue. Tanti punti di raccolta di generi di prima necessità da inviare nelle zone del terremoto.

Da tante regioni partono gli aiuti: mezzi e personale per supportare gli sfollati.

Anche l'Emilia-Romagna dà subito il proprio contributo. La richiesta di intervento, arrivata dal Dipartimento nazionale della Protezione civile, fa attivare una prima colonna di 20 camion con a bordo un centinaio di volontari e tecnici dell'Agenzia regionale della Protezione civile dell'Emilia-Romagna. Il convoglio è composto da tende capaci di ospitare 250 persone, cucine da campo, una tensostruttura e altri servizi

per la prima emergenza. "L'Emilia-Romagna è pronta a fare quanto necessario per aiutare da subito le popolazioni colpite dal sisma - ha detto il Presidente della Regione Stefano Bonaccini - purtroppo sappiamo bene cosa vuol dire affrontare una situazione di questo tipo. Metteremo quindi a disposizione la nostra esperienza per dare, già da ora, il nostro contributo per affrontare la situazione".

"Numerosi anche gli infermieri volontari in stato di allerta per poter intervenire nei luoghi colpiti dal terremoto di questa notte e una prima colonna mobile composta da tre unità provenienti dalla Regione Molise già partita per prestare i primi soccorsi". E' quanto fa sapere il Coordinamento Infermieri volontari per l'emergenza Cives Onlus (l'associazione degli infermieri per l'emergenza) allertato dal Comitato Operativo della Protezione Civile per avviare una ricognizione di personale qualificato da inviare nelle zone colpite dal sisma con effetto immediato e nei prossimi giorni.

Il prezzo pagato dalla popolazione è altissimo: 294 persone morte, mentre i feriti sono 387.



#Noisiamoconvoi a sostegno delle popolazioni colpite dal sisma

#NOISIAMOCONVOI
A SOSTEGNO DELLE
POPOLAZIONI
COLPITE DAL SISMA

Domenica 18 Settembre 2016

**PRANZO
DI SOLIDARIETA'**

presso la mensa del
Policlinico S.Orsola
via Albertoni 15, Bologna

INFO: WWW.IPASVIBO.IT

Le somme stanziate e raccolte saranno utilizzate per l'acquisto di un'automobile da destinare all'assistenza infermieristica territoriale in provincia di Rieti

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna nell'esprimere solidarietà e vicinanza alle popolazioni colpite dal sisma, ha deciso di dar voce alle richieste espresse dagli infermieri della nostra provincia, stanziando 8.000 €, e organizzando un "pranzo di solidarietà" grazie alla collaborazione del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. Le somme stanziate e raccolte saranno utilizzate per l'acquisto di un'automobile da destinare all'assistenza infermieristica territoriale in provincia di Rieti.



Il 18 Settembre 2016 Pranzo di Solidarietà

Tanta partecipazione al Pranzo di Solidarietà organizzato dal Collegio IPASVI di Bologna presso la Mensa del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. Sono stati infatti più di 150 i partecipanti ad un evento voluto per esprimere solidarietà e vicinanza alle popolazioni colpite dal sisma.

Diverse le donazioni effettuate da persone anche se non presenti al pranzo. Tra i contributi, anche quello del Collegio dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della provincia di Bologna.

L'evento ha permesso la raccolta di 2.505 euro.

Un doveroso ringraziamento al Policlinico che ha messo a disposizione la struttura, ai responsabili del Servizio di Ristorazione, al personale delle Cucine che ha collaborato a titolo volontario e gratuito e i fornitori che hanno sostenuto l'iniziativa gratuitamente.





25 SETTEMBRE 2016

RACE FOR THE CURE 2016

Di corsa contro i tumori al seno!

Tre giornate di sport e benessere per la lotta contro i tumori al seno, ai Giardini Margherita, organizzate dall'associazione Susan G. Komen Italia: è la Race for the Cure.

Giunta alla sua decima edizione, la Race 2016 supera il record di partecipanti. Oltre 20 mila gli iscritti di quest'anno. Migliaia di persone che, attraverso un contributo di iscrizione, hanno aiutato attivamente la lotta contro il tumore al seno.



La corsa che parte dai giardini Margherita di Bologna e che attraversa il centro storico si è svolta stamattina. L'obiettivo di questa manifestazione è sensibilizzare l'opinione pubblica su una malattia che uccide 12 mila donne italiane all'anno. Per tre giorni consecutivi i Giardini Margherita hanno ospitato varie iniziative: dal fitness ai consulti medici gratuiti. Alla corsa di questa mattina, i più sportivi hanno partecipato alla race di 5 km, i meno atletici alla passeggiata di 2 km; però, sia nell'una sia nell'altra categoria, a sfilare in

prima fila erano le "Donne in Rosa", madri e lavoratrici che hanno affrontato o stanno affrontando il tumore. Ripetendo l'esperienza iniziata nel 2015, gli infermieri del Collegio IPASVI di Bologna, in collaborazione con il Collegio Ostetriche e dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica di Bologna e l'Associazione Italiana dei Fisioterapisti (AIFI), hanno partecipato alla Race con una squadra chiamata "T.I.F.O. X TE" (Tecnici di Radiologia, Infermieri, Fisioterapisti, Ostetriche) e con uno stand all'interno dei Giardini Margherita.



Donazione organi: "Una scelta in comune". La propria scelta sulla Carta d'Identità

Ogni cittadino maggiorenne, al momento della richiesta o del rinnovo della Carta d'Identità, ha la possibilità di esprimere la propria volontà in merito alla "donazione degli organi".

Le recenti disposizioni normative evidenziano che la carta d'identità può altresì contenere l'indicazione del consenso ovvero del diniego della persona cui si riferisce a donare gli organi in caso di morte. I comuni trasmettono i dati relativi al consenso o al diniego alla donazione degli organi al Sistema Informativo Trapianti, di cui all'articolo 7, comma 2, della legge 1 aprile 1999, n. 91".

Il legislatore ha pertanto introdotto un'ulteriore modalità di manifestazione del consenso o del dissenso alla donazione di organi e tessuti, oltre a quelle previste dalla Legge 1 aprile 1999, n. 91 ("Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti"), dal Decreto Ministeriale 8 aprile 2000 e dal Decreto Ministeriale 11 marzo 2008.

Infatti, l'individuazione del rilascio/rinnovo del documento d'identità come momento per registrare la dichiarazione di volontà consentirà di raggiungere in modo progressivo e costante tutti i cittadini maggiorenni, invitati dall'operatore dell'ufficio anagrafe a manifestare il proprio consenso o diniego alla donazione di organi.

La manifestazione del consenso o del diniego costituisce una facoltà e non un obbligo per il cittadino. Allo stato attuale, pertanto, ogni cittadino maggiorenne può manifestare la propria volontà:

- con una dichiarazione, resa in carta libera o su moduli appositamente predisposti da enti pubblici e dalle associazioni dei donatori, da cui risultino, oltre alla volontà in ordine alla donazione degli organi e dei tessuti, i dati personali, la data e la firma;
- con una dichiarazione resa presso le aziende sanitarie, le aziende ospedaliere o gli ambulatori dei medici di medicina generale;

- con una dichiarazione resa presso i Comuni;
- con una dichiarazione resa presso i Centri Regionali per i Trapianti (CRT).

In base alla citata Legge n. 91/1999, il perno del sistema organizzativo del processo relativo alla donazione e trapianto di organi e tessuti è rappresentato dal Sistema Informativo dei Trapianti (SIT). Quest'ultimo, istituito nell'ambito del Sistema In-

La manifestazione del consenso o del diniego costituisce una facoltà e non un obbligo per il cittadino

formativo Sanitario Nazionale in base all'art. 7, L. n. 91/1999, consente la raccolta in un'unica banca dati delle manifestazioni di volontà in tema di donazione degli organi e tessuti espresse dai cittadini.

Merita, infatti, evidenziare che il SIT viene consultato per ciascun soggetto potenziale donatore in stato di accertamento di morte cerebrale dai Centri Regionali Trapianto in modalità di H 24. La consultazione del SIT non rappresenta, però, l'unico mezzo a disposizione dei sanitari per accertare la volontà del paziente in ordine alla donazione. Oltre alla verifica dell'esistenza di una dichiarazione di volontà registrata nel SIT, il sanitario procede alla verifica del possesso di una dichiarazione scritta (tesserino blu, donor card, ecc.) da parte del soggetto stesso o dell'esistenza di una volontà dichiarata presso i famigliari. Si rappresenta, infatti, che ai sensi di legge risulta valida l'ultima dichiarazione di volontà resa in ordine di tempo.

Al fine di sperimentare l'impatto sulla popolazione della nuova modalità di dichiarazione del citato disposto normativo il Ministero della Salute d'intesa con la Regione Umbria, Federsanità Anci, in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti, il Centro Regionale Trapianti della Regione Umbria, ha promosso nel 2010 il progetto dal titolo "La donazione organi come tratto identitario". La sperimentazione ha permesso di definire e implementare, presso i Comuni coinvolti, le modalità operative e organizzative per la raccolta e la trasmissione delle dichiarazioni di volontà al SIT.



Modalità operative per la manifestazione di volontà a donare organi

Le modalità operative individuate sulla base della sperimentazione effettuata sono le seguenti: l'interessato, che deve aver compiuto la maggiore età, ove desideri esprimere, all'atto del rilascio o rinnovo della carta d'identità, il suddetto consenso o diniego, dovrà formalizzare tale volontà presso il competente ufficio comunale, sottoscrivendo la relativa dichiarazione espressa nel modulo.

Tale dichiarazione deve essere resa in doppia copia, in quanto una copia sarà conservata agli atti di archivio e un'altra sarà consegnata al dichiarante come ricevuta e non deve necessariamente accompagnare la carta d'identità. L'ufficiale d'anagrafe dovrà riportare l'informazione fornita dal cittadino all'interno del quadro dei dati utilizzati nella procedura per l'emissione o rinnovo della carta d'identità. Il dato così acquisito

è inviato direttamente in modalità telematica al SIT, unitamente ai dati anagrafici del dichiarante e agli estremi del documento d'identità, al fine di consentire l'immediata consultazione del dato da parte dei Centri di coordinamento regionale dei trapianti. Solo su espressa richiesta del cittadino il dato può essere anche riportato sul documento di identificazione.

Nel caso in cui il cittadino intenda modificare la propria volontà registrata nel SIT con le suddette modalità, si dovrà recare presso la propria ASL di appartenenza oppure - limitatamente al momento di rinnovo del documento d'identità - potrà farlo anche presso l'ufficio d'anagrafe del Comune, ricompilando l'apposito modulo per la successiva trasmissione del dato al SIT. In tal modo i Centri Regionali Trapianto hanno la certezza di poter consultare nel SIT sempre l'ultima volontà espressa dal cittadino. Ai fini della modifica della volontà resa restano valide tutte le altre modalità di dichiarazione previste dalla legge.

BIBLIOGRAFIA

1. Dochterman JM, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St Louis: Mosby 2004
2. Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Best Practice*

Vaccini, in Italia preoccupante calo della copertura

Roma: una bambina di 4 anni muore per un'encefalite causata dal morbillo. Bologna: una neonata di soli 28 giorni muore di pertosse. E ancora Roma: tre lattanti di 2, 3 e 5 mesi colpiti da meningite da Haemophilus Influenzae di tipo B. Questi alcuni dei più rilevanti casi italiani che hanno portato alla ribalta della cronaca malattie infettive considerate pressoché sconfitte grazie alle vaccinazioni, ma che sono ricomparse numerose in tutta Europa.

La comunità scientifica è compatta nell'individuare la causa: l'Italia è tra i Paesi meno virtuosi in tema di vaccinazioni e le coperture sono oggi in preoccupante calo.

Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero della Salute, le coperture vaccinali per malattie come poliomielite, tetano, difterite ed epatite B oggi sono al di sotto del 95% (la soglia di sicurezza) e la copertura scende sotto la soglia dell'86% per morbillo, parotite e rosolia, patologie per cui, secondo i dati dif-



fusi dalla Società Italiana di Pediatria, oltre 358.000 bambini non sono stati vaccinati negli ultimi 5 anni.

'La vaccinazione rappresenta uno degli interventi di sanità pubblica maggiormente efficaci e sicuri- spiega Walter Ricciardi, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità- attraverso la cosiddetta immunità di gregge, anche i non vaccinati beneficiano degli effetti positivi della vaccinazione, sempre che la copertura sia superiore alla soglia del 95%, al di sotto della quale l'agente patogeno continuerebbe a circolare. Il calo delle vaccinazioni costituisce un grave pericolo per la salute di tutti: per fare un esempio, la mancata vaccinazione antinfluenzale di tantissimi anziani dopo un falso allarme sui rischi del vaccino è stata una delle cause del 'boom' di mortalità nel 2015'.

Secondo l'OMS i vaccini sono in grado oggi di salvare 2,5 milioni di vite l'anno nel mondo, eppure il valore della prevenzione vaccinale non è adeguatamente compreso e rischia di essere seriamente in pericolo a causa della disinformazione e di falsi miti che, seppur privi di base scientifica, riescono ad 'attecchire' sull'opinione pubblica.

L'informazione sui vaccini, il ruolo sociale dei media

e la corretta informazione scientifica nell'era digitale sono al centro del corso di formazione professionale 'La corretta informazione a tutela della salute di tutti: il 'caso' vaccini, tra falsi miti e pregiudizi', promosso dal master 'La scienza nella pratica giornalistica' (Sgp) della Sapienza università di Roma con il supporto incondizionato di Sanofi Pasteur Msd.

'La collaborazione con i media è importantissima- spiega Walter Ricciardi- abbiamo appena finito di dire che un talk show non deve invitare a parlare di vaccini persone che non se ne intendono. Perché oggi l'opinione di una persona famosa ha lo stesso peso di persone che dedicano la propria vita alla scienza. E gli scienziati devono imparare a comunicare meglio. I mediatori sono la carta stampata, la radio, la televisione. È importante che i giornalisti sappiano di dover affrontare questa sfida che, se si perde, costa vite umane'.

'Le vaccinazioni in età pediatrica sono indispensabili poiché i vaccini praticati riguardano malattie per le quali le cure disponibili non sono efficaci- dichiara Alberto Villani, responsabile dell'Unità operativa complessa di Pediatria generale e Malattie infettive dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù Ircss di Roma- un esempio è la meningoencefalite per la quale, nonostante i progressi fatti per ciò che riguarda le terapie intensive, la mortalità è rimasta invariata. Bisogna superare l'ignoranza e la diffidenza e per questo è necessario avvalersi di fonti certificate, identificabili e autorevoli. Quanto ai medici e ai pediatri, la Società italiana di pediatria sta facendo tutto il possibile perché la cultura vaccinale sia sentita e diffusa. È fondamentale l'educazione così come l'alleanza tra sanità, stampa e magistratura'.

Anche in età adolescenziale le vaccinazioni sono fondamentali: il vaccino contro il Papilloma virus umano (Hpv) è in grado di proteggere ragazzi e ragazze da vari tipi di cancro, come il tumore del collo dell'utero, il cancro anale, le lesioni precancerose di cervice, ano, vulva e vagina e i condilomi genitali.

'Nel piano vaccinale è prevista la vaccinazione contro Hpv per le femmine di 12 anni di età ma alcune Regioni hanno ampliato a più classi d'età (17 e 25 anni) e

hanno anche previsto i maschi di 12 anni- spiega Michele Conversano, direttore del dipartimento Prevenzione di Asl di Taranto- tutto questo è stato facilitato sia dalla riduzione del costo del vaccino contro il Papilloma virus sia dalla semplificazione della schedula di somministrazione (due dosi invece di tre). Allargando ai maschi questa vaccinazione, oltre a prevenire le malattie da Hpv nel maschio stesso, si interviene riducendo il serbatoio infettivo. Adesso attendiamo il nuovo Piano nazionale vaccini nel quale la vaccinazione dovrebbe essere offerta a maschi e femmine gratuitamente in tutte le Regioni: le ricadute positive sarebbero molto rilevanti'.

La pratica vaccinale in età adulta è legata principalmente ai vaccini antinfluenzali, verso i quali spesso c'è scetticismo, talvolta anche da parte degli operatori sanitari. 'La vaccinazione nell'adulto-anziano rimane una strategia sanitaria sottoutilizzata- sottolinea Graziano Onder, ricercatore del dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia dell'università Cattolica di Roma- anche verso la vaccinazione antinfluenzale, sicura, e fortemente raccomandata, la sensibilità rimane bassa, con una percentuale di vaccinazione ridotta. Anche altre patologie invalidanti e/o in grado di ridurre la qualità di vita in una persona anziana, come herpes zoster e polmonite pneumococcica, sono prevenibili tramite immunizzazione con vaccini testati, validati e sicuri; se l'influenza causa, in Italia, circa 8.000 decessi/anno attribuibili direttamente o indirettamente alla sua infezione, si stima che l'infezione da polmonite pneumococcica, per la quale la vaccinazione è poco diffusa (probabilmente sia per superficialità medica che per scarsa informazione) faccia 1,6 milioni di vittime ogni anno. Decessi evitabili con un semplice vaccino da somministrare dopo i 65 anni'.

La comunicazione in ambito vaccinale ha sempre rivestito un ruolo cruciale nel processo di accettazione o resistenza verso le pratiche vaccinali, ma negli ultimi anni l'avvento del web ha moltiplicato la velocità e la quantità delle informazioni disponibili, facilitando la pubblicazione di dati spesso errati e privi di base scientifica.

'La principale criticità informativa è costituita dai siti contrari alle vaccinazioni, che rappresentano il 35% delle fonti informative sul web quando si utilizzano le parole chiave 'vaccino/i' e 'vaccinazione/i'- spiega Antonio Ferro, direttore sanitario dell'azienda Ulss 22 Bussolengo (Vr) e responsabile del sito web VaccinarSi- attraverso argomentazioni di carattere pseudo-scientifico o attraverso vere e proprie 'bufale mediatiche' questi siti catturano l'attenzione di persone e famiglie non necessariamente contrarie alle vaccinazioni, che cercano risposte in merito alla sicurezza, ai calendari vaccinali e ai nuovi vaccini. Ritengo fondamentale che i mass-media facciano rete con gli operatori sanitari e che si crei una fitta rete di messaggi po-

sitivi e significativi sulle vaccinazioni, affinché si riesca ad aiutare il pensiero critico della nostra popolazione'. Il dibattito sulle vaccinazioni è ampiamente presente anche su social network, blog e forum, dove i genitori condividono dubbi, perplessità e diffidenza: in queste 'piazze virtuali' spesso le informazioni non sono verificate e viaggiano senza filtri.

'La cattiva informazione relativa alla sicurezza e all'efficacia delle vaccinazioni e all'incontrollata diffusione di tesi senza alcuna base reale- spiega Roberto Burioni, professore ordinario della facoltà di Medicina e Chirurgia all'università Vita-Salute San Raffaele di Milano- è un chiaro esempio della natura 'orizzontale' di internet, che intrinsecamente pone sullo stesso livello qualunque fonte. L'avversione alle pratiche vaccinali è tanto antica quanto i vaccini, ma le nuove modalità di comunicazione fanno emergere nuove problematiche estremamente complesse riguardo alla libertà di opinione ed alla necessità di garantire un falso pluralismo in presenza di affermazioni riconosciute false in modo unanime dalla comunità scientifica, ma capaci di indurre comportamenti pericolosi per il singolo e per la società'.

Per il sistema-Italia, non vaccinare contro una malattia prevenibile rappresenta un costo rilevante non solo in termini di salute pubblica, ma anche economici: uno studio (Cicchetti, Mennini et al, 2010) ha evidenziato come il costo complessivo per l'influenza, tra spese del Ssn, dell'Inps, delle aziende e delle famiglie (costi diretti ed indiretti), sia pari a circa 2,86 miliardi di euro; vaccinando tutta la popolazione maggiore di 18 anni, i costi complessivi si ridurrebbero a 1,56 miliardi.

'L'utilizzo dei vaccini per prevenire malattie in bambini, adulti e anziani si traduce in un numero minore di visite mediche, esami diagnostici, trattamenti, ricoveri ospedalieri e, di conseguenza, in notevoli risparmi sui costi sanitari' spiega Francesco Saverio Mennini, professore di Economia sanitaria e direttore del Cen-



tre for economic evaluation and Hta (Eehta) del Ceis, università di Roma Tor Vergata. 'La vaccinazione svolge un ruolo importante anche nella prevenzione dei tumori, come, per esempio, nel caso dei vaccini contro l'Hpv, che a causa delle patologie ad esso correlate costa al Ssn italiano 291 milioni di euro all'anno. Non vaccinare contro una malattia prevenibile rappresenta, a fronte di un limitato risparmio legato all'acquisto e alla somministrazione dei vaccini, un costo più rilevante tanto in termini di salute (qualità della vita) quanto in termini economici (costi diretti e indiretti)'.

Vaccini: ecco il decalogo antibufale della Società Italiana di Pediatria

In occasione della settimana mondiale delle vaccinazioni, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la Società Italiana di Pediatria lancia il decalogo "antibufale" per smentire i più comuni falsi miti sui vaccini, un'iniziativa volta a contrastare, attraverso la corretta informazione, il calo delle coperture vaccinali. Il decalogo sarà distribuito in forma di manifesto ai 10 mila pediatri associati alla SIP affinché venga esposto negli studi e negli ambulatori pediatrici a disposizione delle famiglie.

"Il più comune falso mito è credere che le malattie infettive siano scomparse e che i vaccini siano inutili. Al contrario il calo delle vaccinazioni sta facendo riemergere malattie che credevamo debellate, come la pertosse e la difterite", afferma il Presidente SIP Giovanni Corsello.

Il decalogo è frutto del lavoro di un gruppo di esperti e rappresenta la prosecuzione di un percorso avviato a novembre dello scorso anno in occasioni degli Stati Generali della Pediatria.

Vaccini obbligatori per l'iscrizione al nido, l'Emilia-Romagna apre la strada

"Per quanto ci riguarda, ribadisco che in Emilia-Romagna sarà obbligatorio vaccinare i bambini per la loro ammissione agli asili nido, una misura a tutela della salute pubblica, e quindi delle nostre comunità, e, soprattutto, dei bambini".

ni più deboli, quelli che per gravi motivi di salute non possono essere vaccinati e che quindi sono più esposti a contagi".

Così il Presidente della Regione, Stefano Bonaccini, il 23 novembre scorso, dopo l'approvazione della legge regionale che rende obbligatori i vaccini per iscrivere i bambini al nido, conferma la strada scelta dall'Emilia-Romagna. "Ci fa piacere- sottolinea- che altre Regioni siano intenzionate a seguirla. Anche se negli ultimi decenni le malattie infettive sono diminuite, principalmente grazie alle vaccinazioni, è anche vero che la globalizzazione ha determinato l'emergere o il riemergere di malattie infettive importanti, che sembravano ormai sconfitte. Molte malattie, non più presenti nel nostro Paese, come ad esempio la poliomielite e la difterite, circolano ancora in altre parti del mondo. I confini nazionali non sono più una barriera per la diffusione delle malattie infettive e, pertanto, la battaglia deve continuare con impegno per non perdere quello che si è conquistato in questi decenni".

"L'atteggiamento dei genitori verso le vaccinazioni pediatriche è molto cambiato- prosegue il presidente della Regione- in particolare a causa delle informazioni non corrette e prive di basi scientifiche che vengono diffuse da alcuni anni a questa parte, in particolare on-line. Ciò ha portato ad un aumento considerevole dei rifiuti e, di conseguenza, ad un calo delle coperture vaccinali".

In Emilia-Romagna la percentuale di bambini vaccinati è notevolmente diminuita negli ultimi anni e dal 2014 è scesa al di sotto del livello di sicurezza del 95%, soglia che garantisce la miglior protezione a tutta la popolazione. Nel 2015 la copertura per le quattro vaccinazioni obbligatorie ha raggiunto il 93,4%. In alcune aree, poi, tali coperture sono al di sotto del 90%, rappresentando un potenziale rischio per la salute della collettività. Peraltro, hanno destato preoccupazione gli episodi di morbillo registrati dall'inizio dell'anno che nella nostra regione hanno registrato tassi di incidenza elevati e gravi complicazioni.

"Le vaccinazioni, oltre a proteggere le persone vaccinate- chiude Bonaccini- proteggono indirettamente anche quei bambini che per gravi motivi di salute non possono essere vaccinati (bambini immunodepressi, con gravi patologie croniche, ecc.), per i quali l'unica possibilità di frequentare l'asilo è che tutti gli altri siano vaccinati per evitare che le malattie circolino e possano contagiarli".

FONTE AGENZIA DIRE



Vaccini, ecco i falsi miti



Le malattie infettive **stavano già scomparendo** prima dell'introduzione dei vaccini

Falso Un esempio per tutti. La poliomielite è sempre esistita ed epidemie si sono verificate in Europa anche negli anni '50-'60 in un periodo di miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie. È solo dopo l'introduzione del vaccino anti-polio negli anni '60 che si è assistito alla sua scomparsa.

I vaccini contengono ingredienti e additivi **pericolosi**

Falso I vaccini sono composti da:
 ❖ un microorganismo attenuato o inattivato;
 ❖ acqua distillata sterile o soluzione fisiologica sterile;
 ❖ conservanti: sali di alluminio (utilizzati anche come adiuvanti);
 ❖ stabilizzanti: albumina e gelatina;
 ❖ antibiotici in dosi molto basse per prevenire la crescita batterica.

I vaccini NON contengono mercurio (completamente abbandonato nel 2002). Le minime quantità di tali sostanze contenute nei vaccini non sono tossiche. Possono causare reazioni allergiche in un caso ogni 2 milioni di somministrazioni.



I vaccini causano **l'autismo**

Falso Dai tantissimi studi scientifici effettuati non emerge alcun dato sul possibile nesso di causalità tra vaccini ed autismo. L'unico studio che riportava un legame causale fra vaccino contro morbillo-parotite-rosolia e autismo si è rivelato gravemente fallace, al punto che lo stesso autore nel maggio 2010 è stato radiato dall'Ordine Professionale dei Medici.

"I dati epidemiologici disponibili non mostrano alcuna evidenza di un legame tra vaccino MPR e disordini dello spettro autistico" (Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità).

I vaccini **non sono efficaci**, non proteggono il 100% dei vaccinati

Falso Proprio perché i vaccini non hanno un'efficacia del 100%, bisogna avere e mantenere percentuali di coperture vaccinali sempre alte. L'alto numero di soggetti immunizzati impedisce la trasmissione delle malattie infettive anche alle persone che non hanno risposto in maniera efficace ai vaccini ("immunità di gregge").



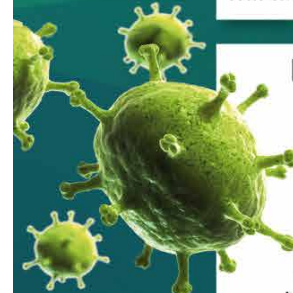
I vaccini sono inutili, le malattie infettive sono state debellate **dai miglioramenti della qualità della vita**

Falso Le malattie infettive non sono state completamente debellate, solo il vaiolo è scomparso e questo grazie al vaccino. Un'epidemia di poliomielite è stata descritta in Olanda negli anni '90 in un gruppo di adepti della Chiesa Olandese Protestante Riformata che rifiutavano di vaccinare i propri figli, con 72 episodi di infezione, 2 morti e 59 paralizzati a vita. È solo grazie alla vaccinazione di massa che molte malattie infettive sono sotto controllo e potrebbero essere debellate nel prossimo futuro.



Tutte le persone vaccinate contro l'influenza **la prendono lo stesso**

Falso L'influenza è una delle malattie infettive a maggior impatto sociale, poiché provoca ogni anno in Italia da 5 a 8 milioni di casi con circa 8.000 morti e alti costi economici per la sanità pubblica. Il vaccino contro l'influenza è un valido strumento di prevenzione, ma molti altri virus (rhinovirus, adenovirus, virus parainfluenzali ed altri ancora) possono provocare una malattia simile all'influenza. Dopo aver praticato la vaccinazione antinfluenzale, se incappiamo durante l'inverno in una malattia simil-influenzale, abbiamo l'impressione che la vaccinazione non abbia funzionato.



La maggior parte delle malattie prevenibili con le vaccinazioni sono scomparse o quasi: **perché dovrei vaccinare mio figlio inutilmente?**

Falso La vaccinazione resta un importante strumento di prevenzione che con un unico gesto permette di offrire sia una protezione individuale sia una protezione della collettività; non a caso la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità recentemente ha dichiarato che i vaccini prevengono più di 2,5 milioni di morti ogni anno e che i bambini vanno protetti sin dai primi mesi della loro vita.

Troppi vaccini **possono sovraccaricare e indebolire il sistema immunitario**, soprattutto nei bambini più piccoli

Falso Fin dalla nascita, il nostro sistema immunitario incontra migliaia di virus e di batteri e produce anticorpi diretti contro gli antigeni che li compongono. Negli anni '80 iniettavamo più di 3000 antigeni per vaccinare contro 7 malattie (difterite, tetano, pertosse, polio, morbillo, parotite e rosolia). Grazie ai progressi della ricerca scientifica, i vaccini sono molto più purificati: oggi iniettiamo 150 antigeni soltanto per vaccinare contro 14 malattie (alle precedenti si sono aggiunte emofilo, epatite B, varicella, pneumococco, meningococco B e C, rotavirus). Sono numeri che impegnano ben poco il sistema immunitario, altro che sovraccaricarlo o indebolirlo!



L'infezione naturale è meglio della vaccinazione.

Prima del vaccino tutti facevano il morbillo, la rosolia e nessuno è mai morto per questo

Falso L'infezione naturale da morbillo provoca l'encefalite in uno su 1.000 bambini infettati e provoca la morte in 2 su 1.000 individui infettati. Al contrario, la vaccinazione MPR (morbillo, parotite e rosolia) può provocare, come complicanza, una grave reazione allergica solo in uno su 1.000.000 di soggetti vaccinati. I benefici della immunità acquisita con le vaccinazioni raccomandate superano straordinariamente i gravi rischi dell'infezione naturale.

Tanti vaccini **somministrati in un'unica puntura** sono dannosi

Falso Il nostro sistema immunitario è in grado di riconoscere e di rispondere ad un elevatissimo numero di antigeni. Partendo dai principi dell'immunologia è possibile stimare il numero di vaccini a cui un bambino potrebbe rispondere in una sola volta: ovvero ogni bambino avrebbe la capacità teorica di rispondere a circa 10.000 vaccini contemporaneamente. Inoltre numerosi studi hanno dimostrato come la produzione di anticorpi sia simile per le somministrazioni multiple vs somministrazioni singole per la maggioranza dei vaccini attualmente in commercio.



Competenze infermieristiche specialistiche in Psichiatria. L'esperienza della Ausl di Bologna

Un sistema sanitario universale, il diritto alla cura garantito, l'accessibilità alle strutture e l'equità indipendentemente dalle condizioni sociali ed economiche di provenienza rappresentano un obiettivo assoluto che uno Stato di diritto può garantire ai suoi cittadini. Su questi principi che traggono origine dal dettato costituzionale è nato nel 1978 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), una riforma fondamentale per il nostro paese che ha dato concretezza ad un diritto, quello alla salute. A quasi quarant'anni di distanza, in un clima sociale, culturale ed economico molto differente, si ripropone la necessità di utilizzare nuovi modelli di integrazione socio-sanitari, modelli che però richiamino concetti ancora attuali e validati dalla ricerca scientifica anche nell'ambito della riabilitazione psichiatrica, superando l'ottica degli interventi spontanei e autodeterminati dei servizi. Appare evidente, e oramai ampiamente condiviso, come in una società complessa emergano bisogni complessi e nuovi. Uno Stato o una regione che si identifica nei valori della solidarietà sociale e della salute garantita possono far fronte a ciò solo attraverso nuove risposte ai nuovi bisogni. Integrazione ed interazione di tutti gli attori di un sistema di vita generano il bisogno di risposte assistenziali complesse e di reti flessibili e costruttive nel rapporto fra cittadino e servizi e fra servizi stessi: questo non può che essere basato sulla valorizzazione delle persone, sempre e comunque, riconoscendone e implementandone le abilità, superando lo stigma dell'invalidità e di fatto sostituendo un Welfare di tipo assistenziale con un Welfare di comunità¹; in esso l'habitat sociale, l'integrazione, la casa, la formazione, il lavoro, le relazioni interpersonali, che altro non rappresentano se non i diritti di cittadinanza, divengono i fattori determinanti sociali della salute. Si fa riferimento in particolare ai modelli assien-

ziali del Case management, del Budget di Salute e all'evoluzione del ruolo degli operatori nell'organizzazione del lavoro. L'interesse per la loro figura nasce dal fatto che ad essi non è più richiesto solo un contributo da "prestatori d'opera", ma di mettere in campo anche capacità culturali, intellettuali e professionali qualificate, tali da favorire un comportamento innovativo e maggiormente flessibile e rispondente verso le esigenze degli utenti da parte delle Aziende Sanitarie Locali. In questo

Integrazione ed interazione di tutti gli attori di un sistema di vita generano il bisogno di risposte assistenziali complesse

contesto le competenze degli individui all'interno delle organizzazioni, diventano uno dei principali fattori competitivi, influenzando in modo diretto e determinante le prestazioni aziendali. Nel clima di cambiamento anche il Dipartimento di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche (DSM-DP) di Bologna,

nel quale gli scriventi prestano servizio come infermieri, sono in atto innumerevoli progetti per i quali, di conseguenza, si rende necessario approntare un assetto organizzativo in tutte le sue componenti.

Così come vi è stato un grande cambiamento sociale, sanitario e politico nella storia sanitaria e psichiatrica, così vi è stato un importante cambiamento culturale della figura dell'infermiere. L'assistenza infermieristica rimane essenzialmente una professione d'aiuto, con obiettivo di supportare, assistere, prendersi cura della persona malata attraverso un approccio olistico² che considera essenziale comprendere cosa significhi per il paziente la sua condizione di malattia, ed i bisogni di assistenza debbono essere interpretati dall'infermiere in un continuo rimando tra la situazione, la storia del singolo caso e le conoscenze dell'evidenza scientifica.

L'Infermieristica ha individuato nell'Autonomia della persona un assunto scientifico dell'assistenza (preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa) in questa prospettiva i pazienti sono attori dotati di

risorse e conservano la necessità di crescere e di evolversi come individui nonostante la patologia.

In questo modo tutte le componenti soggettive che caratterizzano e differenziano un soggetto da un altro, pur con la stessa condizione patologica, assumono grande rilevanza nell'impostare un percorso di cura. Ciò ha comportato il passaggio da un'assistenza disease centred a un'illness centred, cioè da modelli lineari di lavoro a processi flessibili e adattati, da un'assistenza orientata alle prestazioni a un patient centred care, dall'uso prevalente della consuetudine all'utilizzo delle evidenze scientifiche³. Il consolidamento della sfera di autonomia e di responsabilità professionale nell'assistenza impone dunque all'infermiere il possesso di un articolato bagaglio tecnico, metodologico e relazionale da utilizzare in ambito clinico e organizzativo. L'infermiere è chiamato perciò a sperimentare nuovi approcci e nuovi strumenti per orientare l'agire professionale a criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza, per fondare la valutazione, la decisione e l'azione clinica sulle conoscenze prodotte dalla ricerca, mediate ed integrate dalla propria esperienza.

Assistenza in psichiatria e le competenze infermieristiche

La persona che soffre di un disturbo psichico, porta con sé problematiche e bisogni multidimensionali che non riguardano solo la sfera psicologica ma anche sociale, culturale, educativa, lavorativa e familiare; di conseguenza, il ruolo dell'infermiere che opera nel campo della salute mentale si trova spesso ad essere agito in diverse aree sia della vita della persona sofferente sia di intervento di altri professionisti della salute.

La peculiarità dell'agire in psichiatria, infatti, porta in sé il delicato ambito degli sconfinamenti delle competenze professionali, che non possono ormai essere esonerati da un'attenta riflessione.

Gli sconfinamenti giungono nella nostra pratica quotidiana allorché, per attivare un piano di assistenza personalizzato, divenga necessario mettere in campo conoscenze ed abilità che non sono intrinseche solo al ruolo professionale ma anche sia all'integrazione tra professionisti sia alla sfera dello sviluppo umano personale del professionista stesso.

Per meglio comprendere ciò che intendiamo per l'importanza dello sviluppo umano e personale del professionista portiamo un semplice esempio: il Sig. Mario vive da tempo ritirato in casa a causa di un disturbo depressivo maggiore, ma ha sempre continuato, nel corso degli anni, a coltivare la sua passione per la scultura; nella formulazione di un piano di assistenza personalizzato con il Sig. Mario emergono diversi bisogni relativi all'area della socialità ed un eventuale reinserimento sociale. Nella progettazione delle possibili opportunità da creare nel piano personalizzato, la presenza di un infermiere (magari con formazione case manager) che possieda o meno attitudini personali relative all'area artistica, incide certamente sull'appropriatezza, sull'efficacia, sulla prontezza, qualità e completezza della risposta assistenziale.

Ben lungi dal voler pensare ad un infermiere come ad una cellula totipotente all'interno di un servizio di salute mentale, la riflessione vuole dare luce alla complessità della presa in carico ed alla molteplicità delle variabili che intervengono, e che possono influenzare una pianificazione assistenziale avente al centro la persona ed i suoi bisogni, e porre l'attenzione allo sconfinamento quale attitudine dell'infermiere ad attingere a qualità personali ed individuali per meglio



Foto di Ettore Gargiulo

assistere le persone nel multiverso dei bisogni umani. Per quanto attiene l'integrazione fra professionisti, è infatti possibile che un medico, un educatore, un assistente sociale, od un infermiere, si trovino a svolgere in talune organizzazioni, per prassi e consuetudini, attività al confine di competenza fra le professioni sanitarie, le così dette "zone grigie", determinando confusione e malessere professionale.

Risulta ormai evidente che l'accavallamento delle competenze e delle attività tra le figure professionali ha determinato nel corso degli anni un distorto impiego delle potenzialità delle risorse umane e che tutto ciò ostacola il percorso di autonomizzazione delle professioni sanitarie a discapito di una vera integrazione.

Da queste consapevolezze, ormai da tempo consolidate negli infermieri che si trovano ogni giorno ad operare nelle "zone grigie", nasce il desiderio di identificare con chiarezza le proprie competenze distintive, così da potersi descrivere/raccontare alle altre figure professionali, identificare con chiarezza le proprie responsabilità e i propri limiti e le proprie autonomie, valutare il proprio bisogno formativo, rafforzare la propria identità professionale.

L'esperienza grazie al DSM-DP Bologna

Un percorso finalizzato ad individuare le competenze dei professionisti infermieri operanti in psichiatria è stato reso concreto tramite l'AUSSL di Bologna, che si è dimostrata sensibile al tema "competenze di base – competenze esperte – competenze avanzate" ed ha fornito mandato ad un team di infermieri volontari e motivati per discutere in un tavolo di lavoro sulle competenze avanzate dell'infermiere in psichiatria.

La sensibilità e l'investimento del Dipartimento di Salute Mentale dell'azienda USL di Bologna si è mostrato anche nella attenzione alla composizione del tavolo di lavoro. Infatti, il gruppo di volontari che partecipa al tavolo è stato composto da un campione di professionisti afferenti all'area di assistenza territoriale in salute mentale ed operanti attivamente nella zona di copertura assistenziale della città di Bologna e di tutte le sue provincie, che rappresentano aree molto diverse per estensione e per caratteristiche territoriali (città, montagna, pianura), così da avere la maggiore eterogeneità possibile all'interno della stessa cornice assistenziale.

Il gruppo iniziale è stato suddiviso in 4 sottogruppi, ognuno col mandato di indagare le competenze poste in campo dal professionista infermiere nella presa in carico del paziente programmabile afferente al CSM, in urgenza presso il CSM, nel percorso di ricovero in SPDC e REMS e per il paziente che afferisce all'area delle tossicodipendenze (S.ER.t).

Il sottogruppo (che qui scrive) composto da C.P.S.I. Andrea Gargiulo (con funzioni di coordinamento dei lavori), C.P.S.I. Pazzaglia Annalisa, C.P.S.I. Silvia Agostini, C.P.S.I. Roberta Gheduzzi, C.P.S.I. Lauredana Argondiz-

zo, C.P.S.I. Piscinnè Teresa, C.P.S.I. Girone Cecilia, accetta con coscienza ed impegno la sfida che pone il mandato: "individuare le competenze avanzate dell'infermiere, in un servizio territoriale di salute mentale, utilizzabili nella relazione con un paziente programmabile e senza riferirsi all'organizzazione auspicata od effettiva dei servizi esistenti". In attesa di integrare le definizioni e i concetti guida alla quale ci si è riferiti e attenuti, le competenze individuate e la loro gradazione e le modalità di ricerca e di lavoro utilizzate, con gli altri gruppi, decidiamo di condividere il processo utilizzato, che ha portato ottimi risultati, con l'intera popolazione professionale, nella speranza che questo sia di stimolo ad una discussione costruttiva collettiva.

Il seguente elaborato identifica le competenze avanzate che l'infermiere, in un servizio territoriale di salute mentale, mette in campo in ogni fase del processo assistenziale, dall'accoglienza del cittadino fino alla dimissione, in ogni momento della relazione e in ogni fase della presa in carico di un paziente programmabile, senza mai riferirsi all'organizzazione, sia auspicata sia effettiva, dei servizi esistenti.

La cornice teorica all'interno della quale il lavoro è stato pensato è rappresentata dal D.M. 739/94 (Profilo dell'infermiere), dal Patto Infermiere-Cittadino, dal Codice Deontologico e da molteplici fonti bibliografiche. Una prima fase del lavoro è stata dedicata alla revisione, lettura e discussione delle varie definizioni di competenza professionale presenti in letteratura, contestualizzandole nello specifico dell'area indagata; inoltre si è preso spunto dal Documento approvato dal Comitato Centrale della FNC Ispasvi con delibera n. 79 del 25/4/15 "evoluzione delle competenze infermieristiche" che individua la competenza come interazione di capacità, conoscenza ed esperienza finalizzata; utilizzando come filtro questi tre "core", presenti in molte definizioni di competenze, giungiamo alla costruzione di una definizione condivisa e considerata completa intendendo la competenza avanzata come il saper affrontare situazioni complesse nuove, non solo utilizzando le proprie esperienze pregresse, ma anche identificando, progettando, negoziando e realizzando, anche in termini multi professionali, nuove strategie operative ed agendo in autonomia.

Con il documento dell'IPASVI condividiamo sulla necessità, per non incorrere in confusioni terminologiche, di distinguere tra il concetto di capacità e quello di abilità. Per ciò intendiamo per:

- "capacità" l'essere in grado, avere la possibilità con facilità di effettuare o fare qualcosa, avendo/contenendo nozioni, informazioni e azioni utili allo scopo
- "abilità" la capacità di applicare le conoscenze per portare a termine compiti e risolvere problemi; le abilità sono descritte come cognitive (uso del pensiero logico, intuitivo e creativo) e pratiche (che implicano l'abilità manuale e l'uso di metodi, materiali, strumenti).



Abbiamo deciso di partire analizzando le competenze che l'infermiere mette in campo, che possono essere considerate trasversali a tutte le aree di azione infermieristica (accesso/accoglienza e presa in carico), riconoscendone l'importanza come elementi fondanti la relazione terapeutica e permeanti l'agire infermieristico.

Le competenze, considerate trasversali, individuate, che sono state oggetto di approfondimento del gruppo di lavoro, sono:

- conoscenza delle psicopatologie
- capacità di ascolto
- setting
- empatia avanzata
- sospensione del giudizio
- gestione delle emozioni (del professionista e del paziente)
- relazione d'aiuto
- presa in carico infermieristica
- lavoro di rete

In linea con la definizione di competenza, abbiamo condiviso, per ogni area tematica, le capacità e le abilità necessarie e possedute dall'infermiere e le relative conoscenze di base, inserendo successivamente, come ulteriore filtro, il valore aggiunto dell'esperienza, necessario per giungere ad affinare le relative competenze esperte.

Per competenze esperte, si intendono le competenze che il professionista pone in essere quando, inquadrata una situazione complessa, riconosce analogie e differenze con esperienze simili, ed adotta soluzioni già sperimentate con successo.

Al fine di identificare opportunamente le competenze avanzate, è stato necessario fare tutti i passaggi ed utilizzare tutti i filtri, producendo di fatto una gradazione utile nella autovalutazione delle competenze possedute; infatti il lavoro prodotto rappresenta, per ogni

competenza avanzata individuata, anche i precedenti passaggi sulla linea delle conoscenze/abilità/capacità – competenze di base – competenze esperte.

Ciò che rende le competenze avanzate individuate non un puro esercizio di tecnicismo, ma un concreto e condiviso processo di crescita professionale e di migliore risposta alle persone con disagio psichico, è stato l'aver come linea guida il mantenere l'attenzione e la barra dei ragionamenti sul momento di vita del paziente, tenendo agganciato il progetto di assistenza ai principi di empowerment⁴ in un ottica di recovery⁵ e di supporto alla famiglia.

Come filo conduttore è fiorita l'idea che la capacità di riflettere sul proprio operato (realizzando se l'azione assistenziale compiuta corrisponda all'obiettivo preposto), debba essere considerata un requisito dell'essere infermiere, e dovrebbe rappresentare quel robusto e confortante mantello sotto al quale le nostre competenze, ed in particolare le nostre competenze avanzate, possano essere debitamente custodite ed applicate.

Giungiamo quindi in maniera agile all'incontro con l'autoconsapevolezza professionale come luogo interiore al professionista, in cui il progetto assistenziale viene elaborato, modificato ed infine concluso e di come l'infermiere, professionista che si occupa di bisogni delle persone, diventi in area psichiatrica una figura simbolo di come la professionalità e gli aspetti di ricchezza individuale debbano essere mischiati con attenta consapevolezza.

Costruiamo insieme il nostro futuro

Assumendo la visione dell'agire infermieristico come una visione volta alla recovery, la caratteristica del ruolo propriamente operativo dell'infermiere è il dover operare all'interno di una cornice dettata da forte variabilità ed in ambiti di "policontestualità", infatti

l'infermiere si trova spesso a supportare più persone diverse tra loro per tipologia di sofferenza, per caratteristiche individuali, per momenti diversi di vita in cui la malattia si presenta e per molteplici ambienti e dinamiche che si evidenziano nella personalizzazione della presa in carico.

Questa multifattorialità è espressa in un continuo rapporto con altri professionisti operanti in salute mentale ma anche operanti in altre aree socio sanitarie.

Non a caso la figura dell'infermiere è l'unica figura professionale sempre presente in ogni servizio del DSM e, quando si rapporta al di fuori del dipartimento, ha spesso come interfaccia altri colleghi infermieri. Per cultura disciplinare l'infermiere ha una visione dell'uomo come persona e non come "oggetto diagnostico" poiché è sempre impegnato sui due fronti di disagio, da un lato è accanto alla persona che lotta con l'esperienza della malattia e dall'altro interagisce a favore dell'assistito con l'ambiente sociale e familiare in cui l'assistito è immerso.

Nell'ambito della salute mentale l'infermiere è chiamato a ragionare in termini di salute nella sua triplice dimensione, biologica, psicologica e sociale, passando da una gestione assistenziale complessiva che attraversa la presa in carico di tutti gli aspetti trasversali della dimensione umana.

In un contesto di rapido cambiamento del ruolo infermieristico in salute mentale e nella ricerca di un'identità e di un nuovo modo di essere infermieri, si sono determinate delle difficoltà interne alla professione rispetto alle altre figure professionali e verso la società, e questo periodo di transizione ha creato carenze conoscitive circa le competenze specifiche ed avanzate dell'infermiere contribuendo, purtroppo, allo sviluppo di un processo di auto-stigmatizzazione, sottoponendo ad un rischio di ripercussioni negative le attività assistenziali ed andandosi a sommare allo stigma sociale e familiare inflitto all'utente, con il risultato possibile di creare un'influenza negativa sulla qualità di vita della persona che soffre di disagio psichico.

La peculiarità dell'agire in psichiatria è che, non essendo nella conservazione o nel ripristino dello stato di benessere della persona, un unico fattore dominante l'infermiere ha la necessità di intervenire su molteplici contesti di possibile miglioramento o di possibile rischio per la salute, e questo porta con sé il delicato ambito degli sconfinamenti delle competenze professionali in aree di non tradizionale pertinenza infermieristica, le così dette "zone grigie".

Da queste consapevolezza, ormai da tempo consolidate negli infermieri che si trovano ogni giorno ad operare nelle "zone grigie", nasce il desiderio di identificare con chiarezza le proprie competenze distintive, così da potersi descrivere/raccontare alle altre figure professionali, identificare con chiarezza le proprie responsabilità, i propri limiti e le proprie autonomie, valutare il proprio bisogno formativo e rafforzare quindi

la propria identità professionale.

Il percorso che ci porta verso l'individuazione delle competenze ha, come già accennato, una grande potenzialità e opportunità, in quanto è solo attraverso una autonoma, condivisa e contestualizzata (almeno in ambito regionale) identificazione delle competenze che si può sviluppare un piano formativo adeguato alle necessità dei professionisti infermieri operanti in ambito psichiatrico raggiungendo un obiettivo strategico per la nostra crescita professionale e, soprattutto, favorire un comportamento innovativo, professionale e validato da letteratura per una presa in carico complessa e appropriata della persona affetta da disagio mentale.

Riteniamo che l'infermiere oggi abbia bisogno di competenze che gli permettano un contatto con la realtà più profonda ed autentica del paziente, rendendosi così parte integrante del processo terapeutico, imparando ad essere affidabile come base indispensabile al proprio mandato di cura.

Siamo inoltre, convinti che, solo attraverso l'individuazione e il riconoscimento delle competenze infermieristiche si possa rafforzare l'attuale, debole identità professionale, e stabilire i propri ambiti di responsabilità per tradurli anche in termini di riconoscimento. È un lavoro vivo che non ha ancora trovato un completamento ma che ci ha fornito una crescita come professionisti e che auspichiamo possa essere spunto di riflessione e motivo di crescita professionale anche per altri colleghi infermieri.

Per questo motivo vi chiediamo di condividere saperi e conoscenze con valenza formativa e lasciamo l'indirizzo mail: competenzeinfermieri@gmail.com come contenitore dove ci auspichiamo di raccogliere suggerimenti, critiche costruttive, consigli e proposte anche di collaborazione, perché la crescita professionale è un percorso comune.

NOTE

1 - RIGHETTI ANGELO, *Budget di Salute e il Welfare di comunità*, www.cpaonline.it/carica/.../righetti_budget_salute_welfare_comunita

2 - Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, sviluppato da Engel negli anni Ottanta, sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization).

3 - GAROFALO CINZIA, *La relazione infermiere-paziente: dal modello "disease centred" al modello "patient centred"*, in "Lo infermiere" n. 4/2007 pp. 38-41.

4 - *Empowerment: "Per Empowerment s'intende che il nostro fine dovrebbe essere quello di aumentare le possibilità per le persone di controllare le proprie vite"* (Rappaport, 1981). Secondo Fitzsimmons e Fuller (2002) e Stromwall e Hurdle (2003), i presupposti e gli obiettivi dell'empowerment riguardo ai pazienti consistono nell'alimentare:

- la crescita personale (senso di controllo e auto efficienza, miglioramento dell'autostima, autoconsapevolezza e accettazione di sé;

- lo sviluppo delle attività;

- una migliore comprensione e un migliore utilizzo del proprio ruolo sociale.

5 - Recovery: "nel campo della salute mentale, R. si riferisce a un processo attivo, dinamico e altamente individuale, attraverso cui una persona assume la responsabilità della propria vita, e sviluppa uno specifico insieme di strategie rivolte non solo al fronteggiamento dei sintomi, ma anche alle minacce secondarie della disabilità, che comprendono stigma, discriminazione ed esclusione sociale. (Izabel Marin 2005).



Laura Berti
Infermiera

Trapianti, la storia di Nicholas Green. Un inchino di fronte al dolore

Oggi ho letto una storia che molti non conoscono.

È una storia vera, una di quelle storie che nasce con un viaggio e finisce con un evento tragico, che nonostante tutto verrà ricordato per la generosità di due genitori. Siamo nel 1994, è il 29 settembre.

C'è una Y10 che percorre la autostrada A3, meglio conosciuta come la Salerno - Reggio Calabria, sulla macchina c'è una famiglia statunitense che sta andando verso il mare per trascorrere le sue vacanze in Sicilia. A bordo della macchina il papà Reginald e la mamma Margaret viaggiano con i loro figli, Nicholas di 7 anni ed Eleanor di 4. La Y10 purtroppo è molto simile a quella di un gioielliere della zona in cui stanno transitando i coniugi Green. Nei pressi dell'uscita Serre, vicino a Vibo Valentia, alcuni rapinatori decisero di rapinare quella Y10 convinti di fare un colpo notevole. La rapina degenerò in omicidio e ad essere colpito fu proprio Nicholas. Il bambino venne trasportato al Policlinico di Messina, ricoverato nel reparto di Neurochirurgia dove morirà alcuni giorni dopo.

Reginald e Margaret colpiti da una tragedia simile, autorizzarono la donazione degli organi del piccolo Nicholas. Grazie a questa scelta, sette italiani poterono beneficiare degli organi di quel bambino; di questi ci furono 4 adolescenti e un adulto, mentre altre due persone riceventi poterono tornare a vedere grazie al trapianto delle cornee ricevute da Nicholas.

È sempre il 1994, siamo in Italia e due genitori statunitensi diedero una lezione di vita, di altruismo e di amore a un Paese intero perché donare gli organi non era una procedura comune nel nostro Paese. La scelta di Margaret e Reginald fece notizia e grazie a loro ci fu un picco di donazioni di organi in tutta Italia.

Dopo la scelta di donare gli organi di Nicolas venne conferita ai genitori la medaglia d'oro al merito civile motivandola con "Cittadini statunitensi, in Italia per una vacanza, con generoso slancio ed altissimo senso di solidarietà disponevano che gli organi del proprio figliolo, vittima di un barbaro agguato sull'autostrada Salerno - Reggio Calabria, venissero donati a giovani italiani in attesa di trapianto. Nobile esempio di umanità, di amore

e di grande civiltà. Messina, 1° ottobre 1994."

Margaret e Reginald Green vennero ricevuti dall'allora Presidente Scalfaro al Quirinale e al Campidoglio dal Sindaco Rutelli.

Per l'Omicidio di Nicholas nel 1995 vennero indagati e poi rinviati a giudizio Michele Inanello e Francesco Mesiano. Nel 1998 dopo vari processi dove si videro assolvere, si giunse alla condanna definitiva in Corte di Assise (poi

confermata dalla Cassazione) all'ergastolo per Inanello e a 20 anni di reclusione per Masiano. I due imputati, pur ammettendo vari reati si professarono sempre innocenti per tale delitto e la Procura di Vibo Valentia svolse un'ulteriore inchiesta sulla base della loro dichiarazione di innocenza che giunse poi all'archiviazione del caso.

Questa tragedia che colpì queste due persone straordinarie, le rese anche sostenitrici della donazione degli organi facendo sì che in futuro promossero numerose attività rivolte alle donazioni. Reginald Green scriverà due libri: "The Nicholas Effect", dove parla della storia della sua famiglia, e "The Gift

that Heals", che parla delle storie di persone normali e professionisti ad ogni tappa di un trapianto.

I trapianti si pensa che siano stati realizzati in epoca moderna, per un certo senso è vero, ma per certi aspetti la loro storia si colloca in epoca molto più remota di quanto si pensi.

La facoltà di allungare la vita o di restituire la giovinezza o la salute tramite la sostituzione dei tessuti o organi malati con quelli sani, ottenuti da esemplari della stessa specie o di specie diverse ha sempre alimentato la fantasia popolare. Ne troviamo citazioni addirittura nella mitologia, in rappresentazioni artistiche e in varie leggende del passato.

La tradizione fissa la nascita dei trapianti approssimativamente nel terzo secolo d.C., raccontando di come i santi Damiano e Cosma compirono il miracolo sostituendo la gamba di un loro sacrestano, che era in cancrena, con quella di un uomo deceduto poco tempo prima. Scientificamente la storia dei trapianti di organo nasce nel 1902, quanto il chirurgo Alexis Carrel realizzò la tecnica per unire due vasi sanguigni. Grazie questa tecnica vennero



Il piccolo Nicholas Green



Il professor Christian Barnard, pioniere dei trapianti di cuore, al termine di un'operazione nell'ospedale 'Grootte Schuur' di Citta' del Capo, 26 novembre 1974. ANSA/OLDPIX

eseguiti i primi trapianti di rene e di cuore su animali. Ma il primo ostacolo da affrontare fu ovviamente il rigetto, infatti l'organismo ospite rigettava organi e tessuti estranei rendendo inefficace il trapianto.

Successivamente il dottor Peter Medawar, durante la seconda guerra mondiale, effettuò, su pazienti ustionati gravemente durante i bombardamenti di Londra, degli innesti cutanei dimostrando che il rigetto per incompatibilità era di origine genetica. Grazie risultati ottenuti con tali studi nel 1954 l'equipe del Prof. Murray poté eseguire il primo trapianto di rene tra gemelli identici. Dal 1954 in poi vennero eseguiti numerosissimi trapianti da donatori viventi, specialmente negli Stati Uniti, ottenendo risultati molto apprezzabili.

Intanto vennero fatti i primi trapianti di rene da donatori appena deceduti (trapianti da donatore cadaveri). Nel 1963 il Prof. Starzi eseguì il primo trapianto di fegato, nello stesso anno il Prof. Hardy eseguì quello di polmone. Nel 1965 si ebbe la certezza che tali tipi di trapianti erano attuabili e in tutto il mondo vennero realizzati centri di trapianti renali, consentendo di effettuare questi interventi in casi numericamente sempre più elevati e con risultati in miglioramento fino a divenire interventi di routine. Nel 1966 i Prof. Kelly e Lillehei effettuarono il primo trapianto di pancreas. Nel 1967 il Prof. Bernard eseguì il primo trapianto di cuore.

Tali successi suscitarono enorme entusiasmo e immense speranze sulle potenzialità dei trapianti. Il rischio reale che si manifesta ancora oggi è il rigetto, che comprende un insieme di reazioni biologiche con cui l'organismo ricevente tende a rifiutare l'organo trapiantato poiché lo riconosce come estraneo. Grazie agli studi sei trapianti in questi anni sono state sperimentate diverse strategie per rendere tollerante il ricevente verso il trapianto ricevuto. La ricerca continua in questa direzione poiché il progresso e il successo dei trapianti sarà sempre condizionato dalla progressione delle conoscenze in questo campo e dallo sviluppo delle tecniche che permettono la tipizzazione dei tessuti e distinguere il grado di compatibilità. Molte volte mi capita di leggere sui giornali delle diatribe sulla donazione degli organi, con racconti di situazioni in cui il paziente aveva più volte espresso la volontà di poter donare gli organi ma non è possibile man-

tenere fede alle sue richieste per divergenze di opinioni fra i familiari, arrivando sostanzialmente alla mancata realizzazione di una volontà espressa da una persona a cui si vuole bene.

Purtroppo in Italia, a differenza di altri Paesi, il principio del silenzio assenso, nonostante venga previsto dalla Legge 91/99, non ha mai trovato attuazione.

La donazione degli organi oltre ad essere un gesto di enorme civiltà rappresenta che un gesto di rispetto per la vita, sia di chi dona sia di chi riceve.

Donare implica altruismo, non si dona per avere in cambio qualcosa, si dona perché da un evento doloroso si può regalare una nuova vita a qualcuno.

Forse ho una visione un po' "romantica" ma credo che donare gli organi della persona cui voglio bene implichi anche che una parte di quella persona continui a vivere nel corpo di un altro. Donare regala una seconda possibilità a qualcuno che vive sul filo del rasoio con l'orologio che scorre e con la speranza di trovare qualcuno che nel suo dolore abbia la generosità di consentire a qualcuno di tornare a vivere.

Fortunatamente dal 1994 ad oggi è stato possibile poter fare la Dichiarazione di Volontà a donare organi e tessuti, tale volontà viene regolamentata dall'Art. 23 della L. n.91 del 1.4.1999, dal D.M. 8.4.2000 aggiornato con il D.M. 11.4.2008.

Le statistiche, consultabili anche sul sito A.I.D.O., sono incoraggianti, in quanto ci mostrano dati sul numero di donatori e sui vari trapianti d'organo effettuati dal 1999 al 2015.

Quello che ho imparato dalla storia di Nicholas è che ci sono persone che hanno fatto un inchino di fronte al loro dolore, lo hanno messo un attimo da parte per costruire qualcosa di straordinario. Hanno salvato vite mettendo la vita degli altri un gradino sopra alle loro lacrime, hanno fatto un regalo a perfetti sconosciuti non perché c'era una ricompensa in cambio, ma perché per il loro cuore questo era la cosa giusta da fare.

Perché regalare la vita è il regalo più bello e incondizionato che un essere umano possa fare a un altro essere umano, anche se non si conosceranno mai, anche se chi riceverà ringrazierà finché avrà voce chi gli ha consentito di tornare a vivere una seconda volta.



Giulia Mecì
Infermiera Libero Professionista,
Musicista,
Cantante

Francesco Burrai
Professore a contratto, Università di Bologna. Coordinatore Didattico, CDL in Infermieristica BO1- Governo Clinico, Qualità e Formazione, AOU di Bologna Policlinico S'Orsola Malpighi.

L'utilizzo della voce come strumento olistico nell'assistenza

La questione se fosse possibile utilizzare la voce e il canto come strumento nell'assistenza è sorta spontanea dopo anni di lavoro e studio attraverso la pratica vocale. Il canto apre le porte alla libera espressione, sviluppa la capacità respiratoria, aumenta la percezione corporea e stimola l'attività cerebrale.

Il seguente articolo è stato strutturato attraverso una revisione bibliografica sull'utilizzo della voce nell'assistenza, nelle applicazioni di cura, educazione, riabilitazione, e promozione della salute.

La voce è uno strumento essenziale all'interno delle dinamiche comunicative ed è un mezzo attraverso il quale si esprimono emozioni, sentimenti e stati d'animo, inoltre è impiegata nel linguaggio parlato e musicale, dove quest'ultimo prende il nome di canto. La voce è innanzitutto un suono, con le sue caratteristiche fisiche che lo definiscono e un suono non sarebbe percepibile se non vi fosse un altro importantissimo organo a riceverlo, l'orecchio, un elemento d'ineguagliabile complessità e fascino che lavora in sinergia con il sistema nervoso.

La voce può avere degli effetti positivi sull'organismo, utilizzandola sia come strumento attivo da parte dell'individuo, valutando gli effetti fisici ed emotivi che scaturiscono attraverso il suo utilizzo, sia come strumento recettivo, valutando l'effetto del suo utilizzo su colui che riceve il suono.

La voce e la sue caratteristiche anatomiche fisiologiche

nel definire che cos'è la voce è necessario spiegare brevemente il funzionamento delle parti anatomiche coinvolte nella meccanica fisiologica. L'apparato vocale nell'uomo può essere definito come uno strumento a fiato che produce energia sonora attraverso la vibrazione dell'aria espirata. Si distinguono tre parti anatomiche fondamentali: 1. un mantice che permette il passaggio dell'aria inspirata, ovvero i polmoni, i bronchi e la trachea; 2. una fessura all'interno della laringe chiamata glottide, dove grazie alla vibrazione delle corde vocali si produce il suono; 3. infine uno spazio aereo di risonanza formato dalla faringe e dalle cavità boccali e nasali. Per quello che riguarda l'intensità e la durata della corrente di aria espirata, dipende dalla regolazione della muscolatura respiratoria rappresentata principalmente dal diaframma, il cui innalzamento provoca l'emissione dell'aria inspirata in precedenza. (1- 5)

Fisica del suono

si parte dal presupposto che la voce sia innanzitutto un suono determinato da tre parametri fondamentali ovvero l'altezza, caratterizzata dalla frequenza fondamentale; la sensazione sonora, nell'uomo, si manifesta nelle frequenze comprese tra 20 e 12000 hertz. Il secondo parametro è il timbro definito dalla percentuale di armonici presenti. Il terzo parametro è l'intensità che è determinata dall'energia portata dall'onda nell'unità di tempo. Si può affermare che un suono, dunque la voce e il canto, possano avere degli effetti energetici; tale concetto può essere compreso grazie alla definizione del suono stesso che è formato da delle onde elastiche che si propagano dai corpi in vibrazione attraverso l'aria o altri materiali. Il suono si distingue dal rumore, in quanto, esso si manifesta come una perturbazione acustica per cui manca un certo carattere di periodicità. Il suono è invece composto da una sovrapposizione in numero variabile di suoni puri; tra questi il suono con frequenza più bassa prende il nome di fondamentale; gli altri, le cui frequenze sono multipli interni di quelle fondamentali, sono chiamati armonici superiori.

Per capire gli effetti dei movimenti vibratorii sul corpo umano è necessario fare riferimento alle attività sensoriali. Quando un organo è sollecitato da vibrazioni acustiche, il sistema nervoso risponde; l'orecchio è l'organo che riceve e trasmette il segnale acustico alla corteccia cerebrale. Ecco perché si afferma che esista un effetto energetico del suono.

Il canto

il canto, può essere definito come un linguaggio che, sfruttando il canale vocale, esprime lo stato emotivo, non solo, se emesso correttamente, può essere una fonte di energia, se si rispettano gli atteggiamenti corporei utili all'emissione, in quanto, produce suoni favorevoli alla carica corticale. Partendo da questi presupposti è facile pensare ai possibili benefici della voce cantata. Il canto permette il concretizzarsi di uno stato di equilibrio e di serenità; concorre all'acquisizione di verticalità e alla definizione dell'immagine del proprio corpo come strumento emittente e all'aumento della ventilazione respiratoria dunque a un miglioramento dell'ossigenazione del corpo. Partecipa inoltre alla messa in vibrazione della scatola cranica, dunque anche dell'ipofisi, e attraverso questa, di tutte le ghiandole endocrine. (6, 7)

La sinergia tra voce e orecchio: il contributo di Alfred Tomatis

Alfred Tomatis è stato un otorinolaringoiatra e ricercatore che ha fornito un importante contributo nello studio della voce e dell'emissione vocale, dedicando particolare importanza al ruolo dell'orecchio nella funzione di ascolto, in quanto, dispensatore di energia per il sistema nervoso e organo di controllo del canto. La carica corticale è determinata dalla connessione dell'orecchio con il sistema nervoso; alla base di questo concetto vi è il principio secondo il quale è il cervello, che indotto dall'orecchio si mette a cantare. Il cervello, per pensare, ha bisogno di una sollecitazione dinamica intensa che può essere definita come energia; cantare è una sollecitazione dinamica. Come avviene dunque la stimolazione del cervello attraverso il canto? L'orecchio è l'organizzatore di tutto l'insieme, il direttore d'orchestra del complesso meccanismo di ricezione delle stimolazioni e dirige al cervello gli influssi nervosi derivanti dalle stimolazioni. Il canto ci permette di prendere consapevolezza non solo del nostro corpo ma dello stesso ambiente in cui siamo immersi. Si canta con il corpo, in quanto, si attivano tutti i livelli grazie ai collegamenti effettuati dal sistema nervoso ed è il corpo stesso a vibrare. Il canto è una necessità espressiva che permette l'esplorazione di sé, la conoscenza del proprio corpo e la comunicazione con l'ambiente circostante. Infine, nell'ambito del canto e dell'emissione vocale, si è spiegata l'importanza che ricopre la respirazione il cui scopo è di portare ai polmoni l'aria, la quale, attraverso un effetto osmotico, ricarica i globuli rossi di ossigeno che liberano l'anidride carbonica. La ventilazione, chiamata in causa ai fini dell'emissione vocale, potrà migliorare considerevolmente la funzione respiratoria e di conseguenza l'ossigenazione del corpo. (8)

La voce come strumento nella musicoterapia e i campi di applicazione

Nella Musicoterapia la voce e il canto fanno parte degli strumenti utilizzati negli interventi; i campi di applicazione sono molteplici e l'approccio può essere di due tipologie: attivo e recettivo. Nel primo caso il paziente utilizza lo strumento scelto al fine di produrre suoni volti a favorire la relazione con il terapeuta. Nel secondo caso sono somministrati dei suoni (provenienti ad esempio da strumenti di riproduzione) e il processo si attua attraverso l'ascolto.

Per ciò che concerne il ruolo infermieristico, si distinguono molti campi in cui l'infermiere può dare il suo contributo in un'ottica di assistenza, prevenzione ed educazione. Ad esempio nella gravidanza esistono molti studi incentrati sulla recettività degli stimoli acustici del feto; già dalla ventisettesima settimana il piccolo acquisisce la funzione dell'udito e, grazie alla sensibilità alle frequenze caratteristiche della voce umana, è in grado di sentire la voce materna e quelle esterne. Utilizzando il canto materno nel periodo di

gestazione, si offre l'opportunità di lavorare sia sulle facoltà attive sia recettive della gestante la quale contemporaneamente suona e risuona. Attraverso il canto si ricerca lo stato di benessere della madre e del bambino. Praticato regolarmente nel corso dei nove mesi, il canto permette di prendere coscienza del proprio corpo e aiuta a sviluppare la fiducia della propria respirazione, delle emozioni e del dolore.

Nell'autismo, l'autistico tende a chiudersi in un proprio mondo interiore e può essere visto come un atteggiamento di difesa nei confronti dell'esterno; è quindi molto importante ricordarsi che nell'approccio con questi bambini un'iper-stimolazione acustica produrrebbe una maggiore chiusura. Il lavoro che si deve attuare si concretizza sul piano comunicativo per entrare in sintonia con il piccolo paziente, ricercando la collaborazione dei genitori e servendosi dei suoni per creare un canale di comunicazione non verbale.

Con i malati di Alzheimer e i dementi si possono prefiggere alcuni obiettivi utilizzando la musicoterapia con la voce e il canto: offrire uno spazio in cui il paziente possa esprimere liberamente e senza censure le proprie emozioni, migliorare i disturbi comportamentali difficili da controllare, far emergere la volontà di stabilire contatti attraverso l'utilizzo di canali non verbali, stimolare la comunicazione tra i pazienti stessi, migliorare la qualità di vita, recuperare frammenti di memoria attraverso alcuni stimoli sonori, modificare la postura, il contatto oculare e la manualità. Si entra in comunicazione col paziente con un canale differente rispetto al verbale e si può entrare in una fase ludica di gioco. Il ruolo dell'infermiere in questa tipologia di malattie è di attuare interventi finalizzati a ridurre ansia e agitazione, migliorare la comunicazione, provvedere ai bisogni di socializzazione e educare i familiari del paziente che si occupano di lui. La musicoterapia può essere in questo senso uno strumento di sostegno della funzione cognitiva, grazie alla stimolazione cerebrale e quindi della memoria permettendogli di minimizzare la confusione e il disorientamento.

Nelle patologie in ambito neurologico di tipo cronico, la musicoterapia può essere utile soprattutto quando si stabiliscono interventi basati sull'utilizzo di canzoni cantate, le quali provocano in queste persone un effetto catartico, non avendo spazi dove possono esprimere le proprie emozioni, soprattutto quelle negative. Ad esempio, nei soggetti malati di Parkinson, si è riscontrato un effetto sul tono dell'umore: queste persone si sentono di poter esprimere le proprie frustrazioni dovute alla perdita delle abilità sociali e della comunicazione. Il ruolo dell'infermiere nel malato di Parkinson è anche quello di attuare interventi al fine di ridurre gli stati d'ansia, in questo caso correlata al cambiamento nella funzione di ruolo e favorire la comunicazione. In questo contesto l'intervento di musicoterapia può essere un valido aiuto nella riduzione dell'ansia facilitando la comunicazione da parte del paziente e favorendo le interazioni.

Nei soggetti in coma, l'intervento di musicoterapia è giustificato dal fatto che esiste un'ipotesi secondo cui

il coma non sia una condizione di totale passività, ma abbia dei caratteri di attività: il SNC si difende dagli stimoli esterni per riparare i danni interni. Inoltre il sistema nervoso è in grado di sviluppare nuove connessioni sinaptiche grazie a determinati stimoli (come ad esempio quello sonoro-musicale). Questi stimoli non devono essere eccessivi o ripetitivi perché provocherebbero una riduzione della recettività. Il fine di questi interventi è di stimolare le proprietà plastiche del SNC, favorire il risveglio e riprendere la relazione con l'esterno attraverso la comunicazione sonora. (6, 9 - 14)

Evidenze scientifiche sull'utilizzo della voce e del canto a scopo terapeutico

nello studio di Tamoplin et al. (15), si è ipotizzato che far cantare e parlare ad alta voce le persone affette da tetraplegia aumenterebbe l'utilizzo dei muscoli accessori respiratori e il controllo della respirazione usato durante il canto potrebbe allenare i muscoli respiratori, migliorando quindi la funzionalità respiratoria e vocale. Dato l'effetto positivo della musicoterapia sull'umore di altre popolazioni cliniche, è stato valutato anche l'umore e la qualità di vita.

Il gruppo sperimentale (N=13) ha ricevuto lezioni di canto tre volte alla settimana per dodici settimane. Il gruppo di controllo (N=11) ha ricevuto interventi di musicoterapia e relax per dodici settimane. È stato utilizzato uno studio randomizzato controllato per valutare gli effetti del canto sull'umore, la voce, la funzionalità respiratoria e la qualità di vita dei partecipanti con tetraplegia C4-8 (American Spinal Injury Association grade A e B). Le misurazioni pre, intra e post intervento erano composte da: 1. *test di funzionalità respiratoria* utilizzando i seguenti parametri: volumi polmonari, spirometria, MIP (massima pressione inspiratoria) MEP (massima pressione espiratoria), e SNIP (pressione inspiratoria nasale). I risultati della funzionalità polmonari sono stati confrontati con i valori di normalità. 2. *valutazione vocale*: sono state effettuate registrazioni audio simultanee alle misurazioni elettromiografiche della funzionalità dei muscoli respiratori accessori durante le attività vocali. È stata valutata la forza dei muscoli Diaframma, SCM e pettorale. Le registrazioni audio per la valutazione vocale sono state utilizzate per misurare il livello di pressione sonora (SPL) e per valutare la qualità della voce sia soggettivamente sia oggettivamente. 3. *questionari*: Voice Handicap Index, Profile of Mood States (POMS), valutazione della qualità di vita.

Il gruppo sperimentale ha partecipato agli esercizi di canto terapeutico per un'ora, tre volte alla settimana per dodici settimane. Il gruppo di controllo ha partecipato a sessioni di musicoterapia e relax per dodici settimane che prevedevano discussioni di canzoni, giochi musicali e musica di rilassamento.

I risultati del gruppo di intervento hanno mostrato un aumento significativo post intervento pari a 2.57 ± 0.64 litri del FEV1 ($p=0.0032$), così come per la capacità vitale forzata (FVC) pari a $3.11 \pm 0,78$ litri ($p=0.032$),



per la capacità inspiratoria (IC) pari a 2.44 ± 0.59 litri ($p=0.022$), per l'attivazione del muscolo sternocleidomastoideo (con un incremento del 98% e con $p=0.007$), per la lunghezza massima di fonazione pari a 18.2 ± 7.0 secondi ($p=0.012$) e un miglioramento significativo post intervento della Fatigue con un valore di 8.6 ± 5.6 della scala POMS ($p=0.029$).

Nello studio di Sakano et al., (16) si è studiato gli effetti del canto sullo stress rispetto alle condizioni psicofisiche. Furono reclutati 44 soggetti (10 uomini e 34 donne) con età compresa tra i 60-70 anni. I soggetti sono stati invitati ad arrivare 40 minuti prima della prova e a rimanere seduti tranquillamente nella sala della prova 30 minuti prima del suo inizio, durante il quale è stato chiesto di completare i questionari pre-test VAS e POMS per la valutazione dello stress, nonché la raccolta dei seguenti campioni in questo ordine: saliva non stimolata, saliva stimolata attraverso "Saxon test" ed ematici. Poi i soggetti sono stati chiamati a cantare tre canzoni consecutivamente. Hanno scelto delle canzoni che potessero cantare tutti. Dopo aver fatto cantare i soggetti, sono stati raccolti i campioni nelle stesse modalità e ordine del pre-test. Dopo di che è stato consegnato un questionario con la seguente domanda: "ti piace cantare?" a cui potevano rispondere "si" o "no". Sono state utilizzate le scale VAS per valutare le seguenti sensazioni: riposo, comfort, piacevolezza, leggerezza, sollevato, rilassamento. Nel (RSST) Repetitive Saliva Swallowing Test, è stato richiesto al paziente di deglutire la saliva più spesso possibile, in posizione seduta per 30 secondi, durante i quali sono stati contati il numero di movimenti della laringe durante la deglutizione. I livelli dei marcatori salivari, lisozima, cromogranina A, cortisolo, immunoglobulina secretoria A, e amilasi sono stati misurati. Nei campioni di sangue sono stati misurati deidroepiandrosterone solfato (DHEA-s) i livelli di Natural Killer (NK) e l'attività delle cellule. Per misurare la deglutizione e la condizione orale, sono stati eseguiti il RSST, prova di forza del morso, prova di umidità orale, test della saliva non stimolata, test della saliva stimolata e il Saxon test. I risultati post intervento hanno mostrato un decremento significativo delle Pulsazioni pari a 74.6

± 8.5 bmp (p=0.017) così come per il Cortisolo pari a 0.09 ± 0.05 ng/ml (p=0.003) e per l'Immunoglobulina A Secretoria pari a 17.7 ± 9.3 ng/ml (p<0.001) e un aumento significativo della Produzione Salivaria pari a 4.0 ± 2.2 ml (p<0.001).

Per ciò che riguarda l'umore di questi pazienti i risultati della scala VAS e POMS post intervento hanno mostrato un aumento significativo delle variabili Riposo (65.4 ± 19.5 con p<0.001), Comfort (68 ± 16.1 con p<0.001), Piacevolezza (63.8 ± 20.4 con p=0.001), Leggerezza (71.6 ± 16.9 con p <0.001), Sentirsi Sollevato (78.1 ± 13.4 con p<0.001), Sentirsi Rilassato (75.4 ± 16.3 con p=0.018) e un decremento significativo delle variabili Tensione (2.3 ± 2.3 con p<0.01) e Confusione (3.4 ± 1.6 con p<0.001).

Nello studio di Gale et al.,(17) si è studiato gli effetti del canto in soggetti oncologici.

In questo tipo di popolazioni cliniche, la partecipazione a gruppi di canto organizzati determina un maggiore senso di connessione alla loro comunità migliorando la qualità di vita e il loro benessere emotivo. Oltre ai benefici psicologici del canto, è ben noto che la respirazione ha un ruolo fondamentale nel generare la voce. Durante la pratica del canto sono effettuate inspirazioni profonde, conducendo esercizi particolari che coinvolgono ripetutamente la contrazione del diaframma al fine di fare vibrare le corde vocali durante l'espiazione. Studi precedenti hanno mostrato che il canto può migliorare la funzionalità polmonare e la qualità di vita in pazienti con malattie croniche polmonari. L'effetto del canto potrebbe quindi potenzialmente migliorare la capacità respiratoria in pazienti che manifestano dispnea e fatigue correlate al cancro. L'obiettivo di questo studio pilota è stato di esaminare i cambiamenti della qualità di vita e della fatigue a seguito della partecipazione ad un coro con un approccio metodologico misto nei soggetti che hanno ricevuto i trattamenti per il cancro insieme alle loro famiglie. Un secondo obiettivo è stato quello di stabilire se il canto ha ulteriori benefici nel migliorare la funzionalità polmonare in questa tipologia di soggetti. L'intervento consisteva nel far partecipare queste persone a sessioni di canto attraverso un coro con l'obiettivo di fornire supporto e attenzione ai soggetti stessi e ai loro familiari e amici. La cadenza era di una prova a settimana per un minimo di 2 ore. Sono state reclutate 20 persone con diagnosi precedente di cancro con tipologia di trattamento variabile. Sono stati invece esclusi i pazienti in trattamento e individui con malattie respiratorie. Sono stati compilati dai partecipanti dei questionari prima dell'intervento e dopo tre mesi. Il primo è un questionario RAND SF-36 sulla qualità di vita; il secondo è uno strumento di valutazione per auto valutare l'ansia e la depressione in pazienti con problemi di salute fisica e mentale (HAD) hospital anxiety and depression; il terzo è uno strumento per valutare la fatigue (Multidimensional Fatigue Inventory - MFI-20) analizzando le seguenti dimensioni: affaticamento generale, stanchezza fisica, affaticamento mentale, motivazione ridotta e attività ridotta.

La funzionalità respiratoria è stata valutata attraverso la spirometria misurando il Volume espiratorio forzato in 1 secondo (FEV1), la capacità vitale forzata (FVC) e il loro rapporto (FEV1:FVC), la massima pressione inspiratoria (MIP) e la massima pressione espiratoria (MEP). I risultati post intervento hanno mostrato un miglioramento significativo dell'Energia vitale con un punteggio RAND 72.9 (I.I. 28.2) e p=0.010, così come per la variabile Ruolo Sociale con punteggio RAND 77.5 (I.I. 24.9) e p=0.050, e la Salute Mentale con punteggio 73.2 (I.I. 14.0) e p=0.003. Si è notato anche un decremento significativo post intervento del Dolore fisico di questi pazienti con un punteggio RAND 72.9 (I.I. 28.2) e p=0.010.

Inoltre sono state effettuate delle indagini qualitative attraverso delle interviste al fine di conoscere l'esperienza personale di ogni singolo partecipante. I temi emersi sono legati all'amicizia, al sostegno, al miglioramento dell'umore e a una maggiore fiducia e autostima.

Questo studio pilota ha mostrato miglioramenti in vari aspetti della qualità di vita dopo tre mesi di canto corale in pazienti con precedente diagnosi di tumore. I risultati qualitativi hanno indicato che questo tipo d'intervento ha fornito sostegno sociale e una maggiore fiducia. Ciò fornisce una base per uno studio di più ampia scala indagando i benefici del canto corale. Nello studio della Queens University of Charlotte (18) è stato studiato l'effetto degli esercizi di canto sulla salute fisica e sul benessere generale di cittadini anziani con enfisema. I soggetti (N=7) hanno partecipato per sei settimane a esercizi di canto, dove sono state utilizzate tecniche di respirazione. Sono state valutate la salute fisica, i risultati funzionali e la qualità di vita. Non sono state trovate differenze significative per la misurazione della salute fisica. Sono state invece trovate differenze significative per la gestione del respiro, in termini di frequenza e di intensità del respiro con valori rispettivi di p=0.038 e p=0.001. Un altro dato importante è il cambiamento della modalità di respiro passando da un utilizzo dei muscoli claviccolari ad una respirazione diaframmatica, che è stata mantenuta fino a due settimane dopo il periodo del trattamento.

I risultati di questo studio suggeriscono che gli esercizi di canto, comprensivi delle tecniche di respirazione, possono contribuire a migliorare la qualità di vita degli anziani con enfisema in quanto, oltre al miglioramento del respiro, i soggetti hanno risposto positivamente alle istruzioni dategli durante l'intervento.

Nello studio di Herer et al., (19) si è studiato come l'educazione respiratoria attraverso il canto può essere utilizzata all'interno della riabilitazione polmonare per aiutare il controllo del respiro e per ridurre la dispnea. Sono stati utilizzati esercizi di canto durante la riabilitazione polmonare di 45 pazienti con un'età media di 60 ± 10 affetti da COPD (malattia polmonare cronico-ostruttiva) N=37 o con altre malattie croniche respiratorie N=8. I parametri misurati all'inizio e alla fine del corso di riabilitazione sono stati: capacità vitale forzata, FEV1, capacità polmonare totale, volume residuo, 6 minuti di camminata, VO2 max, pressione

massima, MRC dispnea score, Cincinnati questionario e VSRQ (questionario respiratorio). Sono state valutate le principali variazioni (valore iniziale, % di variazione e la significatività): i 6 minuti di camminata hanno mostrato un valore medio di 326 ± 114 minuti con una variazione del 13% e un valore P=0.006; il VO2 max ha mostrato un valore medio di 18 ± 6.1 ml/kg/min con una variazione del 8,3% e con un valore P=0.01; la P massima ha mostrato un valore medio di 75 ± 31 W con una variazione del 14,7% con un valore P=0.001; il punteggio dell'MRC ha mostrato un valore medio di 2.3 ± 0.6 con una diminuzione del 21% e con un valore P<0.05 il questionario VSRQ ha mostrato valori medi di punteggio pari a 34 ± 13 con una variazione del 50%, con un valore P<0.05. Non ci sono stati cambiamenti significativi nel livello di dispnea percepito valutato dai punteggi del Questionario Cincinnati. La conclusione è che i risultati sono in favore di un effetto benefico del canto durante la riabilitazione.

Nello studio di Filippa et al. (20) si era studiato gli effetti dal vivo della voce materna (cantata e parlata) sui parametri fisiologici di bambini nati prematuri ricoverati nell'unità di terapia intensiva verificando l'ipotesi che la stimolazione vocale può avere diversi effetti a livello comportamentale sui neonati prematuri. Il metodo utilizzato è il seguente: 18 madri parlavano e cantavano ai loro neonati prematuri, con parametri stabili, situati nelle incubatrici per 6 giorni tra le ore 13 e 14.

Sono stati misurati la frequenza cardiaca (FC), la saturazione dell'ossigeno (SpO2), il numero di eventi critici negativi (ipossiemia, bradicardia e apnea) e il cambiamento dello stato comportamentale. Sono stati confrontati i periodi con e senza stimolazione vocale materna e i risultati hanno mostrato un miglioramento significativo del livello di saturazione dell'ossigeno, della frequenza cardiaca e una diminuzione significativa degli eventi critici negativi con un valore P<0.0001 mentre le madri cantavano e parlavano ai propri neonati. La continua connessione della voce materna può essere un'esperienza importante e significativa per i neonati prematuri. L'esposizione alla voce materna attraverso il canto e il parlato mostra effetti benefici sullo stato fisiologico, quali i livelli di saturazione dell'ossigeno e il numero di eventi critici. Questi risultati ci mostrano che tali interventi, nelle unità di terapia intensiva, possono incoraggiare le madri all'interazione con i loro bambini nati prematuri. (20)

Conclusioni

Lo scopo di questo elaborato era di evidenziare come la voce e il canto possano avere degli effetti positivi sull'organismo, sia come strumento attivo sia recettivo. La revisione della letteratura ha riportato pochi studi, evidenziando come questo intervento olistico sia ancora poco utilizzato.

Dalle evidenze scientifiche è emerso che esistono dati significativi che supportano il suddetto postulato tra cui: effetti sulla funzionalità respiratoria, sull'attività muscolare respiratoria, sull'umore, sullo stress e i suoi

marcatori, sulla salute mentale e vitalità (soprattutto degli anziani), sul respiro nei malati di enfisema e dispnea ed infine l'effetto della voce materna sui parametri vitali dei piccoli pazienti nati prematuri. È auspicabile che questo intervento olistico possa essere maggiormente applicato in diversi settori assistenziali e studiato con RCT su ampi campioni.

BIBLIOGRAFIA

- (1) AAVV. Anatomia Umana. Milano, Edi-ermes 2000.
- (2) Moruzzi G. Fisiologia della vita di relazione. Torino, Utet, 1975.
- (3) Levy M. N., Koeppen B. M., Stanton B. A. Principi di Fisiologia Berne & Levy. Milano, Elsevier Masson, 2007.
- (4) Amitrano A. La voce: uno strumento dei professionisti che promuovono la salute. Milano, Edizioni Springer, 2010.
- (5) Garcia E. Trattato completo dell'arte del canto. Milano, R. Stabilimento Musicale Ricordi, 1888
- (6) Ezzu A., Messaglia R. Introduzione alla musicoterapia. Torino, Musica Pratica 2006.
- (7) Tomatis A. Ascoltare l'universo: dal big bang a Mozart, Alla scoperta dell'universo dove tutto è suono. Como, Pavia, Ibis, 2013.
- (8) Tomatis A. L'orecchio e la voce. Milano, Baldini & Castoldi, 2000.
- (9) Benenson R. Musica tra neuroscienze arte e terapia. Torino, Musica Pratica, 2007.
- (10) Videsott M., Sartori E. La voce in musicoterapia. Torino, Edizioni Cosmopolis, 2008.
- (11) Moriconi I., Lazzari S. L'infermiere di famiglia: il più adatto per la sindrome autistica. Infermiere oggi, Anno XX, n.1, pp. 24-26.
- (12) AAVV. DSM V. manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014.
- (13) Smeltzer S., Bare B. G. Nursing medico-chirurgico. Brunner Suddarth. Milano, CEA, 2001.
- (14) AAVV. NANDA. Diagnosi infermieristiche 2012-2014. Milano, CEA, 2012.
- (15) Tamplin J, Baker F. A., Grocke D., Brazzale D.J., Pretto J.J. W. R., Ruehland W.R., Buttifant M., Brown D.J., Berlowitz D. J. *Effect of Singing on Respiratory Function, Voice and Mood after quadriplegia: a randomized controlled trial.* Physical Medicine and Rehabilitation. Marzo 2013, 94, pp. 426-434.
- (16) Sakano K., Ryo K., Tamaki Y., Nakayama R., Hasaka A., Takahashi A., Ebihara S., Tozuka K., Saito I. *Possible benefit of singing to mental and physical condition of the elderly.* Biopsychosocial Medicine. Online Maggio 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033614/>
- (17) Gale N. S., Enright S., Reagon C., Lewis I., Van Deursen R. *A pilot investigation of quality of life and lung function following choral singing in cancer survivors and their carers.* *En-cancermedicalscience.* 2012, 6, pp. 261-267.
- (18) Queens University of Charlotte. *The singer's Breath: implication for treatment of Persons with Emphysema.* J Music Ther. 2005, 42, 1, 20-48.
- (19) B. Herer. *Outcomes of a polmonart rehabilitation program including singing training.* Revue des Maladies Respiratoires Marzo 2013, 30, n. 3, pp. 194-202.
- (20) Filippa M., Devouche E., Arioni C., Imbert M., Gratiere M. *Live maternal speech and singing have beneficial effects on hospitalized preterm infant.* Acta Paediatrica. Agosto 2013, 102, 10, pp. 1017-1020.

Verifica delle performance dell'equipaggio «infermiere ed autista», relativa agli interventi di Rianimazione Cardiopolmonare.

Premessa

Le linee guida sulla rianimazione cardiopolmonare in vigore dopo la revisione del 2015, focalizzano l'attenzione sul concetto di effettuare compressioni toraciche di buona qualità. Gli studi finora condotti hanno infatti dimostrato che un massaggio cardiaco adeguato e continuato porta ad outcome migliori, in quanto la qualità della rianimazione cardiopolmonare influenza l'emodinamica, la sopravvivenza e gli esiti neurologici a seguito di arresto cardiaco. In uno studio pubblicato sulla rivista Lancet nel 2007, si evidenzia il fatto che su un campione di 4068 ACR testimoniati, in 2917 casi gli operatori hanno atteso l'arrivo dei mezzi di soccorso prima di iniziare le manovre rianimatorie, il successo della RCP è stato del 2% tra i soggetti che non hanno ricevuto nessun trattamento prima dell'arrivo dei mezzi di soccorso, mentre tra i soggetti che hanno ricevuto una RCP precoce il successo è stato del 5%, attualmente sembrano non esserci più dubbi, in merito all'importanza di iniziare precocemente una RCP e di formare il più alto numero possibile di operatori in merito alla sua esecuzione.

In merito alla formazione degli operatori, sono stati effettuati molti studi, che mettono in evidenza due aspetti: i concetti acquisiti se non messi in pratica decadono rapidamente, i corsi richiedono tempo e risorse.

Nel sistema di gestione emergenze extraospedaliere tutto il personale deve essere formato all'esecuzione delle manovre di RCP, questo è infatti un requisito essenziale e obbligatorio per poter operare sui mezzi di soccorso. Per garantire una corretta esecuzione della manovra e valutare l'efficacia della formazione, sono stati messi in atto sistemi in grado di renderla misurabile e verificabile. Il nostro obiettivo è stato quello di valutare come viene effettuata la RCP, non in termini di outcome ma analizzando i tempi morti, la corretta qualità delle compressioni e molti altri parametri che

in seguito vedremo, l'analisi è stata effettuata sfruttando uno dei software aziendali in uso, all'interno del nostro servizio, che permette di acquisire e accedere ai dati relativi ai pazienti sottoposti a rianimazione cardiopolmonare e a visionare le manovre messe in atto dal personale intervenuto. Al termine di ogni caso di RCP, gli operatori coinvolti inoltrano i dati ad un archivio on line, questi vengono analizzati in automatico dal software fornito dal produttore, da questa elaborazione si ottengono i seguenti risultati:

- Rapporto RCP/tempo totale. Valore atteso da 80 a 100%, all'interno di questo ITEM viene effettuato il confronto tra il tempo dedicato alla RCP e il tempo totale della rianimazione
- Rapporto compressioni/tempo totale. Valore atteso variabile tra 70% e 90%. All'interno di questo ITEM, viene misurato il tempo dedicato alle compressioni rapportato a

tutti gli altri tempi, per esempio la ventilazione o la defibrillazione.

- Frequenza di compressioni al minuto. Valore atteso variabile tra 100 e 120 compressioni/min. All'interno di questo IETM vengono prese in esame solamente le compressioni toraciche che vengono effettuate. Per fare un esempio, le 30 compressioni che vengono effettuate possono essere effettuate alla velocità di 120 b/m
- Compressioni effettuate in un minuto. Valore atteso compreso tra 60 e 120 compressioni/min, questo ITEM analizza le compressioni che realmente vengono effettuate ogni minuto.

Andando ad analizzare questi dati si possono quindi valutare i punti di forza e di debolezza di ogni servizio, successivamente in aula, insistere sulle manovre che necessitano di revisione, avendo così una formazione più mirata e efficace. Per riuscire a migliorare il livello di assistenza, aderire alle linee guida e conseguire gli obiettivi di qualità, è essenziale eseguire un'analisi retrospettiva dei dati, questa ha assunto infatti

un aspetto fondamentale al fine di implementare le pratiche sanitarie e migliorare in modo misurabile il livello di assistenza per i team che gestiscono le emergenze territoriali.

Le linee guida dell'American Heart Association (AHA) del 2015 puntano ad un miglioramento continuo della qualità dei programmi di rianimazione mediante l'attuazione di un piano continuo di valutazione e miglioramento dei sistemi di assistenza.

Gli indicatori misurabili della Rianimazione Cardiopolmonare "RCP" sono rappresentati da: durata del trattamento, tempo impiegato per erogare il primo shock (quando necessario) e dalla qualità delle compressioni toraciche che a loro volta sono influenzate dalla frequenza di esecuzione e dalle interruzioni.

Il progetto di valutazione della performance è stato costruito seguendo sette fasi:

1. Costituzione del gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare "GLAM"
2. Identificazione degli obiettivi e ripartizione dei compiti
3. Analisi dei dati inerenti le RCP di una ambulanza ILS di area urbana e una di area periferica, per l'anno 2015
4. Condivisione delle finalità del progetto e report di feedback al personale
5. Da Gennaio 2016 report mirato a tutti i mezzi ILS
6. Monitoraggio continuo
7. Report periodici

È stata costruita la matrice di SWOT analysis in modo da identificare i punti di forza, di debolezza, le opportunità e le minacce del progetto. Il punto di forza principale rilevato è la possibilità di verificare l'efficacia della formazione e la preparazione degli operatori. Come debolezza vi è la necessità di ottenere perso-

nale dedicato per la raccolta dati e la costruzione dei report, come evento negativo la non condivisione dell'operato da parte dei colleghi o del sistema. Un'ulteriore opportunità fornita da questo progetto è quella di gestire in maniera efficiente le risorse disponibili per la formazione che dovrà essere ritardata in base alle reali necessità riscontrate. La minaccia è rappresentata dalla possibilità di abbandono del progetto a causa di resistenze.

La raccolta dati per questo progetto è stata eseguita includendo solo i casi in cui il Lifepak15, cardiomonitore in uso sui mezzi dove è presente l'infermiere "ILS", ha erogato almeno uno shock. Ogni evento del campione ottenuto è stato poi analizzato singolarmente, nello specifico sono stati rilevati due tipi di errori che andremo di seguito a definire di primo tipo e di secondo tipo.

Quelli di primo tipo rappresentano gli errori più gravi, in particolare ci soffermiamo sui casi di in cui si evidenziano delle pause delle compressioni non giustificate, che andremo a denominare .HAND OFF

gli errori di secondo tipo non sono prioritari, rappresentano situazioni che si possono correggere, per esempio la frequenza delle compressioni toraciche.

I dati raccolti si riferiscono a due mezzi, uno presta servizio in area urbana, mentre il secondo presta servizio in area extraurbana, il confronto è stato effettuato per verificare se tra questi operatori ci sono delle differenze significative nelle performance.

Presentazione dei dati

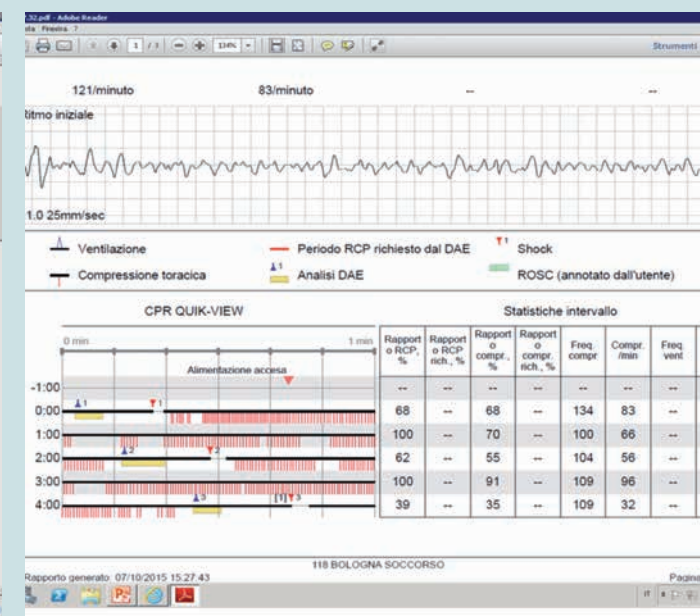
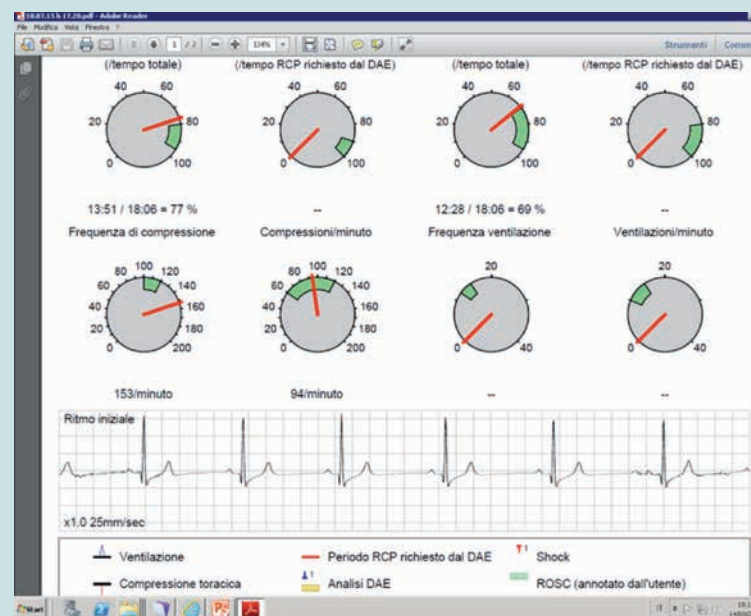
Item analizzati dal software aziendale

1) Rapporto RCP/tempo totale, valore atteso dall'80 al 100%

0/5 ILS periferica = 0%

3/17 ILS urbana = 17%

ESEMPI DI COME VENGONO RAPPRESENTATI I DATI:



- 2) Rapporto compressioni/tempo totale (valore atteso variabile tra 70% e 90%)
 2/5 ILS periferica = 40%
 6/17 ILS urbana = 35%
- 3) Percentuale di compressioni al minuto (valore atteso variabile tra 100 e 120 compressioni/min) eseguite con frequenza coretta
 2/5 ILS periferica = 40%
 7/17 ILS urbana = 41%
- 4) Percentuale di compressioni effettuate in un minuto (valore atteso compreso tra 60 e 120 compressioni/min) eseguite corettamente
 2/2 ILS periferica = 100%
 6/7 ILS urbana = 85%

Gli ITEM 1 e 2, elaborano e analizzano i tempi morti durante l'esecuzione di una RCP, obiettivo principale di questo studio, evidenziano infatti quelli che noi andremo a definire errori di primo tipo. Gli ITEM 3 e 4 vanno a focalizzarsi invece sulla frequenza nell'esecuzione del massaggio, errori che andremo a definire di secondo tipo. Nell'analisi di questi dati un limite è dato dallo stesso software in uso, visto che i range non sono modificabili. Inoltre nel calcolo dell'ITEM numero 1, se il monitor non viene spento al termine della RCP, questo risulta "falsato". Scomponendo i dati in errori di primo tipo e secondo tipo, risulta ancora più evidente la necessità di migliorare la riduzione dei tempi morti.

Errori di primo tipo (ITEM 1 e 2)
 Mezzo ILS area extraurbana 2/10

Mezzo ILS area urbana 9-34
 Errori di secondo tipo (ITEM 3 e 4)
 Mezzo ILS area extraurbana 7/10
 Mezzo ILS area urbana 18/34

In base ai dati ottenuti si può pensare di introdurre alcune azioni di miglioramento al fine di ridurre gli errori e raggiungere target ottimali. E' stato proposto di introdurre dei report strutturati da fornire gli operatori e retraining di RCP avanzata. L'introduzione di nuovi dispositivi medicali, come il compressore toracico automatico, sono auspicabili, soprattutto nei casi presi in considerazione, in quanto spesso, negli eventi di arresto cardiaco, si trovano a collaborare solo due operatori, mentre con l'utilizzo di dispositivi specifici, si ridurrebbero a zero gli errori sopra descritti, eliminando i casi di hand off e di frequenza errata delle compressioni.

BIBLIOGRAFIA

Chopra AS e CO, Systematic review and meta-analysis of hemodynamic-directed feedback during cardiopulmonary resuscitation in cardiac arrest, **Resuscitation**, Apr. 2015, Vol 101

Roberto Barcala-Furelos, PhD e CO, Assessing efficacy of rescue equipment in lifeguard resuscitation efforts for drowning, **American Journal of Emergency Medicine**, December 2015

Adam Cheng, MD e Co, Improving Cardiopulmonary Resuscitation With a CPR Feedback Device and Refresher Simulations (CPR CARES Study), A Randomized Clinical Trial, **JAMA Pediatrics** February 2015, Vol 169, No. 2

American Heart Association, **CPR and ECC Guidelines**, 2015

L'Associazione Nazionale Infermieri in Neuroscienze (ANIN). C'è chi vive di competenze specialistiche

In quella stessa Italia infermieristica che sogna e combatte, recede e poi avanza sul piano del riconoscimento, c'è chi invece vive di competenze specialistiche. Dal 1975. Il riferimento è all'A.N.I.N. (Associazione Nazionale Infermieri in Neuroscienze), una delle associazioni professionali più longeve del panorama italiano.

Ne parliamo con la presidente in carica, la dottoressa Cristina Razzini. **Dottoressa Razzini, come descriverebbe l'A.N.I.N.?**

L'Associazione è il punto d'incontro per tutti gli infermieri che afferiscono per operatività, esperienza o interesse alle Neuroscienze. Un continuo spazio di produzione scientifica, formazione, dialogo, interazione. Per potenziare ulteriormente queste caratteristiche, il consiglio direttivo lavora costantemente al fine di coinvolgere nei nostri appuntamenti anche tutti gli altri profili professionali in modo da raggiungere una visione il più possibile completa e globale di ogni singolo aspetto assistenziale.

Parliamo di neuroscienze: quali discipline rappresentano?

Il termine neuroscienze rappresenta discipline cliniche quali Neurologia, Neurochirurgia, Neuroriabilitazione, Psichiatria, Riabilitazione Neuromotoria, Neuropsichiatria infantile.

L'A.N.I.N. si impegna da decenni nello sviluppo della competenza specialistica degli infermieri di settore. Quali sono le attività in questo senso?

Le attività sono veramente tante. A.N.I.N. partecipa fin dai suoi inizi a tutti i congressi ed eventi nazionali delle più importanti società scientifiche del settore, le quali ci chiedono ogni anno di organizzare interventi, corsi e giornate congressuali specifiche per infermieri. Abbiamo avviato, presso l'Università di Torino, un Master di I livello in Neuroscienze e molti altri eventi formativi regionali. Siamo autori di NEU, periodico tecnico-professionale a carattere scientifico registrato regolarmente al tribunale di Brescia e ne garantiamo la libera accessibilità e divulgazione tramite il download gratuito nell'apposita sezione del nostro sito internet, www.anin.it. Organizziamo e manteniamo un centro di documentazione e raccolta materiale scientifico specialistico. Sono stati non pochi i casi in cui abbiamo fornito consulenza specialistica a enti e aziende sanitarie richiedenti.

Spesso si critica il poco spirito di partecipazione che colpisce trasversalmente la società italiana. In al-

cune realtà specifiche questo fenomeno è invece in controtendenza. Cosa ne pensa?

In A.N.I.N. crediamo che il dialogo non sia soltanto un momento formativo importante per i partecipanti ma, indirettamente, per tutti gli infermieri italiani. Nel momento in cui avviene un confronto costruttivo,

nasce qualcosa. Questo qualcosa porta chi ne ha beneficiato a condividere con altri colleghi. Volente o no. Le forme nelle quali questo avviene sono veramente molte. Però avviene. Associarsi ad un contesto specialistico, nello specifico come nel caso di A.N.I.N., permette l'accesso a momenti di confronto che nessuna libera lettura scientifica isolata permetterebbe. E gli infermieri, più di altre professioni, se

ne rendono conto ogni giorno. Personalmente sono molto fiduciosa nel futuro e se guardiamo alla storia dell'associazione, dal 1975 ne abbiamo percorsa davvero molta di strada.

Parlando di questo, quarantuno anni portati molto bene dall'associazione.

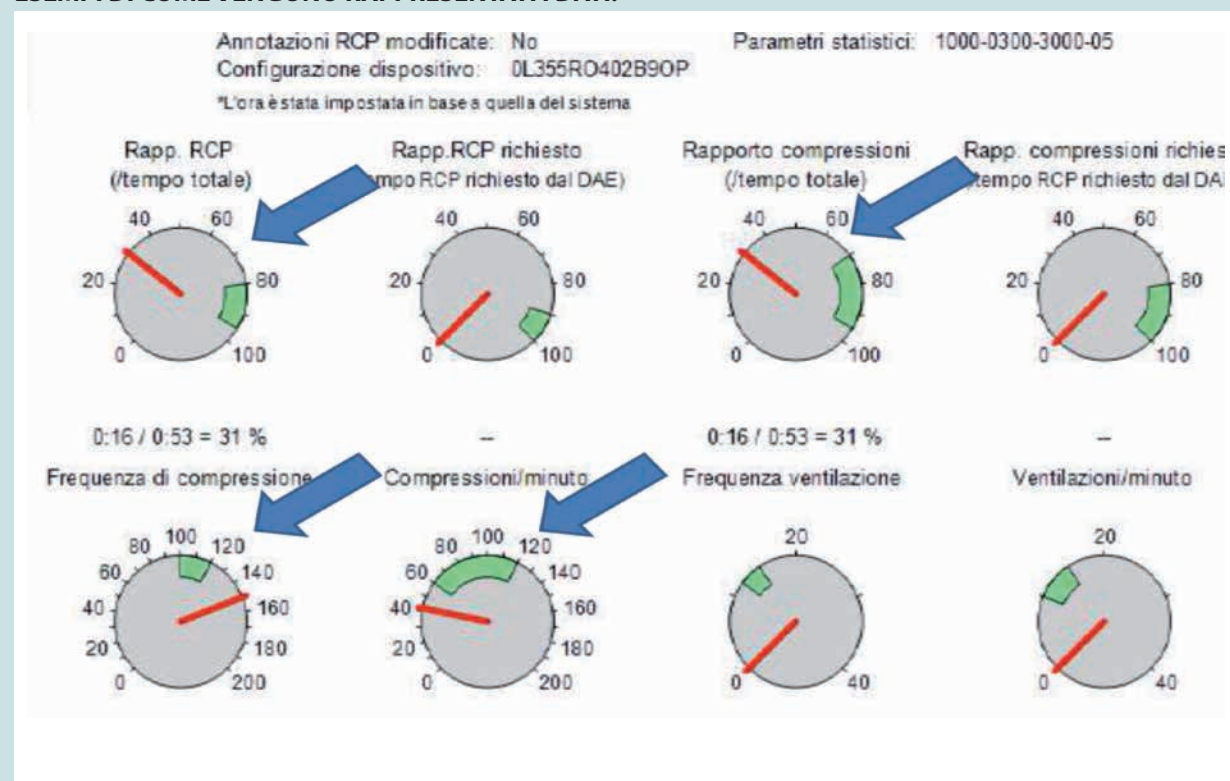
Il bagaglio di esperienza di A.N.I.N. è veramente qualcosa di importante, sia a livello qualitativo che quantitativo. Siamo stati però in grado di ricercare e trovare linguaggi sempre attuali. In merito a questo abbiamo nel tempo sviluppato il sito, aggiornato la grafica del nostro periodico e siamo orgogliosi di essere sbarcati sui social networks, prima con il gruppo facebook, poi con la pagina ufficiale (ANIN, ndr). Invitiamo tutti i vostri lettori a raggiungerci secondo le loro preferenze e rimanere così in contatto.

Abbiamo voluto anche investire sulla possibilità di iscriversi all'associazione tramite il nostro sito ufficiale, www.anin.it. Questo garantisce il miglior servizio per tutti gli associati, distribuiti in tutta Italia.



Cristina Razzini, Presidente ANIN

ESEMPI DI COME VENGONO RAPPRESENTATI I DATI:



“Conoscenza e scambio”.

L'Academy Case Management Italia

Dall'idea di un gruppo di professionisti che quotidianamente opera nei percorsi di cura prende forma Academy Case Management ITALIA. Per conoscere questa nuova realtà associativa professionale, abbiamo rivolto alcune domande al Fondatore ed editor in Chief Emanuele Bascelli, amico e stimato professionista.

Emanuele, perché si è costituito Academy Case Management Italia e quale è la mission?

Intanto vorrei ringraziare il Collegio IPASVI di Bologna, per la sempre dimostrata possibilità e apertura mentale a temi che riguardano la nostra professione Academy Case Management Italia, come un'Accademia dell'antica Grecia, si propone come luogo “cloud” di conoscenza e piattaforma di scambio rispetto a quella che è la presa in carico della persona. Un luogo dove approfondire logiche del case management, ma anche di Infermieristica di famiglia e di comunità, dell'assistenza infermieristica domiciliare, ambulatoriali e ospedali di comunità per tentare di ridare la centralità alla cura delle persone e visibilità ai professionisti nella più ampia totalità. Questo è già possibile perché Academy collabora con vari centri internazionali di case e care management ed è ampiamente distribuita con un comitato editoriale nelle varie regioni italiane.

Il vostro target di riferimento quindi sono le persone insieme ai professionisti?

Absolutamente sì. Academy Case Management oggi non vuole essere affatto un'associazione, ma attraverso il modello internazionale della libera circolazione dell'informazione scientifica vuole raggiungere tutti i professionisti che ogni giorno sono nelle corsie, al fianco dei pazienti, offrendo articolo e spunti evidence based nursing per il miglioramento delle conoscenze e della pratica. Quindi i beneficiari saranno le persone di cui noi quotidianamente ci prendiamo cura e, con una umanizzazione dei modelli organizzativi, farli diventare a misura delle persone che assistiamo.

Cosa offrite ai professionisti?

AcademyCM è tutto ciò che può essere informazione e innovazione relativamente ai temi dell'assistenza, dei modelli di presa in carico, dell'EBP, di nuovi pensieri culturali di lavoro, ma anche dei meccanismi di management innovativi e che pensiamo possano essere utili per gli infermieri e ad altri professionisti della salute.

Per noi di AcademyCM la diffusione e la conoscenza delle nuove applicazioni tecnologiche che interagiscono con le cure e l'assistenza è di primaria importanza poiché ci permette di mantenere il passo con l'evoluzione della tecnologia che cambia rapidamen-



te. Il balzo culturale può avvenire solo con un approfondimento culturale totale, proveniente dalla letteratura scientifica e non solo. Sulla nostra piattaforma web, la redazione editoriale seleziona attentamente articoli dall'organizzazione alla clinica, mentre sulla nostra pagina facebook sono dedicati brevissimi spazi di scrittori, pensatori classici e moderni solo con l'intento di tentare di incuriosire l'utente. Questo perché desideriamo dare sostegno alle professioni sanitarie e alla ricerca, in particolare ad oggi, relativamente a quella infermieristica.

Chi può far parte di Academy

Tutti i professionisti possono entrare nell'accademia AcademyCM perché crediamo fermamente nel pensiero “Open Access” e senza legami a sponsor. Ogni sei mesi apriamo un bando per nuovi redattori aperto a tutti e la partecipazione prevede due nette prerogative: non onerosa e che rispetti sempre il meccanismo di distribuzione della condivisione internazionale “common creative 4.0”, ove non vengono riportate specifiche di diritto.

Futuro della piattaforma AcademyCM?

Riuscire a non perdere mai la forza di crederci e poi tanta Tecnologia, innovazione, sostegno alle competenze specialistiche, diffusione dei modelli innovati di presa in carico dell'assistenza e, chissà, magari una “Italian Academy School, e, senza presunzione ma solo per farmi comprendere meglio, nello stile della conferenza TED (Technology Entertainment Design) e, come dicono gli inglesi, solo per parlare di noi professionisti su “ideas worth spreading” (idee che val la pena diffondere), ma ci stiamo lavorando.



Simonetta Giarrusso
Infermiera
Revisore dei Conti Collegio IPASVI Bologna

Un progetto di vita per la persona disabile adulta. Il racconto di un'infermiera”

La persona disabile adulta che vive in comunità, sperimenta un'esperienza di vita volta alla promozione delle autonomie, all'inclusione sociale, alla socializzazione. L'affettività, la condivisione degli spazi, il fluire delle emozioni all'interno di un gruppo di pari, spesso coetanei, se favoriti da un buon clima e da un attento lavoro di cura multidimensionale, consentono alla persona portatrice di disabilità, di vivere una buona realizzazione personale, secondo il modello bio-psico-sociale.

Il progetto di vita di ogni persona disabile, in Residenza, si avvale di laboratori musicali e manuali, piccole esperienze di giardinaggio, fisioterapia in gruppo e molte attività esterne volte all'inclusione sociale. In questo lavoro di squadra, il gruppo operativo costituito da un Coordinatore, Oss, Educatori e da un Infermiere, è un sistema vivo e dinamico all'interno del quale si struttura una rete di competenze e meta-competenze condivise. Non si diventa infatti competenti da soli, ma è il sistema che crea competenze ed una cultura esperta e intelligente di gruppo.

Il coinvolgimento e la partecipazione delle famiglie è un punto fondamentale per la serenità di chi vive in residenzialità. Molti genitori vivono con lacerazione e senso di colpa la separazione abitativa dai propri figli affetti da severe disabilità psico-organiche. In realtà un figlio disabile che esce di casa, per partecipare alla vita di comunità, può beneficiarne in termini di progressione verso le autonomie e l'adulità.

Ma è indispensabile, in questo percorso, avere le famiglie a fianco e dentro il progetto di vita degli Ospiti del centro, creando un clima di fiducia e scambio reciproco.

Ai nostri Centri Residenziali giungono persone disabili adulte (solitamente over 40 e 50) che hanno sempre vissuto in famiglia, quando questa inizia a dare cenni di cedimento per salute o età.

Sono persone portatrici di sindromi psico-organiche variegata: encefalopatie epilettiche residuali da pregressi traumi perinatali, o da encefaliti infantili; sindromi dello spettro autistico e psicosi d'innesto; patologie congenite neurologiche rare, ritardo mentale, deficit del linguaggio, paresi spastica e flaccida.

Tali pluri-patologie subiscono l'ingravescenza dell'età e ad esse si correlano frequentemente disfagia, vescica neurogena, sindromi da rallentamento motorio e allettamento, incontinenza, infezioni urinarie e polmonari, calcolosi renali e biliari, ipertensione, cardiopatie, diabete, glaucoma. La presa in carico di una persona che non sa esprimersi e che porta con sé tanta sofferenza ed un vissuto familiare doloroso e simbiotico, richiede una modifica dell'approccio alla lettura dei bisogni, da parte dell'Infermiere.

La raccolta dati anamnestica e l'accertamento infermieristico, l'intervista ai parenti per ricostruire la storia clinica della persona disabile, sono momenti fondamentali per conoscersi e strutturare ponti di fiducia tra professionisti e famiglia.

I modelli funzionali della salute si arricchiscono di sfumature complesse; la tolleranza allo stress, la sessualità, il ritmo del sonno, l'affettività, il rapporto con il cibo, di una persona con ritardo mentale e psicosi d'innesto con epilessia ed episodi di agitazione critica, richiedono valutazioni specifiche. L'osservazione, la prevenzione e la cura, ad esempio, di sindromi dolorose necessitano di conoscenza e competenza dedicate; la persona disabile può

evidenziare la presenza del dolore con agitazione psico-motoria e linguaggio non verbale, che vanno decodificati, interpretati e contestualizzati.

L'Infermiere che lavora in questo contesto ha un ruolo di **formazione continua** rivolta al gruppo degli Oss (strutturati e sostituiti). Con essi instaura una collaborazione intensa attraverso il dialogo parlato e scritto, la verifica settimanale, i momenti di briefing e debriefing.

L'Infermiere deve costruire un forte sistema tutoriale nei confronti del gruppo operativo, attraverso un flusso di informazioni, consegne, procedure, che ne promuovano la cultura assistenziale, la formazione continua, trasmettendo saperi, individuando i bisogni di apprendimento.

Sapere gestire una crisi epilettica, riconoscerne i tratti di anomalia se e quando presenti; sapere rispettare gli spazi fisici ed emotivi personali, delle persone con tratti autistici; sapere creare un buon clima affettivo nel gruppo, affinché si riducano le situazioni di stress e scompenso psicotico.

Di grande importanza è la diffusione della cultura della contenzione affettiva, in modo che il ricorso alla contenzione farmacologica e meccanica perdano di valore e diventino inesistenti.

Di rilievo è la **gestione dell'errore** in funzione educativa, come momento di crescita dell'intero gruppo operativo. Questo perché l'assistenza impostata dall'Infermiere in collaborazione con Coordinatore ed Educatori, abbia uno sviluppo idoneo e sostenibile, attraverso il lavoro di cura svolto poi dagli Oss, in osservanza di quanto disposto dai Profili professionali. All'Infermiere

compete quindi la **pianificazione dell'assistenza**, fatta di osservazione e ascolto, interpretazione di segni e sintomi, di riflessione all'interno del contesto anamnestico della persona, per giungere alla definizione degli obiettivi assistenziali e, quando possibile, attivare un orientamento alla **diagnosi precoce** di patologie intercorrenti, attraverso un raccordo con il Curante. Il Medico curante effettua un accesso mensile o bimensile, per monitoraggi e visite, più eventuali e rari accessi in urgenza; molti sono i problemi risolti su consulenza telefonica, seguiti poi da prescrizione scritta. Ecco quindi un'esperienza professionale umanissima di governo sanitario, a gestione infermieristica. Esperienza viva e vitale, un vero laboratorio di flussi affettivi, e promozione della salute di persone disabili e di prevenzione di disagio e patologie aggiuntive.

In ultima analisi la deontologia professionale infermieristica è il fondamento filosofico della professione, da cui attingere pensieri e costruire metodologie efficaci di assistenza.

Gli articoli (20, 21 e 24) esplicitano il dovere dell'Infermiere di ascoltare, informare e coinvolgere l'assistito e la sua famiglia nel piano di assistenza; l'articolo 19 esplicita il dovere dell'Infermiere di promuovere stili di vita sani, attraverso le informazioni e la cultura della salute, sostenendo la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Una citazione. “...Siamo chiamati a lavorare per il benessere integrale delle persone che incontriamo (...) siamo chiamati a essere educatori, con la volontà di riunire, collegare, (...) cogliendo tutti gli spunti di libertà possibili (...)

Siamo chiamati a ricreare con il sofferente una vita difficile, rimodellandola per permettere alla sua immagine di tornare a brillare. (P.G. Monformoso)



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

Norvegia: il nuovo El Dorado per gli infermieri

L'aurora Boreale, il sole di mezzanotte, le montagne spettacolari, i ghiacciai, questa è la Norvegia, uno dei paesi più belli della Terra. Le regioni montane sono ricche di altipiani e cime spettacolari, mentre le lunghe spiagge accompagnano le coste da sud all'estremo nord. La Norvegia è un paese dai fiumi infiniti e dalle cascate possenti con 21 parchi nazionali. Da non tralasciare le Stavkirke, chiese di legno risalenti al medioevo, e l'architettura contemporanea offerta da questo paese.

In Norvegia, 5 milioni di abitanti, il sistema sanitario pubblico è gestito dal Ministero della Sanità e degli affari Sociali, al quale spettano la programmazione e il controllo delle politiche di tutela della salute nazionale.

L'erogazione dei servizi sanitari è decentrata ed è affidata ai comuni e alle cinque provincie sanitarie in cui è suddiviso il territorio.

I primi si preoccupano di provvedere ai servizi essenziali, quelli relativi alle strutture della medicina di base, mentre le seconde si dedicano ai servizi più specialistici, ad esempio gli ospedali. Accanto alle strutture pubbliche operano inoltre una serie di ambulatori e di cliniche private.

Abbiamo intervistato la nostra collega **Maria Venturi**, per capire quali opportunità può offrire questa nazione agli infermieri italiani in cerca di nuove opportunità.

Maria si è laureata nel Novembre del 2013 presso l'Università di Bologna, sede formativa Bologna 2. Durante il terzo anno di corso, ha avuto la possibilità, grazie al progetto Erasmus, di frequentare per tre mesi l'università di Haugesund nei pressi di Bergen. Durante questa esperienza ha frequentato il reparto di medicina interna e una casa di riposo pubblica, dove ha conosciuto delle coordinatrici infermieristiche che hanno apprezzato molto la sua preparazione, e le hanno proposto di ritornare anche dopo la laurea.

Cinque mesi dopo la laurea, ultimate tutte le procedure burocratiche per poter lavorare come in-

fermiera in Norvegia, non avendo avuto nessuna offerta di lavoro interessante in Italia, Maria ha deciso di partire per questa interessante esperienza. Noi le abbiamo fatto alcune domande per raccontare la sua storia e dare ai lettori la possibilità di capire cosa bisogna fare, se avessero intenzione di partire, e quali opportunità offre questo Paese del Nord Europa.

Abbiamo capito che la tua scelta è stata condizionata dall'esperienza positiva di progetto erasmus durante l'Università. Puoi spiegarci qual è stato l'iter burocratico che hai dovuto seguire per lavorare come infermiera in Norvegia?

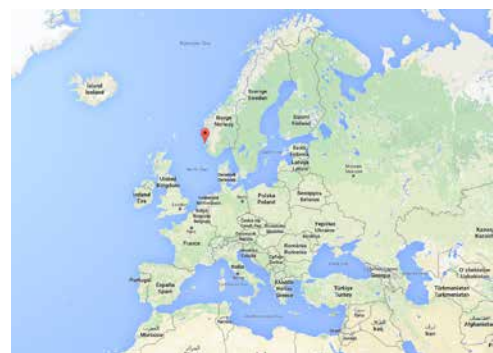
Maria: La preparazione dei documenti per l'abilitazione ad esercitare in Norvegia è un percorso piuttosto lungo ed impegnativo.

Nella preparazione sono stata aiutata dalle coordinatrici infermieristiche che mi han-

no assunto in Norvegia.

È necessario seguire la check-list indicata sul sito dell'ufficio statale norvegese per il rilascio delle autorizzazioni al personale sanitario (<http://sak.no>) e i documenti richiesti comprendono:

- modulo di iscrizione SAK da compilare in inglese;
- passaporto;
- certificato di laurea valido per l'estero rilasciato dall'università di appartenenza;
- certificato di laurea rilasciato dal Ministero della Salute;
- CCPS (certificate of current professional status)



Università di Haugesund

che in italiano si può tradurre con "attestato di onorabilità professionale" sempre rilasciato dal ministero della salute.

Ho inoltre dovuto produrre la traduzione dei documenti in inglese e la loro asseverazione per poterli inviare ad Oslo. (traduzione giurata)

Questa parte, è stata la più laboriosa, perché ho dovuto affrontare la burocrazia italiana e i tempi di attesa si sono allungati soprattutto per i documenti rilasciati da Roma. Una volta spediti i documenti ad Oslo il mio obiettivo era raggiunto, ho ricevuto l'autorizzazione e la registrazione all'Albo degli infermieri norvegesi dopo due settimane.

In che reparto lavori? Ci puoi descrivere l'organizzazione del lavoro?

Maria: Lavoro in una delle sei case di riposo comunali di Haugesund. L'edificio è grande e moderno, dotato di tutte le attrezzature necessarie, permette ai dipendenti di lavorare in sicurezza e di accogliere i pazienti e i loro cari in un ambiente familiare.

La struttura ospita circa 150 pazienti suddivisi in tre reparti: degenze brevi, dipartimento psichiatrico/demenza e il dipartimento somatico presso cui lavoro.

Lo staff infermieristico comprende:

- l'infermiera responsabile del dipartimento (che si occupa principalmente degli aspetti amministrativi e burocratici),
- l'infermiera "case manager",
- infermieri e assistenti (oss) suddivisi in quattro gruppi assegnati rispettivamente a quattro gruppi di pazienti.

Lo scopo di questa suddivisione è che ogni gruppo di infermieri ed assistenti, conosca a fondo i propri pazienti, in modo erogare un'assistenza il più possibile personalizzata e centrata su ogni singolo assistito.

Il lavoro si basa principalmente su routines assistenziali, gli infermieri si occupano dell'elaborazione dei piani assistenziali, della somministrazione delle terapie, delle procedure infermieristiche e dell'assistenza di base, quest'ultima svolta in collaborazione con gli assistenti (oss).

La visita medica avviene una volta alla settimana; in questa occasione l'infermiere di turno accompagna il medico aggiornandolo sulle condizioni cliniche dei pazienti del suo gruppo. Se necessario, vengono modificate le terapie, ordinate visite specialistiche ed organizzati incontri con i familiari dei pazienti che lo desiderassero. I medici considerano attentamente le nostre osservazioni e dialogano con gli infermieri e con i "case manager" per definire la migliore strategia assistenziale.

Gli infermieri sono inoltre responsabili di elaborare e modificare piani assistenziali per la prevenzione dei rischi e la promozione della salute, a seconda dei bisogni del singolo paziente. Questo avviene durante incontri strutturati, nei quali "case manager", infermieri ed assistenti collaborano al fine di soddisfare gli specifici bisogni assistenziali. I risultati di questo modello sono tangibili e influenzano positivamente l'intero ambiente lavorativo (ad esempio nell'intero dipartimento somatico in cui lavoro, su 40 pazienti, solo uno presenta ulcere da pressione, nonostante la maggior



parte sia allettata o in sedia a rotelle).

I pazienti ricevono cure e terapie mirate, soprattutto nella fase terminale, con il fine di accompagnarli ad una morte dignitosa, senza dolore o angoscia, insieme alle famiglie che hanno il diritto di restare insieme al paziente 24 ore su 24 (viene offerto un letto e il vitto). In Norvegia il sistema educativo ha come obiettivo principale quello di insegnare la collaborazione, e ho potuto apprezzare questo aspetto proprio nel mio ambiente lavorativo, dove ogni opinione ha uguale dignità, ed i livelli gerarchici, tendono ad assumere con giusta evidenza il loro opportuno significato, in relazione alle diverse competenze.

Esiste nel sistema universitario Norvegese la possibilità di specializzazione per la professione infermieristica?

Maria: Il comune offre diversi corsi, gratuiti o a pagamento per migliorare le competenze e conoscenze infermieristiche in diverse aree. A chi lavora nella mia realtà, vengono offerti corsi che riguardano l'assistenza all'anziano e le cure palliative. All'università, ci sono inoltre vari corsi di specializzazione che assomigliano ai nostri master italiani. Presso l'università che ho frequentato durante il master ad esempio, esiste una specializzazione per l'assistenza sul territorio o per infermieri offshore (per lavorare sulle piattaforme o sulle navi).

Il corso più simile alla specialistica italiana si trova, invece, in università di centri urbani più grandi come Oslo o Bergen. Per accedere ai corsi universitari è necessaria una conoscenza approfondita della lingua norvegese (livello B2).

La preparazione che ti ha fornito l'università italiana è stata adeguata al ruolo che oggi ricopri? Cosa cambieresti nel sistema universitario italiano?

Maria: Ritengo che la mia preparazione sia stata buona, ma ho verificato come alcune competenze, per esempio quelle relative alla comunicazione, si possano adeguatamente approfondire soprattutto nella pratica. L'esperienza che ho fatto nell'ultimo anno e mezzo mi ha sicuramente resa una professionista migliore nell'area della geriatria.

Mi sono laureata nel 2013 con il precedente ordinamento: all'interno del mio corso avrei apprezzato che le materie principali come infermieristica (con particolare riferimento ai laboratori pratici), anatomia,

fisiologia, patologia e farmacia, fossero state trattate in un arco di tempo più ampio e dedicando loro un maggior numero di ore.

Quali sono le principali differenze che hai notato rispetto alla tua esperienza negli ospedali italiani? Quale posizione occupa nella società Norvegese l'infermiere?

La differenza più marcata che ho potuto osservare è proprio l'assistenza personalizzata. C'è rispetto della volontà del paziente, il quale viene assecondato e stimolato il più possibile per il mantenimento della propria autonomia. Si cerca sempre di dare al paziente l'opportunità di scegliere ed anche nei casi di demenza viene data grande importanza al feedback non verbale dell'assistito. Se il paziente sembra infastidito, spaventato o semplicemente stanco, le routines vengono modificate e si lascia tempo al paziente fino a che non sia pronto per le procedure terapeutiche.

Il ruolo sociale dell'infermiere mi sembra positivamente valorizzato. La mia esperienza lavorativa in Italia è stata molto breve ma, credo di poter segnalare in generale un maggiore apprezzamento della professionalità e del merito nel mondo del lavoro.

L'esito di questa tendenza, ha effetti positivi sulle relazioni fra colleghi ed anche fra i professionisti impegnati in livelli gerarchici diversi.

Quali sono le tue prospettive future?

Da quando mi sono trasferita ad Haugesund lo studio del norvegese mi ha molto impegnata: la buona padronanza della lingua è una competenza critica nell'esercizio delle professioni sanitarie, e per chi come me interagisce con gli anziani diventa condizione imprescindibile per svolgere con efficacia il proprio lavoro. Come tutti i paesi occidentali anche la composizione della popolazione norvegese sta cambiando e la percentuale di anziani si va incrementando costantemente: la sanità pubblica norvegese fronteggia questa tendenza strutturando il proprio organico, per assicu-

rare la necessaria assistenza, assumendo professionisti di diverse nazionalità. Conoscere bene il norvegese offre quindi la possibilità di ampliare le opportunità di impiego. Sono molto soddisfatta del rapporto che ho con i miei colleghi norvegesi e non, e grata per come sono stata accolta nell'ambiente multiculturale che si è creato al lavoro. Le opportunità di specializzazione e crescita professionale sono reali e molteplici, e spero che la mia esperienza positiva, possa ispirare i colleghi italiani a partire per la Norvegia.

E' sempre molto interessante ascoltare l'esperienza di chi ha avuto il coraggio di partire per inseguire il proprio destino lontano dall'Italia. Questa storia, racchiude anche il fascino del paese scelto come metà del proprio futuro professionale. Possiamo cogliere, l'umanizzazione dell'assistenza, possibile per il tipo di organizzazione che, consente il rispetto e l'integrazione delle varie figure professionali coinvolte nel processo di assistenza. La Norvegia è uno dei paesi in Europa con la tassazione maggiore, nel quale però, l'uso di questa, trova efficace ed efficiente utilizzo nei servizi offerti. Guardiamo spesso l'estero con invidia, pensando alle possibilità di sviluppo professionali possibili per l'infermiere, ma scordando che quello che servirebbe in Italia, non riguarda solo la nostra professione, ma un cambiamento radicale della società. Lo sviluppo della nostra professione, parte dal porre il paziente, quindi la persona, al centro del sistema, qualunque esso sia, sanitario, o dei servizi. Quando avremo queste premesse, allora avremo la possibilità di offrire lo stesso tipo di assistenza degli altri paesi europei. Quello che emerge infatti, non è la mancanza di professionalità, ma la mancanza di un sistema che la supporti. Questo si tradurrebbe in un uso delle risorse economiche migliori, una valorizzazione delle professioni sanitarie, e un miglioramento del servizio offerto.

Ad Maiora



The graphic features the IPASVI Bologna Channels logo at the top left, which includes a stylized hand holding a flame. Below the logo, the text "IPASVI BOLOGNA Channels" is displayed. The central part of the graphic shows a desktop computer monitor, a laptop, and a tablet, all displaying the IPASVI website. A magnifying glass is positioned over the laptop screen. To the right, a smartphone also displays the website. The background is a light blue sky with white clouds and a yellow ground with orange traffic cones and a yellow crane. The text "Communication work" is written in a large, blue, sans-serif font. Below this text, there is a small illustration of a white truck with a blue brush attachment, spraying paint. The website address "www.ipasvibo.it" is written in a blue, sans-serif font. At the bottom, there are four social media icons: Facebook, Twitter, YouTube, and Google+. The text "designed by freepik.com" is written in a small, black, sans-serif font at the bottom right.



www.ipasvibo.it



Il nuovo sito internet del Collegio IPASVI di Bologna News, approfondimenti, formazione, curiosità, fotografie, video.

Le notizie di attualità sanitaria Tutto in un'unica pagina.

70.000 visitatori nel mese di Novembre 2016. Seguici anche tu!

Seguici anche su:



Facebook



Twitter



You Tube



Google +