

Parliamone

Anno 12 - N. 2 - Novembre 2002 - Sped. ai sensi dell'Art. 2 - Comma 20/c - Legge N. 662 del 23.12.96 - Tab. C - Autorizz. DC/DCI/01/01/L SONDRIO

Trimestrale di informazione settoriale - Autorizzazione Tribunale di Sondrio n° 218 del 19-2-1991 - Direttore Responsabile Ercole Andrea Piani
Redazione: Via IV Novembre, 11 - Sondrio - tel. 0342-218427 - fax 0342-517182 - E-mail: ipasviso@tiscalinet.it - ipasviso@libero.it - Stampa Lito Polaris (So)

In caso di mancato recapito restituire a:
Collegio IPASVI - Via IV Novembre, 11 - 23100 Sondrio

ALDO, UN MIO AMICO

di Ercole Piani

*La morte non è il mancare del sole,
ma lo spegnersi della lampada al
sopraggiungere della luce del giorno.*

Poeta indiano

Vi voglio parlare di un amico: primo perché è una persona di cui ho sempre avuto un'enorme stima, secondo perché mi manca e terzo perché il suo ricordo mi accompagna nella preparazione del prossimo convegno "Le cure di fine vita, come aiutare a vivere". Era uno di quegli amici con cui hai condiviso tappe importanti della gioventù, che non vedi regolarmente ma quando l'incontri, anche dopo settimane o mesi, puoi continuare il discorso proprio dal punto in cui lo hai lasciato. Insomma la sua presenza era anche nell'assenza, c'era anche quando non c'era, era lì ed io lo sapevo. Era un lettore e amico di "Parliamone" tanto che alla ripresa della stesura del giornale si era prodigato a renderlo pubblico tramite il suo sito di internet elogiando e incitando, insomma era anche lì. Come responsabile del giornale ricorrevo spesso ai suoi consigli, a lui che era un abile giornalista e sapeva trasmettere tramite la parola la ricchezza del suo pensiero. Attento alle più svariate problematiche, critiche e propositive sapeva rispettare le idee di tutti senza entrare a compromessi con le proprie. Ne ammiravo la libertà di pensiero unita al profondo rispetto

per quella altrui, ascoltava senza giudicare ed esprimeva senza sentenziare, qualità sempre più rare che rendeva piacevole lo scambio di idee. L'ultimo incontro, pochi giorni prima della sua morte, quando per caso, passando per la sua via alla sera e vedendo la luce accesa, sono entrato nel suo studio. Sapevo della sua malattia eppure non fu quello il motivo della visita, avevo semplicemente voglia di vederlo. Anche quell'incontro fu come tutti gli altri, seduto davanti al computer mi parlava come sempre come se il male che lo stava spegnendo non gli appartenesse, o per meglio dire fosse una presenza che non doveva modificare il fluire della sua esistenza. Accorgermi che il suo respiro era alimentato dall'ossigeno, quasi nascosto, e che una manata amichevole sulla spalla gli provocava dolore fu come scontrarsi con una realtà inattesa, ben conosciuta, eppure scordata. Imputai la mia disattenzione ad un sentimento di egoistica amicizia in cui il bisogno della sua presenza amica cancellava ogni umana pietà, per rendermi poi conto che proprio di quella aveva timore. La malattia non doveva prendere il sopravvento sul-

la persona, se avesse inquinato quell'incontro serale, si sarebbe sentito vinto da quel male che gli apparteneva, ma che non era lui. Quando si parlava di assistenza soleva ripetere che la prima regola per un infermiere è il rispetto per il malato, il riconoscimento della sacralità della persona nella sofferenza, la libertà di gestire la malattia uniformemente al proprio modo d'essere e di intendere la vita. Alla vigilia del convegno che ci attende il 22 novembre, quale migliore insegnamento ed esempio. In silenzio, con dignità ha saputo nuovamente stupirmi. Alla notizia della sua scomparsa ha prevalso all'inizio l'egoismo di venire consolato come se non a lui, ma a me fosse stato sottratto qualcosa ma è poi subentrata la sensazione della costanza di una presenza. Incontrare i suoi familiari, passare davanti a casa non mi procura un senso di perdita ma bensì la certezza di una presenza. E' la pienezza di chi è riuscito durante l'esistenza a vivere la propria sopravvivenza. Grazie per non aver chiuso il discorso, non so in che modo o in quale dimensione, ma incontrandoti mi dirai: "Parliamone".



Cambiamenti nel sociale e riflessi sui servizi per anziani

di Claudio Tagliapietra*

1. Crisi del welfare state e trasformazioni in atto

Dall'inizio degli anni '90 è in atto in Italia un processo di graduale riforma del sistema di protezione sociale. Nuovi problemi connessi ai mutamenti strutturali dell'organizzazione produttiva e delle forme di lavoro nelle economie occidentali si sono infatti aggiunti agli antichi nodi irrisolti del nostro sistema assistenziale nazionale rendendo necessarie la ricerca e l'adozione di percorsi e modelli che nel loro complesso contribuiscono a ridefinire gli interventi di politica sociale. Dall'invecchiamento della popolazione alla precarizzazione e flessibilizzazione del mercato del lavoro; dalle trasformazioni dei nuclei di convivenza familiare alle nuove forme in cui si manifesta il disagio giovanile; dall'aumento del numero dei senza fissa dimora alla straordinaria crescita dei flussi migratori; dalla diffusione di nuove patologie alla crescente attenzione verso l'assistenza e la riabilitazione dei portatori di handicap; dagli spettacolari progressi della genetica e delle biotecnologie ai nuovi, sofisticati sistemi tecnologici di diagnosi e cura; dalla società multietnica alla sicurezza delle città; dalla crisi delle tradizionali agenzie di socializzazione alle nuove forme di comunicazione, tutto spinge verso un radicale mutamento del welfare state così come le società sviluppate dell'Occidente lo hanno conosciuto e praticato negli ultimi decenni.

Il "welfare state" o "stato sociale" che ha consentito per mezzo secolo di coniugare la crescita economica con la ridistribuzione delle risorse, la riduzione dell'emarginazione, l'espansione della produzione e l'allargamento della sfera dei diritti sociali, mostra oggi chiari sintomi di obsolescenza e sembra, pertanto, richiedere una revisione radicale per continuare a rispondere ai cambiamenti strutturali, sociali e culturali propri di una società non più industriale, ma post industriale. In discussione non è l'idea di "stato sociale" ormai incorporata in modo irreversibile nell'idea stessa di sviluppo, ma la sua forma e la sua estensione nel



nuovo scenario sociale, produttivo e tecnologico di economie sempre più globalizzate. Fattore determinante e condizionante di questo necessario processo di revisione è sicuramente l'incessante incremento dei costi che gli attuali sistemi di welfare comportano con la loro perversa spirale di crescita del debito pubblico-aumento degli interessi passivi-disavanzo in cui ogni fattore spinge continuamente al rialzo tutti gli altri. Ma quello economico non è tuttavia l'unico elemento condizionante. Ad esso, infatti, si associa anche la trasformazione demografica con il progressivo invecchiamento della società che, intrecciati all'estensione delle tutele sociali e ai processi di deindustrializzazione e terziarizzazione dell'economia, fanno assomigliare sempre più la nostra società a una piramide rovesciata in cui una base sempre più ristretta di contributi economico lavorativi deve sostenere un edificio sempre più ampio di bisogni sociali. Ne derivano politiche pubbliche sempre più orientate alla modifica dei sistemi pensionistici con l'uscita ritardata dal mondo del lavoro e l'innalzamento dell'età pensionabile e un generale riorientamento nel campo della tutela dell'invalidità e della disoccupazione, con l'introduzione di nuove forme assicurative individuali e nuovi rapporti fra pubblico e privato. A questi effetti se ne aggiungeranno altri che necessariamente dovranno essere tenuti sotto controllo e, soprattutto, orienta-

ti ad un disegno complessivo volto possibilmente a salvaguardare i principi di solidarietà e di benessere generale dell'individuo.

2. Il sistema integrato di servizi socio-assistenziali

Nello scenario sopra descritto si colloca la Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, che mette in evidenza la necessità di assegnare la centralità nel campo socio-assistenziale al welfare locale e di dare unità ad un settore di intervento pubblico fortemente frammentato. Ribadisce che i soggetti della programmazione e

CONTINUA A PAGINA 2 ►

all'interno

La pagina della trasparenza	pag. 3
Dalla parte dell'anziano	pag. 5
Fiori di Sparta	pag. 8
Trattamento infermieristico delle ferite traumatiche in Pronto Soccorso	pag. 12
Dalla parte del bambino	pag. 14

Farli stare meglio nel nuovo millennio

di Pier Luigi Morosini*

- Tutte le volte che gli altri fanno qualcosa che ti piace, anche se è una cosa piccola, come portarti il caffè o cederti il posto in coda o fare bene qualcosa che sono tenuti a fare per il loro lavoro, diglielo. Non perdere l'occasione di fare un complimento sincero e di ringraziare con un sorriso.
- Assicurati che gli altri capiscano bene ciò che dici. Controlla se hai capito bene quello che gli altri hanno detto e quello che essi provano. Ad esempio puoi dire: "Vorrei essere sicuro di essermi spiegato bene. Dimmi quello che hai capito con le tue parole". Oppure chiedi: "Fammi un esempio, per favore". O ancora: "Mi sembra che tu stia male (oppure sia arrabbiato, ecc.) perché ti ho detto... Ho capito bene?"
- Se proprio devi dire a qualcuno che qualcosa che ha fatto non ti è piaciuto, critica il suo comportamento specifico e non lui come persona. Non fare riferimento a regole generali morali ma al tuo modo di sentire. In questo modo è più facile che in futuro la persona si comporti diversamente. Comunque, eviterai offese e litigi.
- Ad esempio, un padre dovrebbe sforzarsi di non dire ad un figlio: "Sei il solito disgraziato che non sa stare al mondo. Nessuna persona decente manca così ai suoi impegni". Potrebbe invece dire: "Sono deluso perché hai mancato al tuo impegno e non sei andato a quell'appuntamento. Cosa pos-

siamo fare perché la cosa non si verifichi più in futuro?"

- E ad un amico che si intende continuare a frequentare ci si dovrebbe sforzare di non dire: "Sei una persona di cui non ci si può fidare e un mascalzone. Mi hai rotto le scatole davvero". Sarebbe meglio dire: "Sono arrabbiato con te perché hai detto a Luisa quello che ti avevo raccomandato di non dire a nessuno. Dimmi che cosa intendi fare per rimediare".

PER STARE MEGLIO CON TE STESSO

- Fai con gli altri le cose dette sopra. Aiutare gli altri a stare meglio è forse il modo migliore per stare meglio con se stessi.
- Non stare troppo a pensare chi sei davvero e che cosa vuoi fare "da grande". Tutti noi siamo molte cose a seconda dei periodi della vita e delle circostanze, e vogliamo tante, forse troppe cose. Datti invece degli obiettivi realistici ma stimolanti da raggiungere entro sei mesi, un anno, tre anni. Ad esempio:
 - Tra un anno voglio essermi fatto due amici veri;
 - Entro tre anni voglio cambiare lavoro;
 - Voglio imparare a ballare i balli sudamericani;
 - Voglio entrare a far parte di un gruppo di autoaiuto;
 - Entro un anno voglio rileggere bene il Vangelo o leggere almeno tre libri di Bertrand Russell.

E comincia a pensare a cosa fare per raggiungere questi obiettivi.

- Cerca la compagnia e l'aiuto degli altri. Anche tu puoi trovare delle persone di cui puoi fidarti e con cui puoi stare bene. Se sei in difficoltà o vuoi migliorare la qualità della tua vita, prendi in considerazione la possibilità di iscriverti ad una iniziativa del tipo "banca del tempo" o a un gruppo di mutuo aiuto o ad un'associazione di volontariato o frequenta la tua parrocchia. Se hai necessità e te lo puoi permettere, paga uno studente o un pensionato o un disoccupato perché ti porti a passeggiare o a fare spese o ti accompagni dove vuoi andare.
- Impara a fare qualcosa o impara a fare qualcosa meglio. La gente di solito pensa che imparare qualcosa sia faticoso e noioso. Non è vero. Se sei tu che scegli di farlo, di solito è molto piacevole. Inoltre arricchisce la tua personalità, aiuta a far nuove conoscenze e nuovi amici e anche magari a trovare un lavoro o a migliorare la tua posizione nel lavoro che fai. Comincia subito. Ad esempio si può imparare a:

- fare meglio il proprio lavoro, cucinare nuovi piatti, ballare, usare Internet, curare meglio il giardino o l'orto, suonare uno strumento, cantare in un coro, parlare una lingua straniera, riconoscere i funghi, scalare una parete di roccia, dipingere, fare lavori di grafica al computer, costruire mobili, fare le prime manovre di pronto soccorso, ecc.
- Uno dei vantaggi della società in cui viviamo è che, qualunque cosa vogliamo imparare, di solito si può trovare dove impararla. Molti comuni, ad esempio, organizzano ogni anno corsi gratuiti.
- Mantieniti attivo. L'esercizio fisico può aiutare molto se ti senti triste o in ansia. Trova qualcosa che ti piace fare (passeggiare, andare in montagna, andare in bicicletta, nuotare, ballare, fare sport) e fallo regolarmente.
- Non pensare troppo alle cose spiacevoli del passato. Impara dagli errori che hai fatto, ma guarda al futuro. Le persone che hanno sofferto e hanno sbagliato e sono riuscite a venire fuori sono spesso molto più interessanti di quelle che hanno avuto una vita per così

dire normale. Pensa a come vorrebbero che ti sentissi le persone che ti hanno voluto bene e a cui tu hai voluto bene.

- Accettati per come sei e per come vuoi diventare. Tranne che in casi estremi, è già un gran privilegio poter respirare, ammirare le albe e i tramonti, odorare i fiori, giocare con un bambino o con un cucciolo di cane. Accettare se stessi aiuta a diventare migliori e a difendersi meglio dalle ingiustizie della società.
- Non essere troppo perfezionista. Ricordati che è meglio fare, anche con qualche imperfezione, che fare poco, o non fare, mentre si aspetta di poter fare meglio degli altri.
- Non badare troppo ai giudizi negativi degli altri. Pensa ai tuoi valori e ai tuoi obiettivi. Chi non ti rispetta, è lui che ha dei problemi.
- Non bere o bevi con moderazione. Bere per risolvere o cercare di dimenticare i tuoi problemi aiuta al momento, ma poi non fa che peggiorare le cose.

Per concludere

- Pensa ogni giorno: "Che cosa posso fare oggi per avere un momento di allegria?" "Come posso rendermi utile agli altri?"
- Regala a te stesso e agli altri qualche sorriso in più.

* Istituto Superiore di Sanità, Roma

AIDO e i Madonnari

a cura del Gruppo AIDO di Tirano

Il 17 aprile 1997 veniva costituito a Tirano il Gruppo Comunale Aido, un'altra tappa del trentennale cammino dell'Aido Nazionale e più che ventennale dell'Aido Provinciale.

In questi anni abbiamo svolto attività di informazione e sensibilizzazione riguardo alla realtà della donazione di organi a scopo di trapianto terapeutico.

Un periodo, per noi, importante, che abbiamo deciso di festeggiare insieme: il 4 maggio scorso la presenza di dieci artisti Madonnari, singolare per le nostre zone, è stata espressione di offerta e condivisione con tutti.

Si è potuta apprezzare "l'arte povera" di strada e conoscere più da vicino la realtà del trapianto di organi a scopo terapeutico.

La scelta di artisti di strada è stata opportunamente individuata proprio per il messaggio di dono gratuito, in questo caso ai passanti, quale affinità con il gesto di ciascuno nel rendersi favorevole alla donazione degli organi con altrettanto slancio di amore verso gli altri.

CONTINUA DALLA PRIMA PAGINA

Cambiamenti nel sociale...

dell'organizzazione dei servizi alla persona sono gli Enti locali, le Regioni e lo Stato. Essi operano secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità ed agevolano il ruolo delle organizzazioni della cooperazione, delle Associazioni ed enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, delle confessioni religiose.

Nella legge viene riconosciuta come centrale la logica di "sistema integrato", ovvero quel complesso di funzioni, logiche, processi, strumenti che assumono tra i loro scopi principali quello della promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto. Viene altresì garantita la partecipazione attiva dei cittadini (con il contributo delle organizzazioni sindacali e delle associazioni sociali di tutela degli utenti).

Tra le disposizioni per la realizzazione di particolari interventi, giova ricordare l'attenzione rivolta dalla legge alle persone anziane non autosufficienti.

Mentre, tra gli strumenti favorevoli al riordino del sistema, vanno ricordati i Piani di zona, sui quali i comuni valtellinesi da tempo sono impegnati nel tentativo di definire gli obiettivi strategici, le priorità di intervento sociale, le attività predisposte per la loro realizzazione.

3. Gli effetti sui servizi per anziani

La crisi dello stato sociale, il modificarsi della normativa vigente in campo assistenziale, l'evolversi dei modelli di intervento integrato, lo sviluppo di logiche di welfare locale e di community care stanno inducendo nel sistema socio-assistenziale una serie di cambiamenti di carattere organizzativo-istituzionale. Primo fra tutti, la ricomposizione dei rapporti fra soggetti impegnati nella pianificazione, erogazione e verifica dei servizi agli anziani: il Comune diviene il punto di riferimento per tutte le iniziative condotte localmente, l'ASL mantiene la sua funzione di braccio operativo della Regione, le Residenze sanitarie assistenziali - IPAB dovrebbero modificare la propria natura giuridica in senso privatistico ed il terzo settore (cooperative sociali, volontariato, fondazioni, associazioni) diviene, invece, lo strumento istituzionale privilegiato per guidare il passaggio ad un modello in cui i decisori pubblici si concentrano sulle funzioni di programmazione e regolazione ed ai privati viene lasciata l'erogazione dei servizi. Secondo fenomeno importante indotto dai nuovi indirizzi di politica sociale per anziani è rappresentato dallo sviluppo di sistemi di programmazione e verifica volti a favorire l'effettiva integrazione fra soggetti sociali ed il reale perseguimento di obiettivi sociali. A questo



scopo va ricordato il "traumatico" (perché complesso ed oneroso) processo di accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (case di riposo) mediante la quale la Regione sta cercando di gestire quantitativamente e qualitativamente l'offerta residenziale di servizi all'anziano.

Tra i fattori condizionanti gli obiettivi di riforma non va certamente dimenticata l'eseguità delle risorse disponibili (lo 0,58% della spesa sanitaria complessiva è devoluto all'assistenza degli anziani non auto sufficienti). A questa si somma il forte disequilibrio fra le risorse riservate all'assistenza residenziale (il 90% della spesa complessiva dei servizi socio-assistenziali integrati per anziani riguarda il sovvenzionamento delle case di riposo) e quelle relative agli interventi territoriali, a testimonianza della ancora scarsa considerazione e/o della difficoltà di implementare

formule di intervento fondate su principi di domiciliarità e di community care (assistenza della e nella comunità). Non meno importante è la necessità di sviluppare altre risorse che non siano quelle strettamente economiche. In tal senso, l'attenzione deve essere rivolta, in modo particolare, alle istituzioni locali (comuni, comunità montane, ASL) e all'imprenditoria sociale, per cui l'azione di sviluppo deve essere intesa, fondamentalmente, in termini di acquisizione di una cultura manageriale privatistica utile a coniugare efficacia pubblica con efficienza produttiva. Se tale fenomeno è già da tempo in corso in ambiente sanitario, lo stesso non lo si può dire per gli enti locali i quali hanno quasi sempre adottato la strategia della delega piuttosto che quella della effettiva presa in carico dei servizi assistenziali integrati per anziani. Anche per le imprese non profit impegnate in provin-

cia è richiesta una crescita sul piano manageriale gestionale: da semplici "prestatori di manodopera" a gestori di servizi e partner dell'amministrazione pubblica.

Le agenzie sociali maggiormente impegnate nel processo di trasformazione sono sicuramente i Comuni e le Famiglie. I primi, come già ricordato, rappresentano il soggetto attraverso cui definire e coordinare il welfare locale. Le seconde, continuano a rappresentare quella realtà che si occupa in prima istanza delle problematiche assistenziali e che ora, visto l'oggettivo aggravarsi del "fenomeno terza e quarta età", dovranno essere opportunamente supportate sia da un punto di vista economico che da quello della disponibilità di servizi integrati. Infine, va fatta un'attenta considerazione sui principali soggetti del sistema socio-assistenziale: i cittadini-utenti. Per troppo tempo considerati l'oggetto di politiche, oggi, data la vastità e la complessità del problema si trovano ad essere non solo titolari di diritti, ma anche co-responsabili della definizione dei servizi, sia in termini politici che prettamente operativi. I Piani di zona rappresentano il momento fondamentale in cui si condividono prospettive e strategie politiche locali ed in cui il cittadino stesso ha modo di essere protagonista. L'associazionismo ed il volontariato si configurano, a tal fine, come importanti veicoli di partecipazione attiva alla vita comunitaria ed

alla relativa gestione di problematiche.

4. Conclusioni

Welfare è un concetto dai tratti non ben definiti e che riconduce, comunque, ad un significato di benessere. Certamente sottintende dei diritti e, come abbiamo visto, anche dei doveri. Lo scenario che si prospetta è quello di una popolazione che invecchia e che dovrà sempre più essere partecipe della soluzione pratica dei propri problemi. Le istituzioni si pongono come garanti di processi e cercano di trasferire su soggetti privati l'effettiva erogazione di servizi. Le risorse dovranno essere utilizzate con molta attenzione da manager pubblici e privati. Efficacia, efficienza ed economicità sono i punti di arrivo di quel complesso di interventi integrati che i sistemi di welfare locale stanno cercando di approntare.

La comunità torna ad essere protagonista del proprio benessere psico-fisico e sociale. Per poterlo fare è presumibile la necessità di un periodo di rafforzamento e di preparazione. Fin che non saremo pronti e non saranno affinate tutte le condizioni è consigliabile che le trasformazioni e le spinte al cambiamento siano gestite con molta cautela al fine di non creare più problemi di quelli che si vogliono risolvere.

* Direttore RSA "Baita Serena" Valfurva (SO) Consigliere Collegio IPASVI

Le attività del Consiglio Direttivo

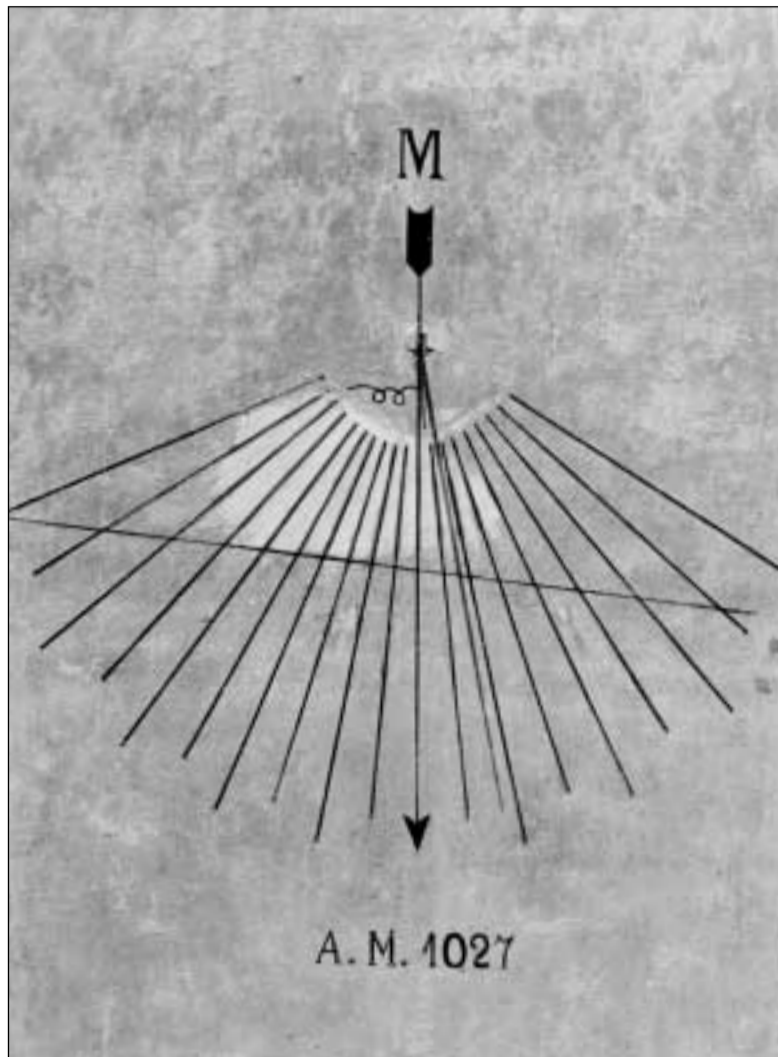
a cura del Segretario Rosella Baraiolo

La Pagina della Trasparenza

Convegno 22-23 novembre

L'attività di questi ultimi mesi è stata caratterizzata dall'intenso lavoro di preparazione del Convegno "Le cure di fine vita". Nelle riunioni del Consiglio Direttivo, del 26 luglio e 10 settembre e negli incontri in commissione aggiornamento, si è ampiamente discusso di tutte le implicazioni che l'organizzazione di un evento formativo accreditato ECM comporta. Innanzitutto si è condivisa la considerazione che se da una parte il Collegio è tenuto ad attivarsi per consentire l'acquisizione dei crediti da parte dei propri iscritti, è anche vero che il sistema ECM si basa sulla responsabilizzazione del professionista a seguire un proprio progetto formativo. Pertanto non può essere imputato al Collegio il fatto che la propria offerta formativa non possa raggiungere tutti anche se, dopo questa prima fase, grandi energie saranno impegnate sul fronte della formazione per dare a tutti migliori opportunità. Vi sono infatti delle insormontabili difficoltà oggettive e logistiche, oltre che di risorse umane e materiali, che non hanno consentito di predisporre altri corsi ECM, e di questo si sono resi consapevoli i consiglieri. Nel discutere ci si è anche soffermati sul fatto che il sostegno alla formazione e all'aggiornamento dei professionisti è uno degli aspetti più significativi dell'attività dell'organo di rappresentanza. Nell'immediato futuro ci si augura che anche nella nostra provincia si attivino altri *provider* ECM e si crei un movimento più ampio di collaborazione sia con singoli professionisti infermieri che con le istituzioni sanitarie. In particolare si è sottolineato il positivo riscontro degli eventi accreditati organizzati dall'Azienda Ospedaliera "E. Morelli" quale opportuno esempio di attività formativa in sede, che tra l'altro ha consentito un minor aggravio economico per spese di trasferta, vitto e alloggio sempre onerose per chi deve allontanarsi la nostra provincia.

In merito ai contenuti del Convegno del 22 e 23 novembre, il Consiglio Direttivo si è espresso affinché l'approfondimento delle tematiche sulle cure di fine vita, in ottica interdisciplinare, possa portare ad un'attenta valutazione delle implicazioni deontologiche che esse coinvolgono. Prima di tutto gli infermieri devono essere in grado di porsi obiettivi di assistenza che favoriscano il miglioramento delle condizioni oggettive dei propri assistiti. Si vorrebbe superare la convinzione, secondo la quale il ruolo dell'assistenza infermieristica debba essere condizionato da valutazioni e decisioni estranee alla professione infermieristica stessa. Lo sviluppo dell'autorevolezza degli infermieri, consapevoli del loro dovere di assistere al massimo livello chiunque, ci si auspica li possa mettere in condizione di contribuire a costruire equipages multidisciplinari efficaci. Questo è lo scopo che si è proposto il Consiglio Direttivo.



La situazione della sanità provinciale

Più volte il Consiglio si è soffermato a riflettere sulle conseguenze che si avranno con la fine della sperimentazione della Sanità nella nostra provincia. Le diverse ipotesi di riorganizzazione che via via si sono rese note negli ultimi mesi hanno sollevato un vivace dibattito, soprattutto in merito ai servizi garantiti ai cittadini, nonché

La situazione della sanità provinciale

zione delle implicazioni deontologiche che esse coinvolgono. Prima di tutto gli infermieri devono essere in grado di porsi obiettivi di assistenza che favoriscano il miglioramento delle condizioni oggettive dei propri assistiti. Si vorrebbe superare la convinzione, secondo la quale il ruolo dell'assistenza infermieristica debba essere condizionato da valutazioni e decisioni estranee alla professione infermieristica stessa. Lo sviluppo dell'autorevolezza degli infermieri, consapevoli del loro dovere di assistere al massimo livello chiunque, ci si auspica li possa mettere in condizione di contribuire a costruire equipages multidisciplinari efficaci. Questo è lo scopo che si è proposto il Consiglio Direttivo.

degli infermieri sul territorio. In futuro a ciascun assistito su territorio verrà riconosciuto un voucher, una sorta di buono-assistenza, tramite il quale potrà ottenere le prestazioni sanitarie di cui ha bisogno dai diversi erogatori, pubblici e privati accreditati, sulla base di una propria scelta. Alle Aziende Sanitarie Locali spetteranno le funzioni di programmazione, accreditamento e controllo e non più l'erogazione diretta delle prestazioni. Almeno questo in teoria, in realtà non appare ancora chiaro attraverso quali meccanismi potrà funzionare il sistema e soprattutto come verranno

gestite le attuali strutture sanitarie territoriali delle ASL dove lavorano anche molti infermieri. Sia il nostro Collegio, sia il Coordinamento, stanno studiando le possibilità di inserimento degli infermieri, soprattutto liberi professionisti o integrati in enti erogatori, nel nuovo sistema.

La riorganizzazione dell'assistenza domiciliare

Anche i progetti di riorganizzazione dell'ADI, portati avanti soprattutto dall'Assessorato alla famiglia della Regione Lombardia, hanno suscitato attente considerazioni da parte degli infermieri. In più incontri, organizzati dal Coordinamento dei Collegi Lombardi, si sono analizzate le novità introdotte e le ripercussioni che si avranno sulle prospettive lavorative

degli infermieri sul territorio. In futuro a ciascun assistito su territorio verrà riconosciuto un voucher, una sorta di buono-assistenza, tramite il quale potrà ottenere le prestazioni sanitarie di cui ha bisogno dai diversi erogatori, pubblici e privati accreditati, sulla base di una propria scelta. Alle Aziende Sanitarie Locali spetteranno le funzioni di programmazione, accreditamento e controllo e non più l'erogazione diretta delle prestazioni. Almeno questo in teoria, in realtà non appare ancora chiaro attraverso quali meccanismi potrà funzionare il sistema e soprattutto come verranno

gestite le attuali strutture sanitarie territoriali delle ASL dove lavorano anche molti infermieri.

Sia il nostro Collegio, sia il Coordinamento, stanno studiando le possibilità di inserimento degli infermieri, soprattutto liberi professionisti o integrati in enti erogatori, nel nuovo sistema.

Le attività del coordinamento dei collegi lombardi

La nostra partecipazione in seno a questo organismo ha significato soprattutto la ripresa di diversi contatti con gli altri Collegi della Lombardia. Su mandato del Consiglio Nazionale poi, a cura di alcuni membri del Coordinamento, si è predisposto una proposta di regolamento per l'istituzione delle Federazioni Regionali dei Collegi IPASVI. E' ancora in fase di elaborazione e revisione affinché diventi uno strumento efficace e di completamento, stante la regionalizzazione del SSN, alle funzioni dei Collegi provinciali e alle attribuzioni della Federazione. Il documento sarà poi sottoposto all'approvazione sia del Consiglio Nazionale della Federazione sia dei Ministeri di competenza. Il punto sostanziale sta nella discriminazione dell'ambito decisionale di ciascun ente di rappresentanza e la prontezza operativa che deve seguire le

deliberazioni e di cui si sente sempre più la necessità.

La attività della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

La partecipazione del presidente Piani al Consiglio Nazionale ha riportato all'attenzione del Consiglio provinciale i temi che attualmente sono in discussione a livello italiano. Temi ampiamente trattati nel Congresso Nazionale tenutosi a Roma il 19-21 settembre u.s.

L'osservazione riportata dal Presidente riguarda la scarsa attitudine al dibattito dimostrata dai membri del Consiglio Nazionale, e che forse rispecchia una certa stanchezza che serpeggia tra gli infermieri. A fronte infatti di inenarrabili conquiste sul piano normativo e in alcune Regioni anche di autonomia organizzativa, si rileva come le condizioni operative di molti colleghi non siano vissute come sostanzialmente modificate. Ma evidentemente il cambiamento va costruito sistematicamente passo passo e occorre un intenso lavoro di diffusione del significato dei risultati finora ottenuti. Di questo il Consiglio Direttivo del nostro Collegio sente di doversi farsi carico ma soprattutto invita tutti infermieri a mantenere alto il livello di informazione e documentazione personale perché ciascuno sia consapevole delle proprie responsabilità.

Le azioni di recupero delle quote di iscrizione

Si è dato seguito alle deliberazioni del Consiglio Direttivo, in merito all'invio delle cartelle esattoriali per i morosi dell'anno 2001 e di una lettera di sollecito per i morosi 2002.

Non è senza amarezza che si è agito con tali provvedimenti. Da una parte la buona fede degli iscritti è sempre presunta, tuttavia la sensazione di non aver compreso il senso dell'iscrizione all'Albo lascia sorpresi, considerato i quasi cinquant'anni dall'istituzione dell'Albo IPASVI.

La libera professione

E' continuata l'attività di informazione per i liberi professionisti soprattutto in merito agli adempimenti di ini-

zio attività e alle problematiche inerenti l'iscrizione alla Cassa di Previdenza.

E' stato riportato all'attenzione del Consiglio il fatto che vi sono diverse richieste di informazione circa la compatibilità tra lavoro dipendente e attività autonoma. Vi è anche in questo settore la necessità che chi decide di intraprendere la libera professione sia fortemente motivato a divenire intraprendente, e a sostenere gli inevitabili rischi che questa decisione comporta. Tuttavia, stante l'attuale tendenza a non procedere all'assunzione di personale a tempo indeterminato da parte delle strutture sanitarie, più persone si sono rivolte al Collegio per verificare la possibilità di intraprendere questa "carriera", cui però non ha fatto seguito la comunicazione di apertura della partita IVA.

I nostri recapiti

Sede:
via IV Novembre, 11
23100 Sondrio

Telefono 0342.218427
Fax 0342.517182

e-mail
ipasviso@tiscali.it
ipasviso@libero.it

La redazione di Parliamone

Più volte il Consiglio ha ritenuto che un determinato argomento o un aspetto dell'assistenza infermieristica messi in discussione, durante le sue riunioni, potessero trovare sul giornale adeguata trattazione e approfondimento.

Vi è però da registrare una certa difficoltà a rintracciare colleghi particolarmente qualificati per specifici argomenti. L'invito è ancora una volta quello di abbandonare qualsiasi timidezza o ritrosia e contattare liberamente la redazione del giornale qualora si desideri segnalare possibili articoli da pubblicare.

Orario di apertura al pubblico

E' stato deliberata una nuova articolazione dell'orario di apertura al pubblico dell'ufficio in via IV Novembre (vedi riquadro). Si ricorda che presso la sede è possibile visionare le locandine di molti eventi formativi accreditati ECM e anche consultare la biblioteca.

Il presidente sarà presente in sede il
GIOVEDÌ POMERIGGIO

Il segretario e il tesoriere saranno presenti in sede
L'ULTIMO GIOVEDÌ DEL MESE

E' sempre possibile telefonare in ufficio e prendere appuntamento per altre date

Orari di apertura al pubblico:

lunedì - giovedì ore 14:30 - 17:30
martedì - mercoledì - venerdì ore 10:00 - 12:00

ALBO del Collegio IPASVI - Sondrio

Isritti al 30 settembre 2002	INFERMIERI PROFESSIONALI	ASSISTENTI ANITARI	SVIGILATRICI D'INFANZIA	TOTALE
	1864	26	29	1919

La Pagina della Trasparenza

È il momento di raccogliere i frutti

di Claudia Novaglia

È la prima volta che partecipavo ad un congresso dell'IPASVI ma, visto l'impegno degli organizzatori e la partecipazione di un tal numero di colleghi (ca 6500!), credo che ci ritornerò. L'introduzione all'apertura del congresso, tenuta dalla nostra presidente A. Silvestro è stata più che mai esauritiva; un ponte tra passato, presente e futuro della professione infermieristica.

Comprensiva di delucidazioni in merito alla legge 42/99, abrogante il mansionario, che, finalmente, libera la professione da una miriade di compiti che si possono o non si possono fare e che da al professionista quella libertà di pensiero ed azione per il soddisfacimento dei bisogni totali dell'individuo. La legge 251/00, istitutiva dei corsi di studi universitari per l'abilitazione professionale, è il cardine di questa nuova svolta, anche se, come sempre accade in Italia, le leggi sono all'avanguardia ma spesso, non sono seguite da un cambiamento del tessuto connettivo che ne sorregge le basi:

- Difficoltà dei giovani, ad intraprendere un percorso formativo che non da, ancora, spiragli certi per una carriera futura;
- Il professionista, abilitato dall'università, spesso si ritrova, nel monda lavorativo, a fare i conti con mansioni improprie e con carenze di personale tali da scoraggiare le più rosee previsioni di aggiornamento professionale;
- I corsi universitari, spesso, sono tenuti da docenti universitari di altre specialità o da medici, comunque non da infermieri;
- Il trattamento economico, poi, non è equiparato agli sforzi ed alle responsabilità acquisite.

Gli scenari politici hanno poi partorito la legge del novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA) da garantire su tutto il territorio e la legge N. 1/02, o legge dell'emergenza infermieristica, che non è stata, né sarà la chiave di volta alla carenza di professionisti.

Da questo quadro, emerge il pressante bisogno di aggiornamento professionale, perché gli scenari sanitari cambiano, e

cambia l'uomo, con la sua sete di prevenzione, cura e riabilitazione.

Siamo noi i giocatori veri che stanno tra più professionisti sanitari e il soggetto malato, che ha acquisito la consapevolezza del suo ruolo e reclama maggior attenzione.

Il futuro sarà sempre più incentrato sulla salute dell'utente ma nelle vicinanze del suo domicilio.

Sono state riportate esperienze dal Canada e dagli Stati Uniti (Tiziana Rivera e Dyanne Affonso), dove le infermiere professionali, formate in un percorso di studi e lavorativo, sono anche a capo di istituti e cliniche sanitarie come amministratori.

Gli infermieri in Italia sono tanti, circa 325.000 ma, nonostante questo, siamo inascoltati; una voce fuori dal coro.

Guardavamo, per pura curiosità, il Messaggero di Roma il giorno dopo l'apertura del Congresso, per verificare l'eco che l'affluenza così copiosa avrebbe provocato NIENTE neppure un trafiletto (se per caso mi fosse scappato porgo le mie scuse).

Quando ci sono importanti decisioni da prendere, a livello lavorativo locale o politico centrale, in materia di sanità, soggetti chiamati a discutere sono solo medici oppure, politici di professione. Sono intervenuti al congresso, nomi e volti noti della politica, il ministro della sanità Sirchia, l'ex ministro delle pari opportunità onorevole Turco, in platea si scorgeva l'ex ministro della sanità onorevole Bindi e

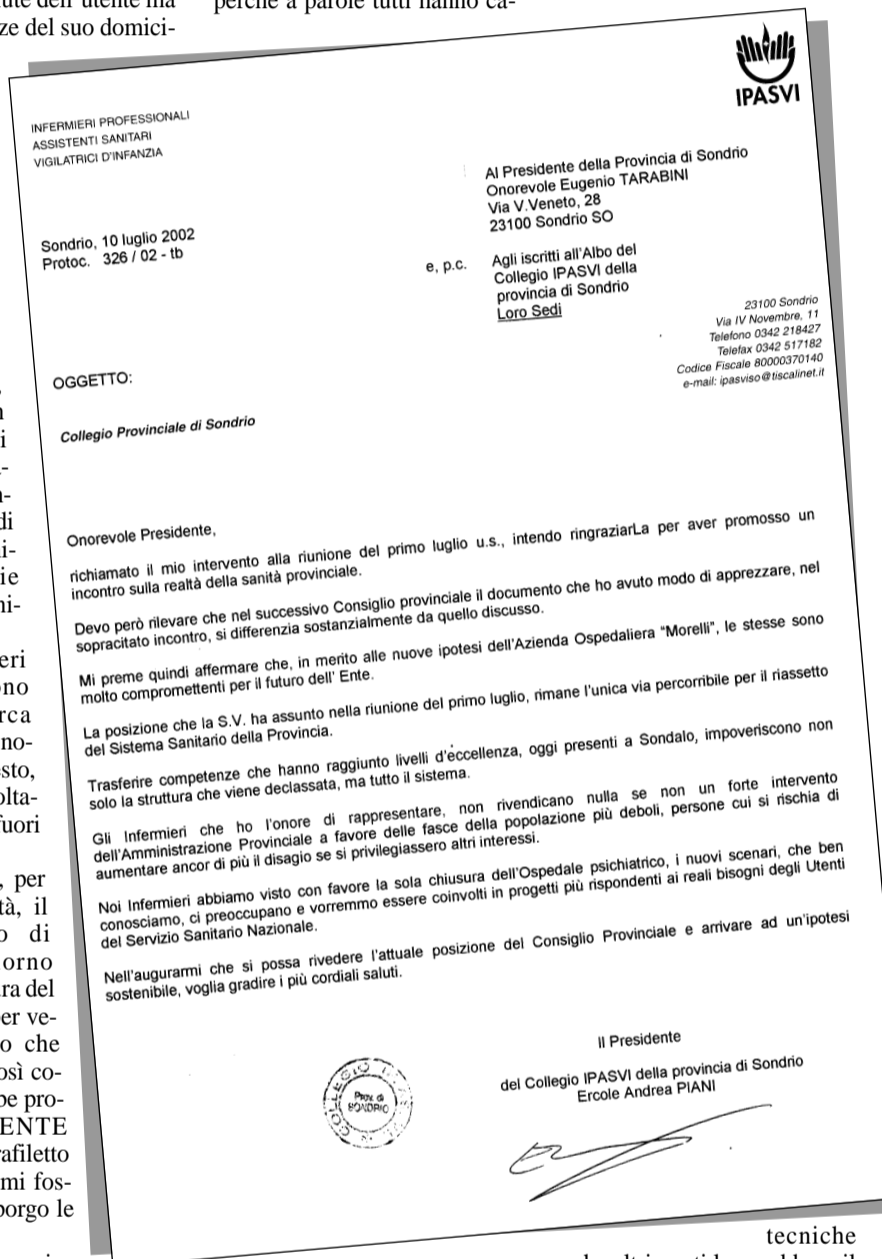
comunicatori noti al piccolo schermo L.Onder.

Tutti d'accordo sulla centralità del professionista infermiere, per un'adeguata e corretta gestione del pianeta uomo, nelle sue svariate sfaccettature come utente del sistema sanitario.

L'effetto sortito degli interventi, era uno scrosciante applauso, perché a parole tutti hanno ca-

taria, proposti dal nostro governo; perché il dare a tutti, ricchi e poveri, garantendo i LEA, costa;

- tagli alla spesa per l'incentivazione del personale ad aggiornarsi professionalmente: L'Educazione Continua in Medicina è fondamentale per l'acquisizione di quelle nuove



pito l'importanza della centralità del professionista sanitario in questione.

Tutti gli sforzi che l'infermiere professionale sta facendo, per una corretta presa in carico dell'uomo con tutti i suoi bisogni, rischiano di vanificarsi per:

- carenza di personale, con conseguente burn out; in Italia si parla di una mancanza di circa 4.000 unità;
- ulteriori tagli alla spesa sani-

tecniche che altrimenti lascerebbero il professionista sanitario ai livelli di scuola. Siamo in EUROPA!

- In conclusione, il logo, proposto e riproposto durante tutto il congresso; due mani aperte, leggermente concave in atteggiamento di raccolta, è stata la cosa più significativa;

È IL MOMENTO DI RACCOLGERE I FRUTTI.

Si ricorda ai liberi professionisti, iscritti alla Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza IPASVI, che la stessa indice le elezioni per il rinnovo degli Organi Collegiali. Per il Collegio di Sondrio, in base al numero di iscritti alla Cassa, è prevista l'elezione di un delegato. Tutti gli interessati riceveranno comunicazione scritta.

Si riporta la nota di convocazione.

Il presidente della Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza IPASVI

Convoca

i Collegi elettorali provinciali per lo svolgimento delle elezioni primarie, nelle seguenti date ed orari:

- **prima convocazione: 30 novembre e 1° dicembre 2002**, dalle ore 09.00 alle ore 19.00, per ogni giorno di votazione;
- eventuale seconda convocazione: 21 dicembre 2002, dalle ore 09.00 alle ore 19.00, nel caso in cui nella prima non sia stato raggiunto il quorum previsto, pari ad un numero di votanti non inferiore ad un terzo degli aventi diritto;
- eventuale terza convocazione: 11 gennaio 2003, dalle ore 09.00 alle ore 19.00, nel caso in cui nella seconda non sia stato raggiunto il quorum previsto, pari ad un numero di votanti non inferiore ad un quinto degli aventi diritto.

Determina

- a) che il numero dei delegati che ogni singolo Collegio provinciale IPASVI dovrà eleggere sia pari a quanto indicato nell'elenco allegato, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;
- b) che il numero dei componenti il Consiglio di indirizzo generale da eleggere sia pari ad otto.

Roma, 7 ottobre 2002

Il presidente
Emma Carli

CONVEGNI CORSI DI AGGIORNAMENTO

■ Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomatologia (AIOSS).

“XVII corso di aggiornamento per stomaterapisti ed operatori sanitari. Ricerca e qualità totale: futuro professionale e associativo”

Rimini, 28/30 novembre 2002

All'evento sono stati assegnati n. 11 crediti E.C.M..

■ Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE) in collaborazione con il Collegio IPASVI Milano-Lodi organizza:

“Corso avanzato Evidence-Based Nursing. Prima edizione Regione Lombardia”

Milano, gennaio/maggio 2003

All'evento sono stati assegnati n. 50 crediti E.C.M..

Per informazioni: www.gimbe.org/ebn - www.milanologi.ipasvi.it Tel. 02/59900154 - Fax 02/55189977

■ Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLeC).

“Corso pratico. La detersione ed antisepsi nella gestione della cute, delle ulcere cutanee e delle problematiche associate.”

Pavia, 14 dicembre 2002

Per informazioni Tel. 0382/422133 - Fax 0382/523203 - www.aislec.it

E' stato richiesto l'accreditamento E.C.M. per la categoria Infermieri e per Medici- Educazione Continua in Medicina.

■ Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLeC).

“Corso pratico. La valutazione e la stadiazione delle lesioni cutanee croniche”.

Prato, 28/30 novembre 2002

Per informazioni Tel. 0382/422133 - Fax 0382/523203 - www.aislec.it

E' stato richiesto l'accreditamento E.C.M. per la categoria Infermieri e per Medici- Educazione Continua in Medicina.

■ Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLeC).

“Corso pratico per la prevenzione dei danni da movimentazione dei pazienti a rischio di lesioni da pressione”.

Pavia, 16/17 dicembre 2002

Per informazioni Tel. 0382/422133 - Fax 0382/523203 - www.aislec.it

E' stato richiesto l'accreditamento E.C.M. per la categoria Infermieri e per Medici- Educazione Continua in Medicina.

■ Collegio IPASVI di Cremona

“ECM : la strada per crescere”.

Cremona, 23 novembre 2002

Per informazioni: 0372/535411 Fax 0372/457934

All'evento sono stati assegnati n. 4 crediti E.C.M..

■ Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS.

“Il progetto riabilitativo geriatrico oltre le ovvietà culturali”

Milano, 15 novembre 2002

Per informazioni: eara@dongnocchi.it

All'evento sono stati assegnati n. 7 crediti E.C.M..

■ Istituto Clinico Mater Domini e il CERISMAS

“Valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie ospedaliere: i protocolli RL-PVA.”

Castellanza (VA), 5-6 dicembre 2002

Per informazioni: 0331/476282

E' stato richiesto l'accreditamento ECM al Ministero della Salute.

■ Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (SIFO).

“Corso di aggiornamento per addetti all'allestimento di farmaci antiblastici”

Cremona, 23 gennaio 2003

Milano, 22 febbraio 2003

Grandate (CO), 22 marzo 2003

Per informazioni: Tel. 0363/424243 - 02/7610091 - Fax 02/76110653 - www.eupharma.it

■ Gruppo di Ricerca Geriatrica (GRG).

“La riabilitazione funzionale nell'anziano a rischio di caduta”

Brescia, 22 novembre 2002

Per informazioni: Tel. 030/3757538 - Fax 030/45508

PER INFORMAZIONI SU CORSI IN ATTESA DI ACCREDITAMENTO O GIA' ACCREDITATI DAL MINISTERO DELLA SALUTE CONSULTARE IL SITO: www.sanita.it

Dalla Parte
dell'Anziano

ANZIANI E DEPRESSIONE

di Mario Ballantini*

Introduzione

In quello che dirò mi sono ampiamente ispirato a un documento in lingua inglese che ho trovato estremamente utile, edito dal Royal College of Psychiatrists.

Mi rivolgerò direttamente ai protagonisti di questo convegno, a te anziano che vuoi saperne di più sulla depressione o che sei o sei stato depresso. Potrà forse essere interessante non solo per te, ma anche per chi si occupa di te professionalmente, in modo che abbia qualche elemento di conoscenza in più e, soprattutto, qualche idea su qual è l'atteggiamento migliore da tenere quando si trova davanti un vecchio che è depresso.

Va detto subito che a tutti capita di sentirsi depressi. E quando si invecchia i motivi per essere depressi sembrano così naturali e comuni che si è inclini a pensare che in fondo è ovvio sentirsi depressi a una certa età. Ma è davvero così?

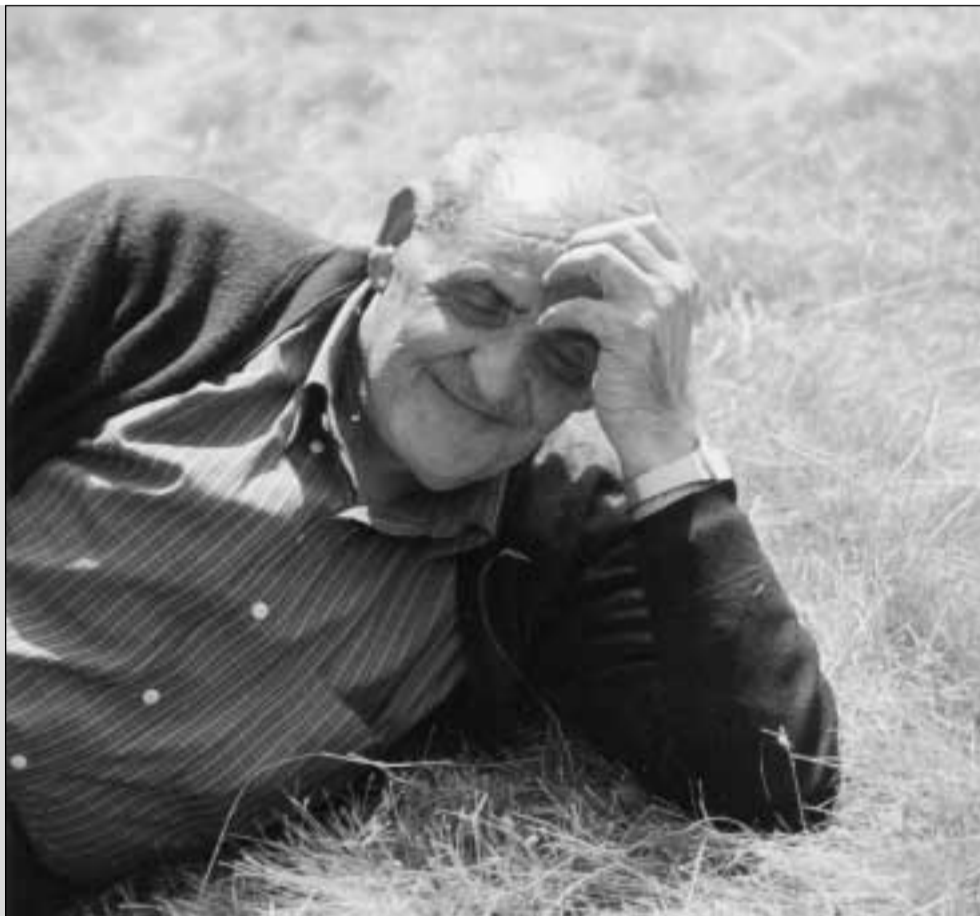
Di certo, quelle cose che tutti immaginiamo possano renderci depressi, con l'età sono molto più frequenti e gravi - non avere più lavoro, avere meno quattrini, iniziare ad avere dolori e tutta una serie di problemi fisici. Inoltre possono esserci perdite emotive importanti - la morte del coniuge o di un amico caro, o persino del proprio cane o gatto. Però, nonostante tutto ciò, soltanto meno di un anziano su sei è così depresso che gli altri notano qualcosa. E solo uno su trenta è così depresso che il suo dottore gli prescriverà una cura.

Sintomi

Sentirsi tristi o abbattuti non è il solo segno del disturbo depressivo. È importante sapere che cosa bisogna considerare. Vediamo quali sono i sintomi più comuni quando, se, diventi depresso:

- Provi un sentimento di tristezza, di depressione appunto, un sentirsi giù che è peggio della normale tristezza.
- Hai una perdita di interesse nella vita - non riesci a provare piacere o soddisfazione in niente, neanche nelle cose che prima facevi volentieri.
- Un senso di fatica e stanchezza anche se non fai nulla o quasi. Anche un piccolo lavoretto costa uno sforzo esagerato e così non la senti di far nulla.
- Non hai più appetito e puoi anche perdere peso.
- Hai un senso di inquietudine interiore, hai difficoltà a riposare o rilassarti perbene.
- Non hai voglia di vedere gente. Se ci sono persone in giro sei scontroso o irritabile.
- Dormi male. Spesso ti svegli presto al mattino (un

*Nel 1999
il Collegio,
per l'anno
dell'anziano,
ha dedicato
9 giornate
di aggiornamento
tra le relazioni
proponiamo
l'intervento del
Dottor Ballantini
e della Collega
Mariuccia Sala.
(n.d.r.)*



ora o due prima del solito e qualche volta anche prima) e non prendi più sonno.

- Non hai più fiducia in te stesso, ti senti inutile e un peso per gli altri.
- Ti senti cattivo e pieno di colpe. Rimugini su tutto il tuo passato e vedi tutto negativo e sproporzionato, ti sembra di aver fallito tutto e magari di scontare una punizione divina.
- Arrivi a pensare al suicidio. Molta gente con una depressione grave a un certo punto pensano di farla finita. Questi pensieri vanno presi sul serio perché sono un segnale certo che bisogna chiedere aiuto a qualcuno. E talvolta diventano così pressanti che si fanno piani e preparativi per suicidarsi. A questo punto bisogna cercare davvero aiuto, e subito.

Questo che abbiamo visto capita a tutti i depressi. Ma ci sono cose che capitano agli anziani più di frequente che agli altri.

Sintomi fisici

Alcuni sintomi di malattie fisiche assomigliano a quelli della depressione; ad es. il sonno e l'appetito che si perdono, possono essere causati anche da cardiopatie o artriti o altro. Se c'è la depressione in genere però ci sono anche altri sintomi, come i sentimenti e i pensieri che abbiamo visto prima.

Difficoltà a farsi aiutare

Le persone anziane tendono a lamentarsi di meno di essere depressi, mentre parlano di più dei loro sintomi fisici. Puoi ad es. preoccuparti di avere un tumore, anche quando il tuo medico non trova alcuna causa di allarme. In parte questo accade perché le

persone anziane sono state sempre abituate a dire al medico solo se hanno dolore da qualche parte o la febbre ecc. e pensano che sia fuori luogo parlare d'altro. Devi capire che se il tuo medico ti dice "Guarda che sei depresso" non è la stessa cosa che dire "Guarda, non hai nulla, non rompere le scatole". Molti insistono nel fare esami del sangue e altri accertamenti che sono sostanzialmente inutili e ritardano l'inizio della cura che potrebbe riportarli a posto in poche settimane.

Malattie croniche

Talvolta diventa pesante qualche acciacco che ci si porta dietro da anni, anche se la situazione è sotto controllo (ad es. un'insufficienza cardiaca o l'artrosi). Questo potrebbe essere un segno di depressione. È evidente che in questa situazione la terapia antidepressiva non risolve certo il problema ma aiuta a fronteggiarlo (e a sopportarlo) con più tranquillità.

Preoccupazione

La depressione ti fa diventare estremamente preoccupato e ansioso. C'è gente che si lamenta sempre di tutto ben più del normale e questo lo sanno tutti. Ma se qualcuno non è così di carattere, non l'ha mai fatto, questo potrebbe essere un segno di depressione.

Confusione e problemi di memoria

Talvolta preoccupazione e agitazione possono essere così importanti che la persona si sente e sembra confuso e incapace a ricordare bene le cose. E questo può causare ancora più ansia perché uno pensa di diventare demente. Qualche volta può anche essere difficile distinguere la

depressione dalla demenza. Ma le persone depresse sono acutamente coscienti di non ricordarsi le cose, mentre i dementi spesso non lo sono. L'importante è aver chiaro che demenza e depressione sono due cose ben diverse e quindi non bisogna indugiare a chiedere aiuto per paura di essere diagnosticati come dementi. C'è da dire poi che le persone dementi spesso diventano depresse e trattare la depressione in queste persone può aiutarle molto.

Solitudine

Vivere solo di per sé non vuol dire essere depressi, anche se qualche giovane lo pensa. Talvolta però una persona che si è abituata a vivere da sola inizia a sviluppare pian piano un sentimento di solitudine che non c'era prima (o non così pesantemente). Ancora, questo può essere un segno di depressione.

Ottenere aiuto

Se qualcuno diventa depresso potrebbe avere bisogno di aiuto. Ma come si fa a saperlo e, soprattutto, che fare? Prima di tutto, contattati il tuo medico. Molti dottori sono abituati ad affrontare la depressione, sanno come si deve fare. Di sicuro non fai perdere tempo al tuo medico se gli chiedi aiuto perché sei depresso.

E chiedere aiuto bisogna quando non ti sai spiegare perché ti senti così giù, quando la depressione sta andando avanti per settimane, quando interferisce con la tua vita, quando non sai più stare a tuo agio con gli altri o quando arrivi al punto che non ti sembra più valga la pena di vivere.

Qualche volta sono più i tuoi amici o i tuoi familiari che vedono che sei cambiato in-

vece che tu. In questo caso, non bisogna intestardirsi o litigare. Vai dal tuo medico, magari in compagnia di un tuo familiare.

Perché si diventa depressi?

È normale chiedersi il perché ci si ammala. Le persone depresse si vergognano della depressione: questo accade perché la depressione ci fa vedere tutto nero, ci fa vergognare delle cose che in realtà non si possono controllare. Le cause sono più di una:

Fatti della vita

Sebbene la depressione possa colpire a ciel sereno, spesso è scatenata da fatti tristi della vita, come la morte del coniuge o di un amico. Questi eventi accadono alla maggior parte delle persone anziane, ma non tutti i vecchi diventano depressi. Non si deve dire: "Eh beh, nei suoi panni, vorrei vedere...". Alcune persone sono per natura più sensibili di altre e così diventano depresse più facilmente di fronte a certe disgrazie. Per es. le donne sembrano ammalarsi di più di depressione, ma questo accade in parte anche perché gli uomini tendono a tenersi più spesso tutto dentro.

Precedenti depressioni

Sembra abbastanza chiaro che se uno ha avuto precedenti episodi depressivi è più probabile che si ammali di nuovo.

Malattie fisiche

Ogni malattia fisica può portare a depressione, sia quelle improvvise (come l'ictus) sia quelle lente e progressive (come il m. di Parkinson). Va detto che anche in questi casi la depressione può e deve

essere curata e spesso risponde bene alle terapie. Ci sono poi altri casi in cui quando un anziano diventa depresso, c'è sotto qualche problema fisico nascosto, ad es. un ipotiroidismo. Il medico può facilmente escluderlo con dei banali esami del sangue.

Come aiutare chi è depresso?

La maggior parte di chi depresso può essere curato a casa, l'ospedale è un'eccezione. Le cure sono essenzialmente di tre tipi:

Farmaci Antidepressivi

Se sei così depresso da avere sintomi fisici (come insonnia, perdita di appetito, dimagrimento), il dottore penserà subito di prescriverti delle medicine. Ce ne sono di diversi tipi, così non ci dovrebbero essere troppe difficoltà a trovarne una adatta al tuo caso. La maggior parte degli effetti collaterali sono solo fastidiosi (non pericolosi) e diminuiscono o se ne vanno del tutto in pochi giorni. È quindi meglio tener duro anche se ti senti per qualche giorno peggio di quando non prendevi medicine!

È anche bene sapere che queste medicine di solito non migliorano l'umore prima di due settimane, anche se il sonno può migliorare anche un po' prima. Qualche volta ci vogliono anche 4 o 6 settimane prima che le cose ritornino a posto.

Può darsi che tu prenda già altre medicine per altre cose. Sebbene non ci siano particolari pericoli ad iniziare una terapia antidepressiva, è meglio che il dottore sappia tutte le medicine che prendi, comprese quelle che magari prendi in farmacia senza ricetta, in modo tale che ti sia prescritto il farmaco giusto. Molti antidepressivi rallentano un po' i tuoi riflessi e possono qualche volta lasciare un pochino intontiti. Sarebbe meglio evitare di guidare quando si prendono queste medicine, così come si deve evitare di bere vino o alcol durante la terapia.

Se devi prendere più pastiglie può anche darsi che tu faccia confusione e dimentichi di prendere qualche medicina. Ci sono in giro delle comode scatolete a scomparto che si riempiono una volta alla settimana e che aiutano a non dimenticare la terapia.

Interventi psicologici

Un intervento psicologico, per farla semplice, significa parlare con qualcuno di competente di come ti senti, dei problemi della tua vita e di come ti si può aiutare a stare meglio. Questo può aiutare nei casi di depressione lieve o media, ma anche nelle forme più gravi, specie quando i farmaci hanno iniziato a fare il loro lavoro. ►

Non significa necessariamente che uno debba esplorare le profondità dell'anima (cosa che molta gente non è tanto disposta a fare), ma semplicemente affrontare i problemi che ci sono, anche cose molto pratiche.

Ad es. può significare comprendere il tuo modo di pensare alle cose, a te stesso al mondo, e come tutto ciò ti può rendere ancora più depresso e come puoi cambiare un po'. Può aiutarti a farti uscire ad uscire dal labirinto dei pensieri negativi che cominciano a invaderti quando sei depresso.

Tante volte, anche solo il parlare dei tuoi problemi col dottore, lo psicologo o un infermiere può farti sentire meglio.

Non è raro che la depressione possa essere scatenata da un lutto o da problemi di famiglia. In questi casi l'aiuto di un consultorio potrebbe essere molto utile.

Interventi sociali

Sono quelli rivolti agli aspetti pratici della vita di ogni giorno. Puoi diventare depresso anche perché vivi in una casa malmessa o in un quartiere scomodo o pericoloso. In questi casi l'assistente sociale può aiutarti a

trovare un'altra sistemazione, ma attenzione!, non bisogna prendere decisioni importanti quando si è depressi perché quando dopo si sta bene è facile pentirsene. L'assistente sociale può senz'altro aiutarti a trovare il modo di occupare meglio il tempo e di stare con gli altri. Questo è davvero importante perché molta gente vive isolata quando è depressa, e trova difficile tornare alla vita di ogni giorno e con la compagnia delle altre persone.

Ci sono posti in cui mangiare, centri diurni e varie attività in cui si può andare. È importante parlare con la gente perché fa stare meglio e allontana la possibilità di una nuova depressione.

Se non si migliora...

La maggior parte delle persone vanno meglio con queste cure, ma alcuni no. In questi casi il tuo medico può chiedere aiuto ad uno psichiatra per avere un consiglio da un esperto in queste faccende. È evidente che questo non significa considerarti "matto", ma semplicemente che il tuo medico ha bisogno di un altro parere e un consiglio sulla cura migliore nel tuo caso particolare.

Quando vai dallo psichiatra,

se vuoi, puoi portare con te un parente o un amico. In questo modo ti sentirai più tranquillo e il medico avrà una fonte di notizie in più per farsi un quadro più completo della situazione.

Un piccolo numero di persone anziane depresse debbono essere ricoverate in ospedale. Sono coloro che, ad esempio, sono soli e non possono badare a se stessi o coloro che stanno così male da desiderare uccidere se stessi oppure ancora perché c'è bisogno di cure speciali che si possono fare solo in ospedale.

Mantenersi sani

Normalmente dalla depressione si esce bene. Ma il tuo dottore ha anche il compito di aiutarti a stare bene e fare in modo che la depressione non torni più. Per questo non bisogna smettere di prendere le pillole finché non lo dice il medico. Anche se ti senti tornato in forma, la depressione può ripresentarsi se smetti le cure troppo presto.

Con gli antidepressivi non ti devi preoccupare del rischio di abituarti alle medicine e di non riuscire a smettere: questo può accadere solo con alcuni tranquillanti ma non con le pillole per la depressione. Se non ci sono complicazio-

ni, dovrai prendere le pastiglie contro la depressione soltanto dai sei a dodici mesi. Ma se hai già avuto in passato episodi di depressione, il medico potrebbe consigliarti di continuare a prendere le medicine anche molto più a lungo. Queste potrebbero essere o le stesse che ti hanno aiutato nella depressione oppure una medicina preventiva, ad esempi dei sali di litio. Questi sali sono una sostanza naturale che da molti anni viene usata per prevenire la depressione. È una sostanza molto efficace ma bisogna fare ogni due o tre mesi degli esami del sangue.

Aiutare se stessi

- Chiedi aiuto. Non è normale essere depressi solo perché si è vecchi.
- Non chiuderti in casa. Può senz'altro essere più difficile diventando vecchi, anche perché ci sono i dolori, si hanno i piedi gonfi ecc. ma ne vale la pena. Stare tutto il giorno in casa fa girare la testa sempre sulle stesse cose e questo non aiuta per nulla, anzi può farti sentire ancora più depresso e disperato. Se i vicini, i familiari o gli amici si offrono di darti una mano, accettala volentieri.

- Mangia in modo corretto. Chi è depresso spesso non ha appetito e perde peso così puoi andare incontro a carenze di vitamine e sali con conseguenze anche per la tua salute fisica. Bisogna ricordare che i vecchi hanno capacità di adattamento minori di un giovane. Attento a non buttarti su cioccolata, biscotti e così via, che si possono consumare facilmente e in poco tempo. Questi alimenti non possiedono vitamine e sali in modo corretto e non nutrono adeguatamente.
- Ricorda a te stesso che sei malato. Non stai diventando un lazzarone o un rompicatole: la grande maggioranza delle persone migliorano.
- Confidati con qualcuno se ti senti così male da voler farla finita.
- Non tenerti per te la tua depressione. Ti ritroverai continuamente a girare con la testa sempre intorno alle stesse preoccupazioni. Parlare con qualcuno aiuta.
- Non bere liquori o vino per tirarti su. Questo può seriamente peggiorare la tua depressione e se stai prendendo le cure può avere delle reazioni inaspettate.
- Non ti preoccupare eccessivamente se non dormi troppo. Questo è normale se si è depressi e il sonno migliora non appena si sta un po' meglio.
- Non prendere più o meno pastiglie di quanto ti è stato prescritto, non interromperle e non provare altre medicine senza esserti consultato col tuo dottore o con l'infermiere.
- Non pensare che essere depresso vuoi dire essere sulla strada della demenza. Non è così.

Parenti e amici

Spesso è un parente o un amico che si accorge che un vecchio sta entrando in de-

pressione. Bisogna incoraggiare con discrezione e tatto ad chiedere un aiuto. Va spiegato che la depressione è qualcosa di comune e che con le cure si migliora in poco tempo. Occorre che sia ben chiaro che essere depressi non vuoi dire essere matti e che consultare uno psichiatra non è una vergogna per tutta la famiglia.

Ricorda che i vecchi depressi si stancano facilmente. Spesso è sufficiente mostrare la propria preoccupazione stando semplicemente con loro o aiutandoli in qualcosa di pratico, come le pulizie o la spesa.

Non forzare un anziano depresso a parlare. Non lo stressare perché faccia delle cose che non si sente di fare. Sebbene andare fuori e un po' di esercizio fisico facciamo senz'altro bene, non è di grande aiuto continuare a rimproverare e insistere dicendo: "datti una mossa, fa' questo e quello!". Spesso ci si sente sprofondare se ci si sente troppo pressati dagli altri. Abbi pazienza. Può non essere sempre facile. Le persone più anziane possono chiedere di essere rassicurate di continuo o credono di avere qualche problema fisico che non esiste. Lo fanno perché sono impauriti e non sanno che cosa sta loro succedendo. Occorre rassicurare e sapere ascoltare. È importante sottolineare che non è un problema di essere vecchi e non stanno diventando dementi: chi è depresso non ha più probabilità di un altro di diventare demente. Inoltre è importante che ci si alimenti adeguatamente.

Non bisogna aver paura di chiedere, con tatto ma apertamente, se hanno pensato al suicidio. È falso che parlare di suicidio lo renda più probabile, mentre pensieri come il desiderio di farla finita sono un segno sicuro che è necessario un aiuto. La maggior parte della gente che pensa al suicidio ha un sollievo, se gli si chiede qualcosa al riguardo.

Occuparsi di chi è depresso in certi casi è estenuante. Se tu sei un parente e stai scoppiando, ti stai prendendo l'esaurimento nervoso (con un termine più tecnico si può dire: sei sotto stress) chiedi aiuto. L'assistente sociale e l'infermiere possono darti una mano per trovare una sistemazione in centro diurno, un breve ricovero del tuo congiunto in ospedale o qualcosa del genere per darti un po' di respiro. E possono aiutarti anche solo parlandone un po'.

Infine, è consigliabile non prendere decisioni su cambi di residenza o istituzionalizzazioni definitive quando si sa che una persona è depressa. Anche se l'ambiente fa pressione, le cose non sono così semplici. Le persone anziane che si sono spostate durante un periodo di depressione, quando stanno meglio, vorrebbero tornare a casa e non vogliono restare dove sono state messe.

* Medico Psichiatra Responsabile Distretto di Tirano

L'INFERMIERE DI FRONTE ALLA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO

di Mariuccia Sala*

Ritengo sia di grande utilità per l'operatore che si accosti all'anziano in condizioni di depressione conoscere le caratteristiche che sono tipiche dello stato di sofferenza depressiva. Bisogna capire la depressione.

La depressione è una alterazione dell'umore, caratterizzata da tristezza di diversa gravità, senso di solitudine, mancanza di speranza, contrarietà, sensi di colpa e dubbi. Facilmente la depressione porta la persona a una riduzione della sua capacità di interazione con l'ambiente ad atteggiamenti di rifiuto e ritiro sociale; è essenziale riconoscere che questi comportamenti costituiscono un forte messaggio di richiesta di aiuto che va compreso. Fatte queste premesse generali, si può cercare di comprendere come la condizione tipica dell'anziano sia ricca di fattori precipitanti i vissuti depressivi.

- La vecchiaia porta a minor elasticità fisica e psichica, con conseguente riduzione della capacità di adattamento.
- La vecchiaia espone a gravi perdite quali la morte del coniuge, l'allontanamento dai figli, la perdita del proprio ruolo sociale di lavoratore dopo il pensionamento, talvolta anche la perdita della propria casa per un ricovero in Casa di Riposo.
- La vecchiaia porta con sé una difficoltà a nuovi investimenti affettivi, poiché è più facile il ripiegamento su di sé, su oggetti d'amore del passato, in un contesto relazionale che vede sicuramente un numero più limitato di rapporti sociali.
- La vecchiaia porta con sé un aumento inevitabile del divario tra "io" reale e "io" ideale proprio per le minori effettive capacità psicofisiche.
- La vecchiaia porta ad un alterato senso del tempo per la tendenza ad esaurire la propria storia in un presente privo di prospettive con una notevole difficoltà a progettarsi, ad infatuarsi.

Cosa deve quindi fare un operatore:

Su un piano generale, per evitare errori psicologici talora molto pericolosi, è bene tenere presente alcuni principi generali, ma di valore pratico, su come va trattato il depresso a livello psicologico. Il depresso non va anzitutto frustrato; è carente d'amore e questo amore che richiede sotto varie forme (di rassicurazione, di incoraggiamento, di affetto, ecc.), non gli va negato.

L'anziano depresso, in preda alla disperazione come si trova, deve essere scaricato da ogni responsabilità, decisione, attività - qualunque esse siano. Nelle forme più gravi, ha un solo desiderio di regredire, che tenta di realizzare rifugiandosi nel letto o nelle fantasie di morte.

Mai far appello alla cosiddetta "buona volontà", venuta meno col cessare di ogni interesse e di ogni energia interiore, in quanto significa aumentare inutilmente i sentimenti di colpa.

Anzi nella fase più grave della malattia, il paziente va aiutato a realizzare pienamente il ruolo di "malato" che gli compete, non diversamente da un grave infartuato, e deve essere consigliato a fare ancor meno di quanto non si sentirebbe di fare.

Solo durante la convalescenza è opportuno modificare questo atteggiamento e incoraggiarlo, sollecitandolo a riprendere gradualmente iniziative, cioè a riaffrontare la vita.

Il depresso va ascoltato con pazienza, con benevolenza e comprensione nelle sue doglianze e lamentele, nelle sue pretese ed esigenze di una rapida guarigione, nelle sue proteste più o meno esplicite, perché questa non si realizza immediatamente, nei suoi rimproveri angosciosi, quasi l'operatore ne fosse responsabile. Occorre fare attenzione che questo atteggiamento, più o meno mascheratamente aggressivo del malato, non provochi reazioni negative da

parte del terapeuta, il quale deve invece mantenere un atteggiamento fermo e conseguente, ma sempre oblativo e affettuoso. In questo particolare settore della patologia l'operatore migliore è colui che sa accettare pienamente questo scomodo ruolo di dare molto e ricevere molto poco.

* Infermiera Professionale, presso il Comunità "Paolino" Tirano



Valposchiavo e il suo servizio ambulanza

di Giustino Crateri*

La Valposchiavo, assieme alla Bregaglia, alla Mesolcina e alla Calanca, è una delle quattro valli nelle quali, nonostante appartengano al Cantone dei Grigioni, si parla la lingua italiana. Questa nostra particolarità fa sì che gli usi, i costumi e la mentalità della popolazione siano molto più legati alla Valtellina che al resto del Cantone. Resta comunque il fatto che per tutto il resto siamo svizzeri a tutti gli effetti e molto spesso siamo confrontati con problemi linguistici che devono essere superati esclusivamente da noi di madre lingua italiana; siamo quindi una minoranza che comunque è perfettamente integrata nella realtà grigionese e svizzera, ma che valorizza e apprezza i contatti con la vicina Valtellina.

La Valposchiavo comprende i due comuni di Poschiavo e Brusio e conta complessivamente circa 4'500 abitanti. Essendo però, durante la stagione estiva, una zona turistica, da giugno ad agosto registriamo un notevole aumento della popolazione e quindi anche degli interventi d'ambulanza. Inoltre, durante questo periodo, va aggiunto il traffico di passaggio per la zona extradoganale di Livigno.

Il Passo del Bernina è molto attraente per i motociclisti, i quali, a dir loro, è una strada

che si adatta perfettamente al classico giro in moto. Molto spesso purtroppo alcuni centauroi la scambiano però per una stupenda pista da corsa. Infatti registriamo un elevato numero di incidenti motociclistici, in parte anche molto gravi. Diversi di questi si verificano ai passaggi a livello di Le Prese e di St. Antonio dove la strada cantonale incrocia la Ferrovia Retica; i binari bagnati formano una scivolosissima patina che causa parecchie cadute ai malcapitati motociclisti.

Il Servizio Ambulanza dell'Ospedale San Sisto di Poschiavo è responsabile per le cure preospedaliere per tutta la valle; da Campocologno fino al Passo del Bernina e alla Forcola di Livigno (dogana italiana). Effettuiamo inoltre spesso anche trasferimenti di pazienti dall'Ospedale San Sisto verso altri ospedali o cliniche, sia svizzere che estere. Capita a volte che l'elicottero



della REGA (Guardia aerea svizzera di soccorso) non possa intervenire a causa del cattivo tempo, per cui dobbiamo effettuare i trasporti di pazienti gravi oltre il Passo del Bernina in condizioni meteorologiche avverse. In questi casi apprezziamo molto l'opzione 4x4 dei nostri veicoli come pure la collaborazione con il servizio stradale del Passo del Bernina, il quale se necessario e su nostra richiesta, ci precede con lo spazzaneve.

Per garantire questi servizi siamo dotati di due ambulanze: una VW T4 4x4 quale primo veicolo di soccorso e per le strade più impervie una Range Rover che serve anche da ambulanza di riserva nel

caso la prima fosse già impegnata.

Oltre alla normale attrezzatura per ambulanze disponiamo di un apparecchio multifunzionale che permette:

- il monitoraggio (saturazione, PA e elettrocardiogramma)
- la defibrillazione semiautomatica bifase
- la stimolazione cardiaca esterna.

Questo gioiello della tecnica è risultato molto efficiente, viene usato per qualsiasi tipo di trasporto e offre una grande sicurezza al personale poiché è molto semplice da usare.

Nel corso del 2001 abbiamo elaborato e introdotto, in collaborazione con il nostro me-

dico responsabile, diversi algoritmi i quali specificano gli atti medico-delegati e le competenze per le varie funzioni. Con questa innovazione abbiamo ampliato e definito esattamente le singole competenze anche per quanto riguarda la farmacoterapia, permettendo, al personale abilitato, la somministrazione di alcuni farmaci anche in assenza del medico.

L'assistenza medica è garantita dai quattro medici accreditati presso l'Ospedale San Sisto e più precisamente:

- Dott. med. Emanuele Bontognoli, spec. FMH in medicina interna e medico responsabile del servizio ambulanza
- Dott. med. Mauro Albertini, FMH in medicina generale
- Dott. med. Tarcisio Menghini, spec. FMH in chirurgia
- Dott. med. Abbas Schoraka, spec. FMH in chirurgia.

Essi, alternandosi, prestano servizio di picchetto al proprio domicilio e si recano sul posto con la propria vettura privata. L'équipe d'ambulanza è invece composta da due soccorritori. Attualmente disponiamo dei seguenti collaboratori a tempo parziale:

- 2 soccorritori diplomati
- 2 allievi soccorritori diplomati
- 4 autisti/soccorritori
- 4 soccorritori

L'organico garantisce un ser-

vizio di picchetto composto da un'équipe di 2 persone disponibile per 24 ore su 24 per tutto l'anno. Siccome durante i mesi estivi gli interventi sono più frequenti organizziamo un secondo picchetto di riserva pronto ad intervenire nel caso che la prima équipe sia già impegnata.

Per i casi più gravi e tempo permettendo possiamo avvalerci della collaborazione dell'elicottero della REGA, il quale è stazionato a Samedan in Engadina.

Durante l'anno 2001 abbiamo effettuato complessivamente 175 interventi. Nonostante il numero esiguo di interventi ci sforziamo di migliorare e di professionalizzare costantemente il nostro servizio. Per questo organizziamo ogni mese degli aggiornamenti serali abbinati agli esercizi pratici e in stretta collaborazione con la Federazione Cantonale Ticinese Servizi Ambulanze delle giornate di perfezionamento e approfondimento sulle cure preospedaliere.

Concludendo possiamo affermare di essere un servizio d'ambulanza sicuramente non perfetto, con diverse cose da migliorare, ma che cerca continuamente di ottimizzare i propri servizi e che sicuramente nei prossimi anni si svilupperà ulteriormente.

* Responsabile Servizio Ambulanza dell'Ospedale San Sisto, Poschiavo

Cosa si nasconde dietro la montagna

di Claudia Mossi*

L'esperienza di una Infermiera italiana in Guatemala: terra dei colori, del silenzio, del lento e continuo camminare di un popolo che parte da una storia lontana e va verso una meta che si perde in un orizzonte infinito.

Il sole faceva l'occholino dietro la montagna, il cielo era di un azzurro limpido e faceva un caldo terribile: la colonnina di mercurio segnava 30 gradi, la mia testa era pesante come se ci fosse qualcosa che m'impediva di osservare la strada, al limite del praticabile, che ci stava conducendo nel cuore della montagna. Portavo uno stetoscopio al collo sopra una maglietta verde ma senza dubbio non era quello che pesava; forse ero solo stanca, stanca di osservare persone, uomini donne e bambini scalzi e seminudi percorrere quelle impossibili strade per raggiungere i paesi più vicini anche solo per comprare alcuni sacchetti d'acqua pura. Ma quel giorno, quel giorno si erano uniti tutti come in una processione, come il giorno di paga nelle poste o nelle banche, come la fila alle prime cinematografiche, quasi ogni donna riuniva attorno a sé una decina di bambini che facevano a gara chi era il più sudicio. E quasi ogni donna era incinta di nuovo. Qualcuno aveva detto loro che un'infermiera straniera, forse italiana, dettaglio senza importanza, avrebbe visitato questi bambini distribuendo loro antibiotici e alimenti in base alle caratteristiche e al loro stato di nutrizione. La notizia aveva avuto lo stesso effetto della cometa sui Re Ma-

gi e tutti si erano messi a seguirla. Passavo di bambino in bambino, dando consigli, auscultando quei piccoli polmoni visibili sotto le magliette consunte e scrivendo ricette sopra foglietti anneriti dalla terra sapendo perfettamente che non avrebbero mai eseguito quelle prescrizioni. Alla fine solo l'impronta del pollice annerito dall'inchiostro che restava come firma: quella strana ragazza dalla maglietta verde che infilava il termometro digitale fra le bocche di più di cinquanta bambini, per loro era come se un intero ospedale si fosse trasferito per un giorno soltanto sulla montagna. Che fare? Piangere o sorridere? Sorridere, certo, guardare quegli occhi così vivaci con tenerezza senza alcuna forma di pietà o compassione ma con nel cuore una rabbia, la rabbia di chi sola al centro della montagna con uno stetoscopio e dieci sacchi di farina e zucchero si domanda: "Quando tutto questo succederà di nuovo?". L'unica risposta o per meglio dire, l'unica certezza di quello che sarebbe accaduto era che il numero dei bambini sarebbe aumentato a dismisura e non sarebbe bastata tutta la farina che in Italia sprechiamo per carnevale a sfamarli. Per ultima, quel giorno, nel piccolo laboratorio allestito per l'occasione in una piccola chiesa, entrava una donna affetta da una brutta forma di cancro che le aveva provocato una deformità orribile al volto, tale da impedire il riconoscimento di occhi, naso e bocca. In quel momento avrei voluto nascondermi. Sì, nascondermi e magari fare parte anch'io di questa gente che vive come clandestina nella montagna, che non ha un centesimo di dollaro per il camioncino che scende in

paese due volte la settimana, che ad un bimbo con la febbre alta pone sulla fronte acqua gelata di un rio la cui sola vista fa rabbrivire. Tutto questo non è facile da accettare, la montagna è invalicabile, questo non è l'unico mistero che nasconde ma i campi di mais, di caffè e di limoni sorridono al sole che continua a sorgere e tramontare senza limiti né confini. Il sorgere e il tramontare che ci ricorda che, nascosta dentro la montagna, la gente si abitua a non pensare più alla ragazza dalla maglietta verde e si abitua a pagare un prezzo molto alto, il più alto di tutti...con la propria vita per continuare a sopravvivere. Il Guatemala è un mosaico molto grande di situazioni; ci sono stati giorni in cui mi ha fatto piangere, giorni in cui mi ha fatto arrabbiare, momenti in cui mi ha fatto ridere e pure sognare...momenti in cui mi ha fatto del male. Sugli autobus sgangherati senza porte né finestre, quando le persone stanno in piedi spacciate come mosche sui vetri delle auto in estate, un fiume di altre persone sale per venderti qualsiasi cosa, dal mango verde al pollo ripieno di chili. Di fronte a tutto questo, di fronte a questa terra così solare che oggi sento parte della mia vita mi domando: "Nel bus non c'è posto ma si sale ugualmente, proviamo allora anche noi a salire". Aiutiamoli. Nella scuola che è il principio di ogni forma di cultura ed educazione. Nella sanità che deve essere un diritto garantito per ognuno. Cresciamo insieme aiutandoci a credere in un mondo migliore con la voglia di costruire un futuro migliore insieme.

* Infermiera collaboratrice di AINS onlus

SOLIDARIETÀ AI DIPENDENTI FIAT

di Ercole Piani

Alla luce di alcune "pirotecniche" affermazioni di uomini politici di prestigio nazionale, non possiamo che biasimare il basso livello culturale che ne traspare che viene unito ad una seria preoccupazione per il futuro della nazione. Nel fare nostro il comunicato stampa del Collegio IPASVI di La Spezia, di seguito riportato, esprimiamo ai lavoratori della FIAT la solidarietà e la vicinanza degli Infermieri.

COMUNICATO STAMPA IPASVI LA SPEZIA

La Spezia, 29 ottobre 2002

Le deliranti proposte del Vice Ministro Baldassare sulla ricollocazione, quali Infermieri, degli operai licenziati dalla FIAT assumono un significato molto più ampio di quanto possa sembrare. Infatti, denotano la totale ignoranza in materia di formazione, in tema di sanità, in ambito occupazionale, di un politico al massimo livello che non può permettersi, a nostro avviso, di NON conoscere come si ottenga la abilitazione professionale, in Italia, per esercitare la "professione sanitaria di Infermiere" (legge 42/1999.)

Oggi la formazione è universitaria, e non è logico illudere o confondere persone alle prese con un enorme dramma quali i dipendenti FIAT, alle quali ci sentiamo prima di tutto vicini e solidali, con affermazioni demagogiche e inutili: questi lavoratori NON potranno essere assunti come Infermieri.

A completare il quadro, con una bella linea di attacco 'bipartisan', interviene l'ex Ministro Vincenzo Visco, che afferma che il collega politico Baldassare si è sbagliato (e fin qui tutto bene) perché non è giusto "declassare questi lavoratori al ruolo di portantini".

Perfetto, Ministro Visco: Lei confonde ruoli, mansioni, professioni, impieghi e qualifiche: eppure nel Gennaio 1999, quando è passata la Legge citata che ci ha per sempre tolto l'aggettivo 'ausiliario', e trasformato in Professione Sanitaria, Lei avrebbe dovuto sedere sul banco del Governo.

O forse, in effetti, considerate le capacità 'orchestrali' del nostro Parlamento (mi riferisco ai pianisti di recentissima scandalosa cronaca) qualcuno avrà ascoltato per lei, chissà...

Cordialità

Francesco Falli
per Collegio IPASVI La Spezia



Coordinamento famiglie con disabili della Comunità Montana di Tirano

a cura di Anna Orio*

“Fiori di Sparta” è l’Associazione nata nella primavera 1999 per dare voce ad un problema: quello dell’handicap. Iscritta nello stesso anno al Registro Regionale del Volontariato e nel 2001 al Registro Regionale delle Associazioni di solidarietà familiare si prefigge di:

- **promuovere** cultura su l’handicap che la disabilità produce utilizzando momenti di incontro, informazione, dibattito nell’ambito del territorio della Comunità Montana di Tirano;
- **favorire** l’aggregazione di famiglie con soggetti disabili, di persone fisiche e giuridiche sensibili ai problemi legati all’handicap, motivate ad affrontare i bisogni dei soggetti medesimi, impegnandosi a garantire loro tutela dei diritti e partecipazione alla vita sociale;
- **sollecitare** energie e pensiero mirati, necessari alla formulazione di un nuovo piano di interventi nell’ambito del territorio della Comunità Montana di Tirano, articolato nel rispetto dei bisogni, riconosciuti in continua evoluzione, di ciascun portatore di handicap;
- **stimolare**, in particolare, i servizi territoriali competenti alla predisposizione del piano stesso e gli Enti preposti all’adeguata realizzazione sul territorio;
- **collaborare** con Enti, Cooperative, Associazioni, Servizi al fine di ottenere spazi tesi all’individuazione e attuazione di progetti e programmi specifici, nel rispetto delle caratteristiche individuali dei soggetti stessi;
- **elaborare** e proporre iniziative di formazione del personale volontario.

L’alto rilievo dei nostri scopi ha voluto la scelta di una denominazione peculiare, forte e poetica allo stesso tempo: richiama la storia di Sparta, città guerriera ove la diversità era negata radicalmente rigettandola, eliminandola.

Il nostro logo rappresenta un’arma antica, l’arco, strumento potenzialmente di offesa e difesa, reso emblematico dalla corda allentata. La sua freccia è una rosa con qualche spina di troppo, recisa.

La nascita, il riconosciuto successo di “Fiori di Sparta” riposano sulla ferma convinzione che l’inserimento sociale dei disabili può e deve essere migliorato anche da un’Associazione organica a questa realtà. Ci siamo determinati, quindi, coltivando contatti, significativi di utili proposte, progetti concreti. Questi i nostri interlocutori ad oggi:

Comuni del mandamento, Comunità Montana di Tirano, ASL, Regione Lombardia, Fondazione Cariplo, Privati e Privato Sociale.

Noi e le istituzioni

Già nel Luglio del 1999, i colloqui di presentazione dei nostri obiettivi hanno incontrato la piena condivisione dei Sindaci del mandamento e ottenuto erogazioni di contributi economici da parte di alcuni Comuni. Per intervento della Comunità Monta-

Proponiamo all’attenzione dei lettori quanto ci perviene dall’Associazione “Fiori di Sparta” perché riteniamo che simili iniziative debbano essere conosciute quale risorsa per tutta la collettività.
(n.d.r.)

na, durante la fase iniziale dell’attività, l’Associazione ha acquisito dall’ASL un pulmino attrezzato al trasporto di soggetti non deambulanti, la concessione di un contributo per la sistemazione della Sede, la disponibilità della sala riunioni per Consiglio Direttivo, Assemblea, incontri con i Volontari. L’ASL ancora e il Servizio Sociale del Distretto di Tirano ci hanno supportato con dati sull’handicap, un pulmino attrezzato per il trasporto di soggetti non deambulanti nel periodo estivo 1999, una mappatura delle risorse territoriali. E’ degna di nota la tempestività con cui la Regione Lombardia ha iscritto “Fiori di Sparta” nei propri Registri. Infine, ricordo con viva riconoscenza il contributo della Fondazione Cariplo per il recente acquisto di un pulmino.

Noi e il privato sociale

Da sempre l’Associazione ha buoni rapporti con l’Opera Don Guanella - Ente Gestore dei Servizi CSE - convenzionato con l’ASL fino al Giugno 2001; altri ne corrono con le Cooperative di Solidarietà Sociale, ad esempio la Cooperativa “San Michele”, attuale gestore dei Servizi Socio Assistenziali del Distretto di Tirano; non dimentico l’attenzione che i CSE “San Michele” e “Chiara Bosatta” ci hanno espresso in termini di sensibilità e di stimolo alla nascita dell’Associazione.

Particolare vicinanza ci è stata dimostrata dalla Pro-Loco di Tirano che ha individuato “Fiori di Sparta” quale beneficiaria dei fondi raccolti nell’ambito delle manifestazioni natalizie 1999 del “Cuore di Tirano”. E’ stato un prezioso elemento di visibilità, un’occasione importante per promuovere la conoscenza delle nostre finalità, dei nostri bisogni. Anche il preseppe, allestito con il coinvolgimento di ragazzi, volontari e familiari ha suscitato l’interesse, lo stupore di molti. Sono stati avviati contatti con Associazioni di “Coordinamento famiglie con disabili”, con persone diverse, gruppi, compagnie teatrali, ricevendo dimostrazioni di disponibilità e sostegno. Nel Febbraio scorso, Ski Club



Anna Orio

Aprica con Studio Foto 3 hanno organizzato il “I° Trofeo Fiori di Sparta”.

La nostra casa: il “trova amici”

Grazie all’impegno delle famiglie e di un gruppo di volontari, l’Associazione ha vivacizzato la sua prima estate con “Pomeriggi estivi ricreativi” a favore di alcuni portatori di handicap, presso il palazzo “S. Michele”, a Tirano.

I Fiori di Sparta hanno gioito di questa iniziativa, vissuta con serenità e pienezza. La strada era e rimane quella giusta: ascoltare i desideri, le aspettative dei nostri ragazzi, formare specificità delle proposte, migliorare l’organizzazione delle nostre risorse, anche nelle relazioni con volontariato e società civile.

Nel Dicembre 2000, la tenacia di inseguire questa via ci ha finalmente premiati di un attimo inteso di soddisfazione.

Il proprietario delle Cartiere Valtellina, Sig. Diego Mosna, concedeva in comodato d’uso gratuito il piano rialzato della palazzina sud in Via del Progresso 1 a Tirano.

Finalmente, avevamo guadagnato l’invocato “spazio di aggregazione”, blandito su tante testate giornalistiche.

Il “Trova Amici”: l’abbiamo chiamato così, ispirati anche alla vista dello scivolo costruito per favorire l’accesso dei nostri ragazzi; l’invito a una semplicità di approccio per tutti.

Ancora quell’istante iniziale dura, cresce giorno per giorno ali-

mentato da relazioni, affetti, che possono abitare una casa propria, sollecitare risorse cognitive, suggerire nuovi scenari.

Ho voluto la nostra Sede aperta, e, per così dire, bidirezionale: nei Fiori noi investiamo noi stessi, energie, difficoltà, speranze. Questi ci ritornano la pace del benessere: ci ricordano chi siamo.

Focus sul nostro fare

• Vita al “Trova amici”: piscina, tennis, giochi di movimento e di società, raduni musicali, pesca, gite.

• “Handicap: realtà e prospettive nella Comunità Montana di Tirano”: convegno pubblico organizzato nel febbraio 2001 in collaborazione con l’ASL; conoscenza, sensibilizzazione, prospettive e operatività integrata.

• Vacanze estive 2001 – 2002 per alcuni ragazzi accompagnati dai genitori: con i loro giovani amici del Rotaract di Lecco, i nostri hanno condiviso due settimane vissute con vera vicinanza e ricchezza di proposte. Intelligente formula, l’evasione che ci hanno offerto ha diversificato momenti di apprendimento (visita alla fabbrica della Ferrari a Maranello, a uno stabilimento caseario in Valsassina), culturali (Venezia, navigazione del Lago di Como, ippodromo, concerti gospel), di divertimento (Gardaland).

• “Il cane: approccio e gioco”: grazie alla disponibilità dell’Associazione “Contatto” di Tresenda, per imparare l’importanza dello scambio.

• “Attività ludiche e sportive di gruppo”: giochi per l’educazione al movimento, particolarmente graditi ai ragazzi.

• “Scambiamoci gli auguri”: adesione di “Fiori di Sparta” al Cuore di Tirano 2001, con il prezioso aiuto di Volontari amici e della Protezione Civile; erogazione di un contributo all’opera svolta da Don Luciano Capelli, missionario salesiano nelle Isole Salomone, grazie alla partecipatissima festa con rivisitazione del prese-

pe, castagnata, tombola.

• “Laboratorio musicale teatrale”: estate 2001, attività propedeutiche alla musica e alla drammatizzazione, esercizi ritmici e vocali, canti, uso di strumenti a percussione hanno aiutato i Fiori, divertendoli, nei movimenti, nella gestualità, nell’espressione di sé.

Quattro principi per un matrimonio

Schiudere i Fiori a un orizzonte nuovo, inteso, è stata la nostra parola d’ordine dopo l’esperienza del laboratorio musicale teatrale, che tanto intimamente vedevamo averli soddisfatti. Portare in un teatro il loro vissuto, elettrizzare la loro gratificazione con il contatto di un pubblico diverso, incontrare l’Altro. Arricchirli con la responsabilità gioiosa della creazione. Non da ultimo, per noi famiglie, investire nell’educazione di un formidabile progetto riabilitativo.

Nell’autunno 2001 il grande passo: accolta e finanziata dall’ASL di Sondrio, si è deciso di promuovere la rappresentazione pubblica di “Quattro principi per un matrimonio”, fiaba in forma di musical che una ispirata Lele Lucini aveva scritto per noi.

“Fiori di Sparta” aveva dalla sua la task force di Insegnanti Collaboratori che nell’estate precedente si era spesa con sensibilità e determinazione eccezionali.

In una stanza prossima al “Trova Amici”, trasformata in scena e tanto vasta da consentire ai ragazzi di muoversi come su un palcoscenico, un pomeriggio alla settimana, per mesi, una ventina di ragazzi hanno sperimentato in un rapporto di fattiva collaborazione.

Gli indirizzi, la fantasia dell’Autrice nell’interpretazione instancabile della Regista, sostenuti dalla professionalità di Educatori e illuminati da una coinvolgente Direzione Musicale veicolata dal nostro Fisarmonicista, si sono espressi nella motivata risposta dei nostri attori, desiderosi con loro di lavorare per un traguardo comune.

L’impegno costante di due Collaboratori Volontari e degli Edu-

catori li ha coinvolti anche nella realizzazione degli oggetti di scena, sia in Sede, sia presso i Servizi, con materiali poveri, tecniche semplici per promuoverne la partecipazione attiva. Le esercitate capacità degli Insegnanti Collaboratori, gruppo da tempo affiatato, integrate dalla complementare conoscenza dei ragazzi da parte degli Educatori dei Servizi, sono germogliate in un creare condiviso.

Ritengo che “Quattro principi per un matrimonio” abbia rappresentato una prima, significativa esperienza di sinergia tra privato e pubblico, una importante tappa personale conquistata dai Fiori, un modello al quale guarderemo ancora con attenzione. Il successo della rappresentazione finale al Cinema Teatro Mignon di Tirano del 26 aprile scorso lo sancisce con il calore e nella partecipazione sensibile di un pubblico eccedente e straordinario.

Linee di indirizzo

“Fiori di Sparta” consta di 56 soci ordinari, 73 soci amici, 28 volontari / amici, 4 soci onorari.

Sa coinvolgere perché riesce a essere dinamica, propositiva e risponde all’importante rilievo conferitole dal territorio, sapendone divenire cospicua, riconosciuta espressione.

Il nostro impegno personale, il senso di appartenenza ci determinano ancora a volere per i nostri ragazzi qualcosa di nuovo, che da tempo abbiamo intuito necessario alle loro relazioni interpersonali, per farli sentire più vivi e partecipi. Come tutte, diversamente da tutte, infatti, la personalità del disabile può crescere in armonia se le è dato sentirsi viva con gli altri.

Quindi, matureremo ulteriormente il nostro dialogo con la comunità, che intera invitiamo all’accoglienza e al sostegno del problema dell’handicap in una crescita comune, per la massima integrazione sociale possibile delle persone disabili.

Io confido, con me i tanti che ora sono personali testimoni, nell’esperienza di ragioni che, ancor prima, hanno trovato passanti, interlocutori, conforti, possibili risposte. Ancora più vogliamo procedere; per scarnificare ogni luogo comune sopravvissuto, con la mitezza inesorabile di un esempio che serba l’opzione responsabile dell’autocritica.

“Fiori di Sparta” ha finalizzato ad oggi risultati importanti, conseguendoli con quel ruvido pragmatismo che è sua cifra distintiva, modus operandi.

Sorge in noi affluendo da fonti culturali aperte, libere, concrete. Sfozia nel valore del risultato che naturalmente si afferma quando ricusa i filisteismi. Il primato che ne riviene non è infine il nostro, ma della coscienza del bisogno.

A portatori capaci e attenti, in questo spazio del quale siamo lieti avere fruito, è bello per noi proporre il motto che informa l’esprimersi di “Fiori di Sparta”: “Aiuta a far librare i nostri ragazzi in più umani, etici “voli”.

* Presidente Associazione Fiori di Sparta

Gli infermieri e la formazione a distanza (FAD)

di Emanuela Balatti*

Per "salpare" verso le nuove frontiere della formazione a distanza infermieristica, suggerirei di predisporre alla "navigazione" con un pizzico di curiosità e di spirito d'avventura. Vorrei ricordare, inoltre, se l'orizzonte apparisse troppo lontano o se si temesse, durante il viaggio, di poter naufragare, che tutto è complesso prima di essere semplice.

Questo articolo ha lo scopo di fornire alcune informazioni sia generali per contestualizzare l'argomento, che specifiche per poter fornire gli strumenti "di bordo" e le coordinate per intraprendere un percorso informatizzato che, per ora, sembra ancora futuribile, ma che probabilmente già a partire dal prossimo anno diverrà non solo auspicabile, ma anche improcrastinabile.

E' opportuno, introducendo il tema della formazione a distanza tentare di definire le differenti tipologie di formazione che l'infermiere intraprende durante la propria vita professionale.

Affermare cosa sia formazione di base, aggiornamento professionale, formazione permanente o continua, però non è facile. La risposta alla domanda cosa sia la formazione, non è né univoca, né sempre chiara¹. Diverse sono di fatto le definizioni, ma tutte tentano di affermare che l'utilità è orientata a colmare la *gap* esistente tra ciò che si sa e quello che si dovrebbe sapere (*o saper fare, o saper essere*), apportando così un cambiamento nella persona a cui si rivolge. La formazione è da considerarsi un processo che parte dall'analisi dei fabbisogni formativi, avendo origine anzitutto dall'elemento "uomo" e tenendo in considerazione lo scenario sociale (organizzazioni del lavoro) entro cui questi bisogni si manifestano, giungendo attraverso diverse fasi sino alla valutazione dell'intervento formativo. Essa è da ritenersi un investimento (non privo di risvolti economici importanti), sia come strumento per la gestione delle risorse umane nell'organizzazione che come strumento personale di realizzazione. Ciò significa creare un modello di formazione che di volta in volta si adegua alle esigenze lavorative (nuove competenze professionali) e culturali (crescita personale e conseguente soddisfazione di sé) dei soggetti coinvolti. In questa logica la formazione non può intendersi come uno strumento che magicamente risolve i problemi organizzativi e personali, tanto più che i suoi risultati difficilmente sono immediati; è un impegno che va, anche, al di là della logica dell'impegno lavorativo quotidiano, ma va vista in una prospettiva di lungo termine².

Tentando una sintesi delle differenti accezioni si può affermare che: la formazione continua è un processo formativo che si inserisce su conoscenze già presenti, (conseguite attraverso la formazione di base, che è rappresentata, ora, nello specifico, dal corso di laurea per infermieri) che accompagnano tutta la vita professionale e lavorativa di un soggetto. La formazione continua comprende sia la formazione permanente che l'aggiornamento pro-

fessionale. L'aggiornamento professionale però ne costituisce un aspetto limitato, circoscritto all'acquisizione di conoscenze specifiche soprattutto di contenuto tecnico. L'aggiornamento, infatti, è l'insieme di attività rivolte all'apprendimento delle novità tecnico/scientifiche e al rinnovo delle conoscenze ad esse correlate.

La formazione permanente, invece si occupa della manutenzione delle conoscenze, delle abilità e degli atteggiamenti del lavoratore lungo tutto il corso della sua vita professionale. La formazione permanente, infatti, si riferisce ad un'insieme di attività rivolte allo sviluppo delle risorse umane, a cui gli individui partecipano per il fatto di appartenere ad una certa organizzazione.

La formazione a distanza o *e-learning* è la modalità informatizzata per conseguire la formazione continua. In realtà la FAD, come si intuirà più avanti, può essere considerata come un'ulteriore sviluppo, per le potenzialità che implica, della formazione continua.

L'introduzione dell'informatica nella formazione continua infermieristica, può rappresentare, infatti, un valore aggiunto di cui per ora si possono solo intravedere le potenzialità: quando si interagisce con programmi didattici in rete si ha immediatamente la sensazione di una grande ricchezza di possibilità, "quasi di nuovi mondi" verso cui navigare. Molti dei nuovi prodotti formativi sono infatti caratterizzati da una grande quantità di informazione disponibile e una pari ricchezza di funzioni per accedere a quell'informazione, per manipolarla e presentarla. La dimensione che inizialmente si percepisce è quella dell'esplorazione di un mondo artificiale e di dimensioni infinite.

La cornice entro cui può essere ridisegnata la formazione continua infermieristica ed in particolare la FAD deve tenere conto di alcuni elementi di contesto tra cui, oltre alle implicazioni derivanti dall'informatizzazione di massa, anche le novità introdotte dalle recenti disposizioni normative.

Internet può essere considerato fondamentalmente come uno strumento di comunicazione, come il telefono, il fax, la radio, la televisione; con caratteristiche sue che vanno capite e utilizzate. Per conoscere Internet occorre partire da questo atteggiamento mentale e pragmatico assieme.

L'elemento che però arricchisce Internet non è solo la caratterizzazione tecnologica, bensì il fatto che dietro gli schermi e le tastiere dei computer collegati ci sono persone: questo rende il tutto più stimolante. Si tratta di un dato molto importante, da tenere presente per capire la caratteristica fondamentale di Internet: quella di essere allo stesso momento una risorsa informativa enorme e un luogo di interazione culturale, sociale ed economica. In Internet, chiunque può produrre informazione e metterla direttamente in rete a disposizione di tutti. Questa caratteristica di interattività rovescia totalmente le categorie e le forme tradizionali di trasmissione



culturale sviluppate negli ultimi cinquecento anni di tecnologia tipografica.

L'avvento dell'informatica, infatti, ha già modificato in modo significativo il mondo economico e sociale e sta ora introducendo peculiari modelli e strategie anche nell'ambito della formazione sia di base che continua.

L'utilizzo di Internet e l'avvento dell'informatizzazione di massa, quindi, possono essere gli strumenti utili ed utilizzabili dagli infermieri per acquisire e consolidare la propria competenza professionale. In tal senso, Internet rappresenta per l'infermiere uno strumento dalle enormi potenzialità: per le possibilità di fruizione del sapere, come spazio comunicativo in cui è possibile scambiare in modo rapido ed economico conoscenze, interagire con professionisti esperti in vari settori, aggiornarsi sistematicamente su temi di interesse, scrivere annunci, consultare libri e riviste, costruire gruppi di lavoro o individuare programmi formativi adeguati alle proprie esigenze.

Ai fini dell'elaborazione di una metodologia di diffusione e fruizione della formazione a distanza, questo aspetto non va affatto sottovalutato, anzi è alla base delle stesse possibilità d'elaborazione di una didattica a distanza *on-line* rivolta non solo a poche decine di discenti, ma ad un vasto pubblico.

In ambito istituzionale si sta dando grande rilievo alla tematica trattata: infatti, oltre alle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 che auspica l'introduzione della FAD, è ormai a regime il nuovo programma elaborato dal ministero della salute dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) che obbliga i professionisti della salute ad una formazione continua accreditata dal Ministero stesso. Il programma ministeriale, per raggiungere capillarmente il vasto pubblico cui si rivolge, oltre che per far fronte ad aspetti logistici ed economici, ha indicato istituzionalmente l'utilizzo della formazione a distanza o *e-learning*.

Nell'ambito dell'ECM la formazione a distanza, può giocare un ruolo chiave nel perseguire le finalità normative previste. Infatti, la FAD può rappresentare effettivamente un'opportunità per effettuare l'auspicata "manutenzione" delle conoscenze e delle competenze: la formazione a distanza può fornire un'ampia scelta di eventi formativi, fruibi-

li senza vincoli spazio-temporali e permettendo, in alcuni casi, una partecipazione diretta e collaborativa oltre alla possibilità di scegliere dei percorsi personalizzati di formazione: si vorrebbe, cioè offrire a ciascun professionista ciò di cui ha veramente bisogno, un prodotto differenziato con un forte legame con l'attività svolta.

Sempre in ambito normativo, il nuovo panorama che si è venuto configurando a partire dagli anni '90 introduce, seppur indirettamente, degli elementi di novità per la formazione continua infermieristica. Infatti, la legge 42/99 ha abolito il Mansionario; nel contempo, però, ha anche sancito che l'infermiere non è più un "professionista sanitario ausiliario", ma un "professionista sanitario" a tutto tondo, avente come specificità disciplinare e operativa quanto stabilito dal Profilo professionale (DM 739/94), dagli ordinamenti didattici e dal codice deontologico. Questi eventi stanno determinando ricadute di importanza storica per la professione infermieristica.

Inoltre alla luce della citata normativa, relativa all'esercizio professionale infermieristico, gli infermieri sono stati riconosciuti responsabili, a tutti gli effetti, del proprio operato.

Diventa quindi imperativo formarsi attraverso percorsi di formazione continua, consultare la letteratura scientifica, dimostrare il razionale che sostiene le nostre scelte professionali, confrontandoci con il mondo della conoscenza e della scienza. Solo sulla base della competenza che deriva dalla formazione continua, le nostre decisioni avranno una fondatezza, potranno ottenere i migliori risultati per il singolo e per la collettività, a breve e a lungo termine, e potranno ridurre al minimo gli errori.

I recenti mutamenti nelle tecnologie dell'informazione, quindi, come già anticipato, sono stati così vasti e incisivi da costituire un vero e proprio cambiamento di paradigma della conoscenza. Questo fatto ha portato alla comparsa, oltre che di nuove forme di lavoro e nuovi processi economici, anche a nuove vie per l'apprendimento e l'insegnamento. All'interno di queste dinamiche di cambiamento del paradigma informativo, il training e la formazione permanente sono visti come necessità per permettere ai lavoratori di rimanere aggiornati alle capacità richieste

e alle conoscenze necessarie.

Molte spinte sociali, economiche e tecnologiche convergono, attualmente, verso un orientamento della domanda di formazione continua e a distanza. Questa tendenza si spiega con l'aumento delle conoscenze utili e necessarie a rimanere semplicemente attivi nel mondo del lavoro. Diverse analisi statistiche hanno evidenziato come in questo momento storico la formazione ricevuta dai lavoratori diventa obsoleta in un lasso di tempo compreso tra i 3 e i 5 anni.

L'evoluzione delle tecnologie della comunicazione ha condizionato, fortemente l'altrettanto progressiva evoluzione dei sistemi di formazione a distanza. Tali sistemi vengono oggi divisi in tre generazioni secondo l'evoluzione dei sistemi di comunicazione, testimoniando in questo senso la loro connaturata caratteristica a funzionare da sistemi di diffusione e promozione sociale dell'innovazione tecnologica.

Prima generazione

Le prime applicazioni di una certa significatività delle metodologie della formazione a distanza si ebbero verso la fine del diciannovesimo secolo, quando le nuove tecniche di stampa e lo sviluppo del trasporto ferroviario resero possibile la produzione e la distribuzione estensiva di materiale didattico a favore di studenti distribuiti su vaste aree geografiche. I corsi formativi si basavano principalmente sulla corrispondenza postale di materiale stampato e l'interazione docente-studente era molto lenta nella sua dinamica, limitata in genere a uno scambio di elaborati e a rarissimi incontri in presenza.

Seconda generazione

Negli anni sessanta del ventesimo secolo sono nati i cosiddetti sistemi FAD multimediali, prima con l'utilizzo delle tecnologie analogiche, poi anche di quelle digitali. La loro caratteristica è stata l'integrazione di materiali a stampa insieme a trasmissioni televisive, registrazioni audio e video, software didattico (courseware) ecc. Il processo d'interazione tra docente-tutor e studente ha continuato ad essere molto simile a quello della prima generazione, anche se ha incluso l'assistenza telefonica, collegamenti via fax e posta elettronica. Il sistema di formazione a distanza della seconda generazione si basa come quello della prima nella sola produzione e distribuzione di materiali didattici attraverso strumenti di comunicazione di massa o personali. La comunicazione tra gli studenti è inesistente e rimane soltanto, in un'ottica bidirezionale, quella tra docente e studente, ma sempre molto occasionale. In sostanza anche questa generazione di sistemi FAD tende a fare a meno della figura del docente per allestire materiali didattici il più possibile esaurienti.

Il problema principale cui tendono a dare una risposta le due prime generazioni di FAD è la copertura delle distanze geografiche e/o il raggiungimento di vaste popolazioni di utenza altrimenti non raggiungibili per mo-

di di tempo (popolazione lavorativa) o di spazio (comunità non raggiungibili dalla formazione in aula). Questo duplice ordine di problemi vengono risolti principalmente attraverso metodi efficaci di presentazione dei materiali didattici e distribuzione degli stessi.

L'apprendimento è considerato quindi un processo sociale in cui si privilegiano le interazioni fra docenti e studenti. La mancanza delle prime due generazioni di FAD è stata quella di ridurre l'apprendimento stesso a un fatto prevalentemente individuale, svolto tutto tra docente e discente. In questo modo si sono create classi inconsistenti, mancando, così, di quell'apertura socio-cognitiva tipica di una classe tradizionale e della sua dinamica di relazione interpersonale che funge da catalizzatore anche per i processi cognitivi.

Terza generazione

Grazie alla mediazione delle nuove tecnologie, la formazione a distanza della terza generazione sta cercando di riprodurre l'apprendimento come processo sociale, sebbene interno ad un ambiente virtuale come la rete, un apprendimento sociocognitivo che rivaluta la componente sociale del processo d'apprendimento, favorendo momenti di forte interazione fra tutti gli attori dell'azione formativa (*tutor*, docenti, esperti corsisti). Questa potrà essere l'idea vincente su cui lavorare per la FAD di terza generazione. Il processo formativo che potrà avvenire soprattutto in rete, potrà creare, attraverso l'interazione dei partecipanti, una vera e propria comunità d'apprendimento in grado di favorire sia il superamento dell'isolamento del singolo, sia la valorizzazione dei suoi rapporti con il gruppo.

Nella formazione dell'adulto la condivisione del vissuto personale, in relazione all'argomento di studio, può effettivamente giocare un ruolo molto forte nella crescita collettiva generando consistenti spinte alla motivazione all'interno del proprio orizzonte di aspettative.

La differenza quindi fra la FAD di prima e seconda generazione e la formazione di terza generazione sta al diverso modo di impostare il processo formativo: un processo estensivo, rivolto a numeri più contenuti (sebbene superiori a quelli dell'aula), ma caratterizzato da una forte interattività fra i partecipanti nel caso della FAD di terza generazione.

Vi è, oggi, largo accordo tra gli esperti sul fatto che la FAD occuperà uno spazio ed un'importanza sempre maggiori, nella prossima decade, anche nel mondo sanitario. L'accordo non si estende, però, alle modalità concrete con le quali essa si svilupperà. In linea teorica sono possibili le seguenti grandi metodologie di approccio:

- **La FAD on line**, nella quale i contenuti sono accessibili direttamente e continuativamente dall'utente che è collegato attraverso Internet con linee telefoniche o sistemi satellitari. In entrambi i casi, ma con qualità tecniche molto diverse, è possibile creare anche vere e proprie classi virtuali interattive che raccolgono ▶

docenti e discenti e che presuppongono la loro contemporanea presenza, anche se in luoghi diversi. Si parla, in questi casi, di modalità sincrona che in qualche modo intende riprodurre il modello interattivo dell'aula. E', d'altra parte, possibile, in questi sistemi, anche una modalità asincrona che fa ricorso essenzialmente alla posta elettronica. Il discente cioè si collega quando vuole, scarica quello che gli serve ed invia una e-mail (un eser-

cizio compilato, una relazione, una richiesta di chiarimento) al docente il quale leggerà il documento.

• **La Fad-off line** si caratterizza invece per il fatto di rendere disponibili i contenuti su supporti informatici come i CD-rom che possono essere letti ed utilizzati nei tempi scelti dal discente. Anche in questa modalità è possibile una notevole interattività didattica attraverso percorsi cogni-

tivi razionali ipertestuali prefissati, esercizi inseriti e supporti vari.

In generale, la Fad attualmente disponibile in campo sanitario, sembra risentire ancora troppo di una struttura che essenzialmente riproduce quella di un libro a stampa. Non a caso si parla, appunto, di e-book o libro elettronico riferendosi al fatto che nei primi anni del multimediale le applicazioni di Fad erano prevalentemente rappresentate da pa-

gine di testo, articolate in una sequenza logica monodirezionale. Un approccio differente è quello dell'e-learning, cioè dell'apprendimento elettronico che significa sfruttare appieno le possibilità della multimedialità attraverso ipertesti interattivi basati su mappe e percorsi cognitivi razionali. Il riferimento non va fatto ai libri, ma ai videogiochi, alla televisione d'intrattenimento, in una parola all'edutainment, termine composto dai termini in-

gles *education* e *da entertainment*³.

La logica che si sta diffondendo riguardo all'utilizzazione didattica delle tecnologie informatiche non è sostitutiva del docente né di automatizzazione di particolari aspetti del tradizionale processo di apprendimento. L'artificiale è visto piuttosto come una risorsa per amplificare le tradizionali possibilità di accesso alla conoscenza, di costruzione individuale del sapere e di interazione in modo tale da favorire una maggiore ricchezza e operatività delle conoscenze e lo sviluppo di atteggiamenti nuovi sia nella sfera cognitiva che psicoaffettiva.

Si tratta naturalmente di possibilità che per poter essere attuate in modo generalizzato, richiedono una trasformazione profonda del sistema formativo e la creazione di nuovi modelli e architetture dei sistemi e delle situazioni di apprendimento. Strutture organizzative, spazi fisici, modalità (e spesso contenuti) dei processi di apprendimento devono rinunciare alla tradizionale rigidità che li caratterizza e aprirsi a una maggiore flessibilità per dare spazio alle possibilità offerte dall'artificiale. Non si tratta soltanto di rendere possibile l'introduzione di metodi basati sull'artificiale eliminando gli eventuali ostacoli presenti negli orari scolastici, nei programmi, nella struttura della classe e nell'organizzazione scolastica. Si tratta anche, o forse soprattutto, di inventare situazioni e strutture che consentano di far emergere i valori impliciti nell'uso della tecnologia e nella sua intelligente integrazione nei processi di apprendimento. L'introduzione dell'informatica può avere un ruolo propulsivo nel promuovere una maggiore adattabilità del sistema scolastico e nell'aprirlo a tutta una serie di valori e atteggiamenti cognitivi seppur di tipo non strettamente tecnologico: diversificazioni delle preparazioni, capacità di autoapprendimento, attitudine al confronto e alla cooperazione, capacità di esplorazione e di ricerca.

Grazie all'e-learning, l'organizzazione, l'impresa, l'ente, nello specifico le aziende sanitarie diventano luoghi di formazione permanente rendendo così possibile il passaggio da mondo scolastico a mondo lavorativo, l'innalzamento dei livelli culturali e l'aggiornamento continuo. Viene superato il gap tra competenze esistenti e competenze attese, vengono date nuove opportunità

a chi non ha potuto fruire del tradizionale periodo scolastico. Inoltre l'e-learning permetterà di conciliare molte esigenze diverse tra loro come la dispersione geografica, i diversi tempi a disposizione per la fruizione dell'insegnamento, il differente livello di conoscenze possedute dai singoli discenti ecc. In sostanza il modello della classe tradizionale non sarà più così spesso praticabile e si dovranno cercare nuove forme per la trasmissione della conoscenza a distanza, sia in relazione alle tecnologie informatiche dedicate a quest'uso particolare, sia in relazione alle metodologie didattiche, ancora tutte da scoprire compiutamente.

Sulla scorta di queste considerazioni, si può intuire come il valore aggiunto della Fad per la professione infermieristica possa essere rilevante. L'utilizzo della Fad, infatti, può rappresentare per tutti gli infermieri una modalità efficace, efficiente e personalizzabile per realizzare la formazione continua. La Fad può contribuire a diffondere il sapere disciplinare, oltre che alle evidenze scientifiche su cui basare l'assistenza infermieristica e a permettere la possibilità di scambi culturali e di interazioni disciplinari e multidisciplinari orientate alla persona assistita.

La Fad, potrebbe rappresentare, inoltre, se gestita con efficacia, uno strumento per dare visibilità alla professione infermieristica e per dare agli infermieri la possibilità di formarsi sia in autonomia che interagendo, con pari dignità e competenza, con altre professioni.

Sarebbe interessante e per certi aspetti affascinante poter illustrare dettagliatamente un viaggio virtuale nel nuovo mondo della Fad di terza generazione... l'importante è però, per ora, aver fornito informazioni che ci aiutino ad entrare con le idee chiare nel prossimo futuro.

La nostra navigazione è appena iniziata, ma l'importante è che, appunto, sia iniziata!

BUON VIAGGIO!

* *consigliere Collegio IPASVI Sondrio*

¹ Quaglino G.P., Carrozzi G.P., "Il processo di formazione. Dall'analisi dei bisogni alla valutazione dei risultati", Milano, Ed. Franco Angeli, 1986.

² Raimondi L., "L'educazione continua in medicina", Scripta Manent, trimestrale del collegio IPASVI di Bergamo, giugno 2001

³ Atti del convegno FIASO "ECM & Fad-Proposte Operative" Modena, 19 dicembre 2001

QUALITÀ E INFERMIERE

di Paola Ripa, Enrico Frisone, Bruschi Angela, Boselli Livio *

“Qualità in Italia è uno dei temi più inflazionati nel panorama dei servizi socio-sanitari. Ne parla un numero sempre maggiore di documenti, più o meno autorevoli alcuni piani socio-sanitari regionali, il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, il Dlgs 502 del 1992.

E' proprio questo decreto legislativo ad introdurre per primo il concetto di qualità delle prestazioni rese nell'ambito del S.S.N. L'art. 10 stabilisce di "... adottare in via ordinaria il metodo della verifica e della revisione della qualità e della quantità di prestazioni, nonché del loro costo, allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini..."

L'art. 14 prevede l'utilizzo "...degli indicatori dei servizi e delle prestazioni sanitarie, relativamente alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto d'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie..."

Il D.P.C.M. (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) 19 marzo 1995 presenta lo schema generale di riferimento per la costruzione della Carta dei Servizi. Questa rappresenta il primo strumento di trasparenza e di garanzia nei confronti dei cittadini utenti, in cui ogni istituzione dichiara al cittadino i propri impegni, definendo le caratteristiche che devono possedere i servizi erogati.

In questo modo, inizia a farsi strada in ambito sanitario, per la prima volta il concetto di centralità del cittadino/utente, nonché della sua soddisfazione.

Da questo concetto si trovano le basi del complesso sistema di qualità ISO 9000 sino alla nuova versione Vision 2000, tanto per confermare che: "L'unica cosa permanente è il cambiamento..." (Eraclito 500 a.C.)

Nella realtà dei servizi socio-sanitari, possiamo fare riferimento al modello proposto da Edwards Deming chiamato il ciclo di miglioramento di PDCA (Plain Do Check Act).

Plain = pianificazione, decidere quali strategie, quale tattica seguire per applicarle e identificarle

le risorse a disposizione (umane e materiali, attivate e attivabili). Il tutto va formulato come obiettivo per valutare con facilità gli eventuali punti critici e discutere con obiettività eventuali modificazioni.

Tutti possono rendersi conto di che cosa si sta parlando "customer satisfaction", "soddisfazione del cliente, che può essere esterno (il cliente / utente) e interno (l'operatore).



Do = esecuzione del piano, attuazione, implementare un intervento del processo sulla base di dati e non d'opinioni.

Saranno identificate **NON CONFORMITÀ** (N.C.) ovvero il non soddisfacimento di un requisito specificato, **AZIONI CORRETTIVE** che sono azioni intraprese per eliminare le cause di N.C. esistenti, difetti o altre situazioni non desiderate al fine di prevenirne il ripetersi e **AZIONI PREVENTIVE** (azioni intraprese per eliminare le cause di non conformità potenziali, difetti o altre situazioni non desiderate al fine di prevenirne il verificarsi)

Le N.C. sono applicate ai materiali, al servizio e ai reclami del cliente/utente. Non devono essere vissute come punizioni, ma come un evento correttivo e positivo e quindi come possibilità di miglioramento, inserito in un contesto di lavoro dinamico. **Check** = verifica delle azioni correttive, da raggiungere in un periodo di tempo stabilito per ottenere il miglioramento sul processo.

Act = standardizzazione delle azioni correttive, creando un modo di mantenere e raggiungere obiettivi, evitando di scivolare nelle precedenti abitudini (routine).

A questo scopo possiamo parlare ora dei protocolli, procedure e istruzioni operative, visti come strumenti di lavoro utili per raggiungere gli obiettivi, con un metodo di lavoro scientifico.

Immaginiamo che la gestione della qualità sia simile ad una strada, per raggiungere la nostra destinazione ci sono dei passaggi obbligati, delle tappe, che rendono la strada più sicura.

Ad ogni tappa corrisponde un faticoso lavoro di tutto il personale, non solo per ciò che riguarda la gestione, il controllo e l'attuazione, ma anche e soprattutto per ciò che concerne l'ideazione ed i contenuti dei passaggi.

Le attività sono protocollabili quando sono standardizzabili, quando sia possibile unificare la

forma secondo modelli e moduli fissi.

Proprio in onco-ematologia pediatrica ciò è più evidente, tutto l'iter terapeutico è gestito da protocolli ben costruiti.

Il protocollo secondo ISO è come una linea guida che trasforma i risultati della ricerca in indicazioni basate su principi scientifici, utili alla pratica clinica, identificando obiettivi, risorse, standard qualitativi e infine indicatori di verifica.

Questo porta degli inevitabili vantaggi che sono individuabili nell'omogeneizzazione delle conoscenze, nel possedere uno strumento formativo, rendere osservabili e valutabili gli effetti del piano di cure, oltre a stimolare il confronto all'interno dell'equipe.

Per ottenere successo nell'attuare i protocolli è importante la partecipazione attiva d'ogni dipendente, dal direttore al fattorino neo assunto, che devono collaborare nella stesura, nell'attuazione e nel controllo del protocollo stesso, ognuno secondo i propri compiti istituzionali e nella specifica professionalità. Non bisogna, per, commettere l'errore di prefabbricare i protocolli a tavolino, imponendoli al personale che ovviamente adotterà delle resistenze nell'applicare ciò che non comprende e non sente come proprio. In questo modo s'instaurerà un irrigidimento, una deprofessionalizzazione del personale con conseguente peggioramento della qualità erogata.

Le procedure sono documenti che dettagliano le attività inerenti al sistema qualità, le modalità operative per lo svolgimento di ciascun'attività (cosa, come, dove, quando svolgere l'attività) e le responsabilità (chi) delle diverse funzioni coinvolte nello svolgimento delle attività. Le istruzioni operative sono descrizioni dettagliate e rigide delle attività svolte quotidianamente nelle unità operative. Sono documenti a carattere tecnico e complementari alle procedure. Sono utilizzate per descrivere

con precisione le modalità d'esecuzione e di controllo delle attività di singole aree o operatori (es. sanificazione, sterilizzazione) e per indicare gli strumenti da impiegare nello svolgimento delle attività, compresa la modulistica. Sono queste descrizioni rigide che non sono suscettibili di discrezionalità, per questo essendo così dettagliate, sono le più valutabili nell'attuazione e nel raggiungimento degli obiettivi prefissati. Alcune istruzioni possono essere anche predisposte sotto forma di check-list (ad es. per la preparazione del carrello delle urgenze).

Le nostre considerazioni finali ci portano a ritenere che le norme ISO 9000 siano un mezzo per gestire un cambiamento di qualità, per imparare a vedere il mondo per processi e misurare tutto ciò che si fa in un'ottica di miglioramento.

L'aspetto più critico di questo nuovo approccio non è stato tanto lo scrivere il Manuale (che descrive l'organizzazione e le politiche dell'azienda per la gestione del sistema qualità, definendo i criteri adottati per soddisfare i requisiti normativi ritenuti applicabili, "è il documento immagine dell'azienda") e le procedure, quanto nel gestire il cambiamento che l'applicazione delle norme comporta.

Sono le persone che determinano il cambiamento. In quanto le attività legate a questi nuovi progetti all'inizio si "sommano" al lavoro quotidiano, ma in seguito permettono di premiare tutti, generando un "alleggerimento" dei tempi di lavoro.

Ricordiamo che se non c'è la motivazione che sproni verso un nuovo impegno, tutto diventa più faticoso e che il successo di un progetto è legato alla partecipazione di tutti per sviluppare la qualità di assistenza, vista non più come un'espressione banale, ma come un fenomeno dinamico e multidirezionale che coinvolge tutti.

Il successo, così come l'insuccesso non saranno più il merito o il demerito di una singola funzione, ma dipenderanno dal modo in cui queste comunicano e interagiscono fra di loro si potranno raggiungere degli obiettivi.

In conclusione, gli aspetti chiave che l'infermiere deve tenere in considerazione per non correre il rischio di fermarsi e di compiacersi, senza guardare "oltre", sono: motivazione, condivisione degli obiettivi, collaborazione tendente al miglioramento e al confronto.

* *Infermieri presso Istituto Clinico Humanitas e Istituto di Cura Città di Pavia*

LA CIOTOLA DEL MENDICANTE

Chandrakant era un mendicante indiano che si riteneva il più abietto degli abietti. "Sono un buono a nulla", si ripeteva spesso. "Sono inutile, un parassita. Nessuno mi ama e nessuno mi amerà mai!"

La sola cosa che potesse davvero definire sua era una vecchia e sudicia ciotola che non lasciava mai il suo fianco e che spingeva continuamente davanti a chiunque riteneva potesse dargli un po' di denaro. Talvolta la porgeva timidamente, ben conscio della propria inadeguatezza; altre volte il suo gesto era sfacciato, quasi vendicativo, soprattutto con le persone per le quali provava invidia. Nutriva spesso tale sentimento; perciò era con soddisfazione, piuttosto che con vergogna, che accettava la carità.

Sovente entrava nei negozi e chiedeva l'elemosina tanto ai commercianti quanto ai clienti. Un giorno, dopo essersi introdotto nella bottega di un antiquario, spinse la sua vecchia ciotola da mendicante sotto il naso del proprietario: "la prego, abbia pietà di me. Solo quanto basta per un tozzo di pane. Ho fame. Abbia pietà!". L'antiquario si limitò a fissare quella ciotola sudicia. Poi la tolse di mano a Chandrakant dicendo: "Fammi guardare più da vicino questa tua sporca ciotola".

"La prego, signore...", supplicò Chandrakant. "Me la ridia... E' la sola cosa..."

"Solo un momento", lo interruppe il negoziante. "Sei uno strano tipo di mendicante. Vali più di me".

"La prego, signore, non mi prenda in giro. Vorrei solo...". "Sto parlando sul serio. Non sei povero. Quella tua enorme ciotola... Perché non la vendi? E' d'oro puro e massiccio".

LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO: il ruolo delle medicine complementari e la necessità di un modello di intervento centrato sulla prevenzione

a cura di Marco Doria*

Lo scopo di questo scritto è quello di allargare gli spazi di attività professionale per l'infermiere del presente e del futuro.

L'esperienza e la competenza di oltre 20 anni di attività professionale infermieristica e terapeutica mi stimola ad alcune riflessioni e proposte. Il 12 maggio 2002 ho spedito alla presidente IPSVI il modello di intervento denominato Harmonia, come contributo al Convegno di settembre. Altrettanto interesse è stato dimostrato al 1° Congresso Nazionale di Naturopatia organizzato dall'Istituto Riza al mio intervento (allegato), nel quale sempre il modello Harmonia veniva citato come modello operativo per la salute.

Ma, particolarmente stimolante, sono stati alcuni articoli che sono apparsi recentemente nella Pubblicazione nazionale dell'Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei collegi IPASVI. Leggendo l'ultimo numero dell'"Infermiere" si scrivono parecchie cose interessanti, tra le quali: **Allarme spesa** "Una spesa sanitaria in rosso profondo, insomma, dove il maggior peso è stato quello dei costi del personale (37% della spesa totale), di beni e servizi (22%) e della spesa ospedaliera che assorbe circa il 49% del totale. Con un ulteriore 15,8% da imputare alla farmaceutica".

La Federazione, dalla penna di Annalisa, **nella lettera aperta al Governo, nell'articolo di fondo** scrive, anzi: "...chiede all'Onorevole Presidente del Consiglio dei Ministri e agli Onorevoli ministri dell'Università e della Salute di intervenire affinché venga attuato il Corso di laurea nelle Scienze infermieristiche in ottemperanza dalla legge 10 Agosto 2000, n° 251, del Dm 3 Novembre 1999, n° 509, dei decreti sulle classi di laurea del 2 aprile 2001 e della legge 8 gennaio, n° 1.

L'alta formazione degli infermieri è attenzione alla qualità di vita di tutti i cittadini". Sempre in quest'ultimo numero dell'"Infermiere" nell'articolo "Altre terapie: medici ed infermieri dicono di sì", due colleghe appartenenti al gruppo di lavoro sulle medicine complementari, riferiscono quanto segue.

Maria Cristina Martella, dei Servizi formativi dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano: "La nostra formazione, infatti, oltre a mettere in primo piano la centralità del paziente ha una chiara impostazione olistica. E in nessun caso ci porta in conflitto con le medicine non convenzionali oggetto dell'attenzione dei medici che non appartengono in alcun modo alla sfera di competenza individuata dal nostro gruppo di lavoro. Che piuttosto è impegnato su attività tecniche che non richiedono competenze mediche e che offrono all'assistito un sostegno, un'integrazione delle cure capace di migliorare la sua qualità della vita. Si pensi ad esempio alle cure complementari destinate al malato oncologico che segue una chemioterapia".

Tra le discipline cui fa riferimento il gruppo di lavoro della Federazione ci sono tra le altre, tecniche come lo Shiatsu, lo Yoga, il Training autogeno, i Fiori di Bach, l'Aromaterapia, la Musicoterapia. **Silvana di Stefano**, presidente del Collegio Ipa-svi di Ragusa e componente del gruppo della Fe-

derazione: "c'è una fortissima richiesta da parte della popolazione, soprattutto di pratiche come l'Agopuntura e Omeopatia, ma anche di cure infermieristiche come il massaggio o i fiori di Bach.

Al tempo stesso c'è una forte richiesta anche da parte degli infermieri: il Collegio di Ragusa organizza corsi in materia e sono seguitissimi".

Tre articoli che contengono dei bisogni riassumibili in un'unica frase: il bene comune degli infermieri e dei cittadini. Gli infermieri per competenze complementari e riconoscimenti scientifici e i cittadini per la qualità delle cure ricevute e sostenibilità degli oneri economici del sistema sanitario. Infermieri e cittadini sono appartenenti alla stessa specie, quella umana.

Una specie, quella umana, che si ammala e si cura. Colui che si ammala viene curato da un suo

simile, anzi da più simili che per informazioni assunte da altri simili decidono cosa è meglio per lui. Osserviamo il **processo terapeutico ordinario** il signor A si rivolge al signor B per un problema y, che porta il signor B a richiedere l'intervento del signor C e gli esami del laboratorio del Signor D il signor A torna dal signor B con gli esami del signor D e il parere del Signor C e.. La diagnosi è fatta, almeno si spera. Poi c'è la terapia e le lettere dell'alfabeto diventano sempre più numerose.

La catena è lunga, molto lunga ed ha un prezzo economico altissimo prestandosi costantemente a speculazioni (l'ex Ministro della Sanità De Lorenzo insegna).

La malattia è curata attraverso una lunga catena umana come a sua volta è il frutto di una lunga catena causale.

L'inizio di una catena che, per esperienza, coincide con la gestazione, i primi anni di vita e

specifici eventi traumatici. Esternamente la malattia si manifesta, spesso dopo anni di incubazione bioenergetica, con il dolore e il disagio.

D'altronde gli infermieri sono stati formati ad essere in quell'area dell'esistenza, di più, ad essere dei custodi. La loro storia li legittima per spirito di disciplina e di sacrificio. Elementi necessari per il mantenimento di un'istituzione, ma costosa, come l'ospedale, che assomiglia con il passar del tempo, a quelli di Campo presenti durante le battaglie.

Ingredienti di battaglia hanno contraddistinto e contraddistinguono la realtà dei colleghi che oggi operano in quella porzione di realtà. Una battaglia che fa parte di una grande guerra, quella dell'umanità che nell'uomo si manifesta anche nella malattia.

Prevenire significa uscire dalla logica della guerra fatta di forze che si contrappongono, ed entrare nella logica dell'armonia.

Un'armonia che viene coltivata dall'inizio della vita, dal periodo gestazionale e che continua per tutta la vita.

I sistemi sanitari sono portati ad essere in rosso ed inefficaci se non si mette al centro dell'azione

Il mantenimento della salute con interventi che mirano al rafforzamento delle capacità vitali dell'uomo e dell'ambiente. In quel contesto sono sorte le pratiche oggi

definite medicine complementari basta avvicinarsi alle fonti della medicina cinese ed indiana da cui derivano shiatsu, moxibustione, qi-gong, agopuntura, il massaggio shiatsu, lo yoga.

Il medico intervenga quando c'è la malattia e faccia bene il suo lavoro adoperandosi nello spirito di non nuocere. Mentre l'infermiere, che per norma di legge, è chiamato a prevenire le malattie si focalizzi sempre più al mantenimento della salute con competenza. Sviluppando capacità di indagine ed intervento nella persona, nella famiglia, nella comunità.

La progressiva perdita di armonia ci ha portato allo sviluppo vertiginoso delle specializzazioni in tutti i livelli del sapere medico ed infermieristico facendoci perdere l'interessa dell'uomo e dell'universo in cui questo è inserito. Molti medici ed infermieri si sono allontanati da questo sistema di cose creando approcci che valorizzano le potenzialità presenti nell'unità della vita.

Un contributo economicamente sostenibile inizia con approcci rispettosi della dignità della persona e dell'ambiente.

La formazione universitaria degli infermieri potrà definirsi "alta" quando "alte" saranno le azioni di sviluppo di professionisti per la salute della persona, della famiglia e della comunità.

La capacità di formare tali professionisti va ricercata là dove viene praticata una modalità di intervento concreto per la salute nel rispetto della dignità umana. Il modello Harmonia è questo; e sarò lieto di approfondirne i fondamenti nei prossimi articoli, proponendo momenti formativi per colleghi e cittadini.

*fondatore del metodo Harmonia: per la salute naturale della persona, della famiglia e della comunità - per ulteriori informazioni visita il sito www.marcodoria.it.



L'evoluzione naturopatica della professione infermieristica: il modello Harmonia

La scelta di realizzare un modello è stata segnata dall'esperienza con tecniche complementari per circa 15 anni individuandone le potenzialità e i limiti. Già, ci sono anche i limiti!

Ho utilizzato all'interno della mia attività terapeutica: lo shiatsu, la moxibustione, la cromopuntura secondo Peter Mendel, la floriterapia di Bach, la bioenergetica gentile, conseguendo dei risultati ma solo dopo tempo, a volte molto tempo. Ho definito l'armonico utilizzo di tali tecniche all'interno di una relazione empatica: **incontro di equilibrio bioenergetico**.

Il limite di tali approcci è proprio il fattore temporale se si desidera che siano efficaci.

Il tempo ha un costo e alla lunga le fasce sociali che possono usufruirne sono quelle medio-

alte.

Il fattore tempo è direttamente legato al livello di struttura della corazza carattero-muscolare presente nella persona, nella famiglia e nella società.

La corazza ha finalità di adattamento all'ambiente, quando questo diventa difficile o al limite invisibile, la corazza diviene capace di rendere insensibile alla vita, con tutto ciò che questo comporta.

Vivo e lavoro in Valtellina, un territorio difficile e notoriamente "chiuso", con individui particolarmente corazzati; infatti l'epidemiologia ci indica che i livelli di mortalità sono quelli generali, nonostante l'ambiente naturale apparentemente più vivo. Quindi anche in Valtellina si muore precocemente di malattie cardiovascolari, tumori e morti violente, il suicidio è frequente. Il modello Harmonia si propone

**Intervento di Marco Francesco Doria,
infermiere professionale e terapeuta per la salute,
al 1° congresso nazionale di naturopatia
dell'istituto Riza del 6-7-8 luglio 2002.**

una serie di azioni atte alla cura e alla prevenzione: primaria in particolare, ma anche secondaria e terziaria.

Al centro del modello c'è una profonda consapevolezza bioenergetica che affonda le sue radici nella Cultura Cinese e nell'opera di W. Reich e dei suoi continuatori nell'ambito della psicologia somatica.

La formazione della corazza carattero-muscolare è sempre più precoce, iniziando a svilupparsi nel periodo uterino e strutturandosi nei primi anni di vita, quindi è opportuno occuparsi dei ge-

nitori e in particolare di quelli in crisi.

Il sostegno alla famiglia è centrale; anche quando mi occupo dell'individuo il mio intervento tiene conto della prospettiva famigliare, in particolare, quando ci sono bambini o neonati.

Ai genitori in crisi con neonati viene offerta l'opportunità di attingere al **pronto soccorso emozionale** al fine di centrare i genitori nella loro funzione naturale, riducendo il livello di stress interno.

Alla famiglia sono proposti corsi di approfondimento: **in Mas-**

saggio Bioenergetico Dolce per il neonato e per l'Equilibrio Psicofisico Famigliare.

Ad oggi ho seguito un centinaio di coppie mamma-neonato presso il consultorio di Tirano grazie alla legge 23/99 della Regione Lombardia, un'esperienza importante che ha confermato la precocità con cui la pulsazione vitale si altera e come i segmenti corporei si predispongono a uno stato biopatico.

Infine alla comunità sono proposti **laboratori anti-stress, di autoregolazione bioenergetica e di wudang-qi-gong**, raffinata e semplice arte di gestione, accumulo e purificazione dell'energia vitale.

Ho avuto il grande piacere di conoscere il **Maestro Sun jun quing** presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, grazie alla collega Cristina Martella che mi ha coinvolto nella formazio-

ne del personale infermieristico, pratico il wudang individualmente e in gruppo ricevendone un benefico costante.

La frequenza al corso di naturopatia presso l'INT è stata un'occasione per socializzare con i colleghi e allargare ulteriormente le mie vedute con il contributo dell'esperienza dell'Istituto Riza.

Concludo, dicendo, che operare per la salute in questa società è complesso: **bisogna occuparsi principalmente della propria salute**, per poi essere in grado di agire individualmente, nella famiglia e nella comunità. Per la mia esperienza servono i 3 livelli citati per essere realmente efficaci.

Grazie dell'attenzione e buon lavoro.

Milano 8 luglio 2002

Trattamento infermieristico delle ferite traumatiche in pronto soccorso

a cura degli I.P.: Fognini Chiara - Ricetti Cristina - Ruttico Stefano
Revisione AFD Adornato Elena *

GENERALITÀ

In merito alle lesioni cutanee, definite come soluzioni di continuo della cute, provocate da agenti lesivi di diversa natura, occorre innanzi tutto effettuare una distinzione fra "lesioni croniche" e "lesioni acute".

Rientrano nella prima categoria tutte le lesioni ad etiologia medica, causate da patologie cronico-degenerative quali disturbi vascolari, diabete, patologie neoplastiche, infettive... di ampio riscontro nei reparti di degenza e nelle cure domiciliari, ma che scarso interesse infermieristico hanno nell'ambito del settore dell'urgenza-emergenza.

Appartengono invece al secondo gruppo, assieme alle lesioni di tipo chirurgico (intenzionalmente provocate, a scopo terapeutico), le lesioni cutanee di più ampio riscontro nel nostro settore, le ferite traumatiche.

CLASSIFICAZIONE DELLE FERITE TRAUMATICHE

Sulla base di criteri anatomicopatologici, suddividiamo le ferite traumatiche in:

- superficiali, limitate alla cute ed al sottocute
- profonde, estese al piano fasciale e muscolare, con possibile interessamento di strutture nervose, vascolari ed osteo-articolari
- penetranti, qualora vi sia comunicazione diretta fra l'ambiente ed una cavità corporea.

Considerando invece l'agente lesivo delle ferite traumatiche, distinguiamo:

- escoriazioni/abrasioni (piccole cadute sull'asfalto, graffiature...)
- ferite lacero-contuse (groschi scivolamenti su asfalto, colpi da corpo non contundente)
- f. da punta (da arma bianca, chiodi, e anche oggetti non acuminati ma in grado di entrare in profondità...)
- f. da taglio (distinte in abrasioni, ferite lineari, f. a lembo, f. mutilanti)
- f. da arma da fuoco (contusioni, f. penetranti/perforanti, lesioni da scoppio, l. da proiettili secondari)
- morsi e punture (m. umano, di cane, serpente... p. di imenotteri, animali marini...)
- perdite di sostanza (con asportazione di tessuto)
- ecchimosi
- irritazione
- lesioni da pressione
- (ustioni o causticazioni (scottature, congelamenti, contatti chimici...))

...Grossa importanza avrà riconoscere il tipo di ferita al quale ci si trova di fronte, sia sulla base dell'osservazione diretta, sia raccogliendo dati sulla dinamica dell'evento traumatico... al fine di procedere ad un trattamento tera-

peutico mirato.

(cfr. gli atti del Convegno "Le Ferite in Pronto Soccorso, valutazione e trattamento" tenutosi a Varese il 30-05-02 per un approfondimento in tema)

APPROCCIO AL PAZIENTE CON FERITA TRAUMATICA

Attualmente non esistono, nel nostro Paese, linee guida o protocolli validati in merito al trattamento (sia medico che infermieristico) delle ferite traumatiche, che spesso cambia relativamente al tipo stesso della lesione, al tempo trascorso dal trauma e al grado di distruzione e di contaminazione dei tessuti.

Riporteremo pertanto le norme generali cui attenersi nella pratica infermieristica per il rispetto degli standard ottimali di assistenza, così come ci sono stati presentati in fase di convegno.

All'atto dell'arrivo del ferito in P.P.I. è di fondamentale importanza stabilire se al danno superficiale siano associate altre lesioni che necessitano di un trattamento prioritario (es. traumi cranici commotivi, pnx, fratture esposte con perdite copiose di liquidi...); in questi casi, dopo un primo approccio d'urgenza riguardante l'emostasi, il trattamento definitivo della ferita viene ovviamente procrastinato fino ad ottenere la stabilizzazione del paziente.

...nella maggior parte dei casi, la prima osservazione del paziente e le poche informazioni raccolte ci permettono di escludere da subito potenziali rischi per la persona, così che la valutazione ed il trattamento della ferita possono seguire uno schema lineare.

IL COLLOQUIO

Il dolore fisico, la preoccupazione e la condizione di dipendenza dal personale sanitario determinano nella persona cui ci troviamo di fronte un notevole stress emotivo; in tali situazioni il naturale bisogno di comunicazione di ognuno di noi viene accentuato... pertanto, oltre che alla raccolta di dati utili, il colloquio rivestirà notevole importanza anche ai fini della rassicurazione del paziente. ...non dimentichiamo che una persona partecipa, informata su ciò che stiamo facendo, è generalmente molto più collaborante...

Quali i dati da raccogliere?

- meccanismo dell'evento traumatico (dove e come è successo)
- tempo trascorso (dopo 6-8 ore il rischio settico è elevato...)
- stato di immunizzazione
- allergie
- variabili personali che possono interferire col tempo di



guarigione (es. coagulopatie...)

Viene infine raccomandato che la persona sia posta in decubito supino, sia per un fatto di comfort stesso, che come prevenzione di lipotimie da reazione vagale.

ESAME FISICO

Sulla base delle informazioni raccolte, si rileverà la necessità di una valutazione globale della persona... dall'osservazione in toto, al fine di evidenziare la presenza di ulteriori ferite... ai parametri vitali (PA, FC, SpO₂...), dati molto importanti nel caso di traumi maggiori.

Si collaborerà quindi con il medico alla parte valutativa vera e propria: l'ispezione della ferita e delle aree circostanti.

(cfr. gli atti del convegno per informazioni sulla valutazione medica dei segni clinici)

PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

Il raggiungimento dell'obiettivo prefisso, nello specifico il favorire la guarigione delle ferite traumatiche, si realizza sempre attraverso la pianificazione di un complesso di azioni fra loro coordinate, anche protratte nel tempo, che spesso risultano spontanee nella pratica quotidiana (si pensi ad esempio alla sterilizzazione dei ferri, al reintegro del materiale utilizzato, alla pulizia della sala...).

In questa sede verrà posto l'accento sulle azioni infermieristiche "dirette alla persona", sempre ricordando che "L'efficienza di una sala chirurgica si caratterizza per il fatto di poter consentire direttamente, senza perdite di tempo dovute alla necessità di reperimento di materiali e strumenti, di compiere tutti gli atti chirurgici cui essa è dedicata".

1. Far accomodare la persona

nella posizione più confortevole, possibilmente sdraiata sul lettino

2. Lavare le mani ed indossare i guanti

3. Scoprire la parte lesa, rimuovendo indumenti e gioielli che ostacolano il lavoro del personale

4. Lavare con acqua e sapone eventuali eccessi di sporco (terra...) sulla cute circostante la ferita

5. Rasare capelli e peli evitando microtraumatismi locali ed una rasatura troppo radiale, che comportano un incremento del rischio di infezione (limitare al minimo la rasatura delle sopracciglia, per evitare asimmetrie nella ricrescita...)

6. Detersione della ferita

E' sconsigliata una pulizia della ferita e della cute circostante effettuata unicamente con prodotti a base di iodio, clorexidina (Hibidil) ed esaclorofene (Amuchina), potenzialmente dannosi sui tessuti esposti... La stessa acqua ossigenata, indicata nel caso di ferite particolarmente contaminate o ad elevato rischio di infezione anaerobia, deve venire eliminata da un successivo lavaggio con soluzione fisiologica, al fine di ridurne l'effetto citotossico.

"Il semplice lavaggio con garze bagnate o per caduta diretta non appare sufficiente a garantire una detersione completa. L'irrigazione con soluzione fisiologica, iniettata a pressione dentro la ferita, con l'ausilio di una siringa (con eventuale applicazione di un'ago-canula per raggiungere la profondità) rappresenta la procedura ideale, perché unisce alla non lesività tissutale della soluzione fisiologica l'effetto meccanico del flusso a pressione", favorendo inoltre l'asportazione di corpi estranei non visibili ad occhio nudo.

7. Asciugare con garze sterili **NEL CASO DI FERITE TRAUMATICHE PER CUI SI**

RENDE NECESSARIO IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DI SUTURA, PROCEDERE ALLA:

8. Disinfezione della ferita e della cute circostante

"Dopo la detersione della cute e l'irrigazione della ferita è universalmente accettato di procedere alla preparazione di un'ampia area di cute circostante la ferita". L'utilizzo di povidone-iodio (Betadine) è vivamente consigliato, sia per la durata che per l'ampio spettro d'azione. Inoltre, la sua particolare colorazione consente di delimitare l'ampiezza del campo sterile. L'impiego di Amuchina 5% è indicato unicamente in aree anatomiche particolarmente sensibili (cute e mucose genitali e perianali).

N.B. Nel caso delle ferite a carico della parete addominale non utilizzare H₂O₂, che comporta peritoniti chimiche!

9. Posizionare la parte da trattare (es. nelle ferite delle dita

far appoggiare la mano su un tavolino servitore, in posizione stabile...)

10. Preparazione del campo sterile.

Piccole ferite: predisporre unicamente un telo sterile, eventualmente fenestrato, che oltre a fungere da piano operatorio servirà da appoggio per il materiale necessario alla sutura. Ferite complesse: si usufruirà di un tavolino servitore sul quale disporre telini sterili, garze, disinfettanti, ferri, anestetico, aghi e materiale per la medicazione

11. Predisporre la fonte luminosa

12. Preparare l'anestetico. Passare in modo sterile la siringa al medico, che avrà già indossato i guanti sterili. Aprire la fiala di anestetico e tenerla saldamente, mentre il medico ne aspira il contenuto

13. Collaborare con il medico nell'esplorazione della ferita

"In senso generale esplorare una ferita significa spingersi all'interno di essa con la vista e il tatto alla ricerca di lesioni associate alla soluzione di continuo della cute. L'esplorazione di una ferita va intrapresa anche in caso di ferite superficiali, perché insieme alla detersione e alla disinfezione rappresenta l'unico mezzo per garantire la possibilità di una sutura senza rischi e di non misconoscere lesioni associate alle strutture profonde".

Ottenere se necessario una emostasi preliminare con laccio emostatico/elastici, da passare al medico che lo posizionerà in sede congrua. Passare anche, se il caso richiede un allargamento della lesione iniziale, lama e portabisturi.

14. Collaborare nelle diverse fasi della sutura vera e propria. "Suturare è avvicinare in modo idoneo e stabile i bordi di

NORME DI COMPORTAMENTO PER IL PAZIENTE CON FERITA TRAUMATICA

"Il principale scopo della cura delle ferite è garantire le condizioni ottimali perché si instauri il naturale processo di riparazione"

E' molto importante, in seguito al primo trattamento effettuato dal personale sanitario, rispettare alcune semplici indicazioni per prevenire inutili complicanze (infezioni, ematomi...):

- *Mantenere la parte a riposo, in posizione di "scarico", non compiere attività che implicino sforzi a livello della ferita*
- *Non bagnare né sporcare la medicazione*
- *Rilevare segni di "anormalità" (eccessivo dolore, gonfiore, arrossamento... medicazione "sporca" di sangue o siero... febbre...)*
- *Tornare a distanza di 48h (salvo diverse indicazioni) presso la nostra struttura per il cambio della medicazione, portando con se il verbale di pronto soccorso (orario: LUN-VEN dalle 20.00 alle 8.00; SAB-DOM 24h/24) ed in seguito a scadenze prefissate*
- *Seguire eventuali terapie prescritte*

Rivolgersi al P.P.I. per informazioni e controlli.

una ferita. La scelta del materiale è subordinata alla natura e alla sede della ferita". Predisporre e passare in modo sterile fili e ferri. Collaborare durante l'annodamento ed il taglio dei fili, tamponare eventuali perdite ematiche.

15. Applicare una garza sterile direttamente sulla ferita

16. Procedere alla rimozione del campo sterile, in modo che non avvenga la contaminazione della ferita.

17. Somministrare nei casi richiesti la terapia farmacologica complementare:

- antibiotico
- vaccino profilassi + immunoprofilassi antitetanica (preparare anche il foglio per il consenso informato alla somministrazione di derivati ematici)
- vaccino profilassi antirabbica

18. Medicare la ferita

Medicazioni semplici:

- abrasione: lasciare scoperta la ferita per favorire l'essiccazione, oppure effettuare una copertura a piatto
- piccole lesioni: mantenere un ambiente caldo-umido, che accelera il processo di guarigione (Connettivina garze)
- ferite necrotiche: favorire l'allontanamento dei tessuti necrotici mediante l'impie-

go di garze iodoformiche ed eventualmente prodotti enzimatici ad azione litica (Elastase)

- ferite infette: sostituire quotidianamente la medicazione, allo scopo di allontanare la carica batterica. Applicare su prescrizione antibiotici ad azione topica (Gentalyn crema, Rifocin)
- ferite associate ad esposizione di nervi e tendini: mantenere un ambiente umido, mediante l'impiego di garze e pomate a base di iodio (Betadine pomata)
- ferite suture:
 - iodio (disinfettante, garze, pomata)
 - ambiente umido: "il mantenimento di un ambiente umido attorno alla ferita, almeno nei primi giorni, appare infatti una procedura in grado di accelerare il processo di guarigione" (oltre alla pomata di betadine appare utile utilizzare garze umide... mai troppo bagnate perché possono causare macerazione dei tessuti ed infezione)
 - cambio dopo 24/48 ore
 - educazione del paziente al controllo della ferita

19. Coprire la ferita con cerotto poroso (Mefix) o bende (nel caso sia indicato favorire l'emostasi...es. ferite al palmo della mano: eseguire medicazione "a guanto di pugile")

Casi particolari:

- ferite interessanti superfici articolari: immobilizzare in posizione funzionale con l'ausilio di stecche rigide (s. gessate o Zimmer)
- ferite da punta di piccole dimensioni (chiodi...): medicare con ittiolo

Rinnovo della medicazione

La prima medicazione viene rinnovata in base al tipo di ferita ed alle condizioni della stessa. In caso di ferita ben deterisa, un frequente rinnovo risulta essere dannoso, poiché favorisce l'asportazione del tessuto neofornato, rallentando i processi di guarigione della ferita.

Rimozione della medicazione sporca

Srotolare le bende oppure staccare i cerotti di fissaggio, procedendo dai bordi verso il centro, "per limitare il più possibile trazioni che potrebbero scollare i margini della ferita". Se presenti secrezioni adesive alla medicazione, inumidire con soluzione fisiologica. non utilizzare benzina, che può causare danni tissutali su cute non integra.

Osservazione della ferita:

- quantità di tessuto di granulazione ed epitelizzazione
- presenza di flogosi, suppurazione o necrosi

- eventuali deiscenze e/o scollamenti di piani cutanei
- vascolarizzazione della zona di ferita
- quantità e caratteristiche degli essudati
- stato dei margini della ferita
- condizioni delle suture

to infermieristico, proponiamo di seguito

- depliant informativo da consegnare a pazienti con ferita traumatica
- algoritmo per il trattamento infermieristico delle ferite traumatiche
- scheda infermieristica per pazienti con lesioni cutanee (estesa per esigenze di reparto, vista la casistica del

nostro P.P.I., anche alle ferite non traumatiche), da visionare, modificare ed approvare da parte di tutto il personale infermieristico presso questa U.O. e da utilizzarsi in seguito nella pratica quotidiana.

* personale in servizio al Punto Primo Intervento di Livigno ASL Sondrio

Procedere alla detersione e alla nuova medicazione
Al fine di uniformare l'opera-

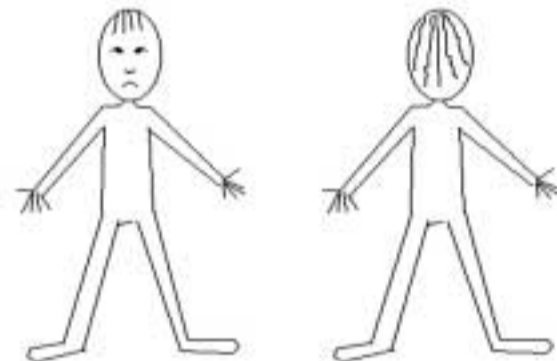
SCHEDA INFERMIERISTICA PER PAZIENTI CON LESIONI CUTANEE

Nome _____ Età _____
Cognome _____ Data l'accesso _____

Tipo di lesione:

- abrasione
- lesione da decubito
- ustione
- ferita suturata
- ulcera vascolare
- altro

Sede: _____ Dimensioni approssimative _____



Descrizione: _____

Detersione/disinfezione con

- Fisiologica
- Amuchina
- Betadine
- H2O2
- Altro _____

Medicazione con:

- Betadine garze/pomata
- Connettivina garze/pomata
- Rifocin
- Gentalyn crema
- Elase
- Sofargen
- Altro _____

Copertura:

- A piatto
- Medicazione compressiva
- Altro _____

I.P. _____

Medicazione: data _____ in miglioramento in peggioramento stazionaria

Note:

I.P. _____

Medicazione: data _____ in miglioramento in peggioramento stazionaria

Note:

I.P. _____

Medicazione: data _____ in miglioramento in peggioramento stazionaria

Note:

I.P. _____

Medicazione: data _____ in miglioramento in peggioramento stazionaria

Note:

I.P. _____

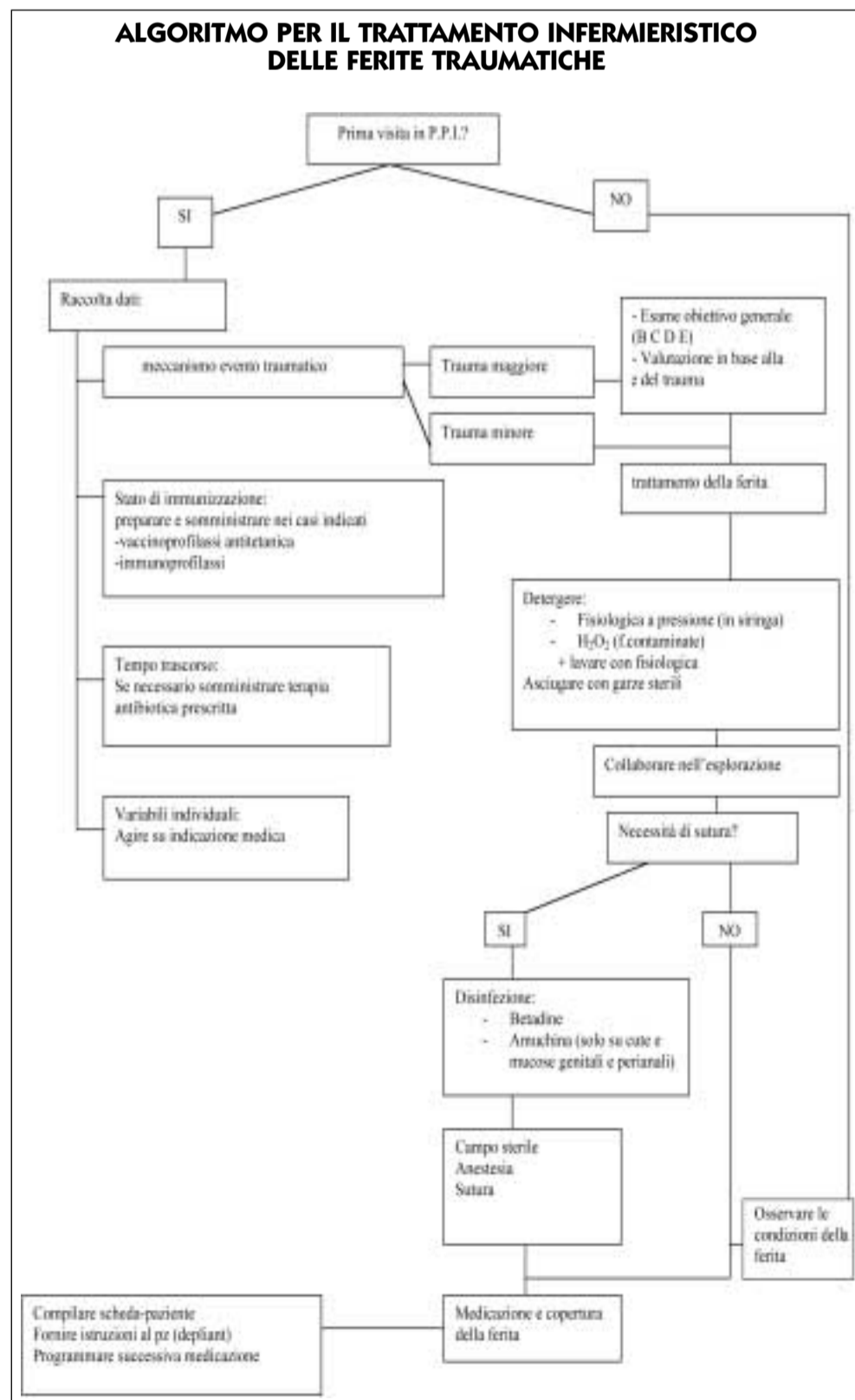
Medicazione: data _____ in miglioramento in peggioramento stazionaria

Note:

Complicanze insorte nel periodo di trattamento:

Interventi effettuati:

ALGORITMO PER IL TRATTAMENTO INFERMIERISTICO DELLE FERITE TRAUMATICHE



Dalla Parte
del Bambino

Buona genitorialità per garantire il benessere psico-fisico del bambino

di P. Scaglia P.*

Il nostro paese è stato caratterizzato, nell'ultimo ventennio, da profondi cambiamenti economici e sociali che hanno determinato anche il modificarsi dei costumi e dei modi di vita della popolazione. Una delle trasformazioni evidenziate è quella relativa al calo della natalità, dovuto a motivi di tipo culturale, economico e sociale che ha prodotto mutamenti anche nel modo di concepire i figli e la loro presenza all'interno della famiglia. Famiglia che a sua volta è stata investita da profondi cambiamenti relativi sia al rapporto di coppia che al ruolo e all'immagine della donna.

Ciò ha influito anche nell'atteggiamento della coppia nei confronti della procreazione. Aumenta il numero dei figli unici e l'età avanzata della procreazione. Inoltre nel contesto familiare il bambino interagisce solo con adulti, spesso prevalentemente con i genitori in età matura per i quali plausibilmente la nascita del figlio è un evento di forte rilevanza. Ciò che emerge è una profonda solitudine del bambino, privato di esperienze sociali e condizionato dai tempi di vita degli adulti.

Da un punto di vista sociale ed economico il sottolineare l'invecchiamento della popolazione da un lato e il calo della natalità dall'altro, ha determinato il porre molta attenzione, come emergenza politica, al rapporto tra popolazione attiva e ha posto, in antitesi, i bambini in un ruolo marginale. Manca, o perlomeno è un orientamento molto recente, nei confronti dei bambini un progetto culturale e pedagogico ampio.

I bambini restano un bene privato più che pubblico, sono ipervalorizzati da genitori e nonni, sovraccaricati di desideri e aspettative nel contesto

familiare ma quasi ignorati come soggetti autentici portatori di bisogni e di diritti propri.

Occorre in primo luogo interrogarsi sul modello culturale che proponiamo ai bambini, ricco dell'inutile e debole nei valori fondamentali che garantiscono una crescita equilibrata.

Occorre ipotizzare un ribaltamento tra il modello esasperato del successo per quello del benessere.

Il modello educativo che trasmettiamo ai bambini si fonda sui valori "della massima prestazione ad ogni costo". Se il vincente è l'unico modello socialmente valorizzato diventa difficile per i bambini fare i conti con l'insicurezza, la paura, l'insoddisfazione.

Non stupisce quindi che i bambini di zone sviluppate e ricche del nostro paese siano soggetti alla stessa tipologia di situazioni di disagio e devianza di quelli che vivono in zone più povere e degradate.

Essere padri e madri, oggi, è difficile. Spesso la genitorialità è vissuta come una scelta faticosa, costellata di rinunce; per la madre significa dover equilibrare più istanze spesso inconciliabili (realizzazione personale/realizzazione professionale); per il padre assumere responsabilità sociali più onerose ed elaborare un ruolo in profonda trasformazione.

I cambiamenti collegati al ruolo paterno sono collegati ai cambiamenti nell'autopercezione maschile che riconosce come proprie, caratteristiche



prima considerate di esclusività femminile (dolcezza, dialogo, ecc.) e alla maggiore capacità e sensibilità di fare esperienze di crescita accanto ai figli.

L'educazione intesa come accoglimento - accettazione, cura e accudimento, introduzione al mondo e promozione della capacità, è cosa di entrambi i genitori. Sfuggire all'impegno educativo da parte dei padri fa perdere ai bambini una potente risorsa e determina un sovraccarico che grava sulle madri.

L'isolamento della famiglia nucleare coincide spesso con la solitudine di madri e bambini che trascorrono molte ore al giorno senza scambiare parole con altri. Oppure con madri e padri così affaticati dall'impegno di coniugare il lavoro con la cura dei figli da perdere di vista il piacere e la gioia di avere un bambino.

Le esigenze che emergono sono da un lato quelle di dare risposta al bisogno di socialità dei bambini, ricordando che le relazioni sociali e in primo luogo col gruppo dei pari sono

alla base del processo evolutivo del bambino e dall'altra di offrire occasioni di incontro e supporto ai genitori.

Emerge in effetti sempre di più il bisogno di supporto psicologico espresso da tutti i genitori ed in particolare da parte dei più giovani che si sentono sempre più impreparati rispetto al compito che hanno di fronte. Proprio per questo, nel nostro paese, l'intervento istituzionale pubblico deve svilupparsi prima ancora che abbia inizio l'esperienza genitoriale, intervento sino ad ora trascurato ed affrontato solo dal mondo cattolico.

Ciò significa pensare a nuovi servizi o a ridefinire l'identità di servizi già esistenti (per esempio i Consultori Familiari) per riuscire a dare risposte ai bisogni dei genitori, soprattutto di quelli alla loro prima esperienza. La nascita del primo figlio costituisce un momento di "crisi" e di riassetto della famiglia, impone il cambiamento di abitudini convalidate, una rinegoziazione della vita di coppia e può essere causa di problemi relazionali.

Occorre quindi intervenire su coppie con figli piccoli, in un'ottica preventiva, partendo dalle potenzialità delle risorse della famiglia stessa.

Anche nel nostro paese, seppur in ritardo rispetto ad altri, si stanno attivando interventi di sostegno alla genitorialità che si rifanno all'educazione familiare intesa come pratica sociale, ossia "le relazioni tra l'esterno e l'interno della famiglia, i processi educativi che si svolgono tra operatori (dei servizi sociali, socio sanitari, sanitari, scolastici, ecc.) e genitori nel compito educativo verso i figli". La disciplina non ha come oggetto la cura di relazioni familiari disfunzionanti, la riabilitazione, la terapia, ma il sostegno educativo alla genitorialità, l'attivazione e la promozione delle risorse e delle competenze che ogni famiglia possiede.

L'educazione dei genitori è un intervento socio educativo che

più di altri può "creare nuove relazioni sociali", "mobilitare potenziali umani", che permette alle persone di saper creare, gestire e mantenere il loro benessere. E' inoltre un intervento che rientra anche in una logica del "lavoro di rete" in quanto mobilita "le risorse dei gruppi primari in cui e vicino a cui vivono le persone socialmente deboli" (PP. Donati - Nuove politiche sociali e

nuovi servizi alla famiglia in Europa, 1991). Quindi educando si promuove, si agisce indirettamente per la prevenzione; aumentando le competenze educative dei genitori si opera a favore del benessere dei bambini e quindi del benessere della società.

Perché ciò avvenga gli interventi devono:

- superare la logica della straordinarietà ed estemporaneità;
- derivare dall'integrazione con e fra tutti i progetti realizzati dai vari attori sociali (scuola, Enti locali, Aziende sanitarie, volontariato, ecc.) per superare rischi di frammentazione, sovrapposizione;
- poggiare su una logica "concertativa" dove i genitori stessi siano coinvolti sin dall'inizio nella progettazione e non siano solo i destinatari della stessa.

Educare i genitori "è stare con le persone, ascoltare ciò che sono e che esprimono e dar loro la possibilità di vedere ciò che sono, sanno e sanno fare perché siano, sappiano e sappiano fare di più".

Educare i genitori è rassicurarli. La rassicurazione è uno dei compiti fondamentali dell'educazione. La caratteristica più importante dell'essere genitori è fornire una base sicura da cui un bambino o un adolescente possa partire per affacciarsi al mondo esterno e a cui possa ritornare sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato (Bowlby, 1988).

Nel clima di incertezza che caratterizza la famiglia e la società contemporanee i genitori, per poter rassicurare, devono trovare essi stessi rassicurazione, confronto con altre persone da cui possano attingere per ripartire con più fiducia in se stessi e nelle proprie capacità, più che trovare molte informazioni che spesso sconcertano e creano ancora più insicurezza.

Rassicurare non è nascondere

gli errori e i limiti, è piuttosto aiutare a vedere i propri punti di forza, le proprie capacità per poter far leva su di esse per riuscire a superare, un po' alla volta, le difficoltà presenti in ogni rapporto educativo:

In Italia per ora non esistono molti servizi specifici di sostegno alla genitorialità tranne alcune esperienze dei Centri per le Famiglie (Emilia, Toscana, ...).

Ciò che si definisce sostegno alla genitorialità è più una funzione che un servizio, è una prassi che si realizza all'interno dei servizi (per es. un asilo nido e una classe). Anche nel nostro paese, soprattutto grazie alla L. 285/97 si sono diffusi in modo rapido, anche se con modalità diverse, molti interventi in tal senso.

Tra le diverse tipologie di intervento possiamo citare, tenendo conto del ciclo vitale della famiglia:

- interventi pre-post partum
- interventi nel primo anno di vita
- interventi con genitori con figli 0-3 anni
- interventi con genitori con figli 3-6 anni
- interventi con genitori con figli 6-11 anni
- interventi con genitori con figli preadolescenti/adolescenti.

I servizi coinvolti vanno dall'ospedale al consultorio familiare, agli asili nidi, alle ludoteche, alla scuola dell'infanzia, elementare, media inferiore e superiore, ai progetti giovani.

Gli interventi vanno da corsi di preparazione al parto, visite domiciliari prima e dopo il parto, gruppi di incontro, mutuo aiuto tra coppie in attesa e neo-genitori, itinerari formativi con i genitori, laboratori per creare giocattoli, fiabe, ecc.

Non esistendo un tipo di famiglia ideale non è possibile avere un programma di sostegno universale. L'intervento è proposto sulla base delle esigenze e degli obiettivi dei singoli con cui il progetto dev'essere sempre concertato e non a cui è proposto.

Idea guida è che ogni genitore e ogni figlio è diverso e quindi i programmi devono essere flessibili e differenziati.

Il primo obiettivo è valorizzare le competenze dei genitori e inoltre rendere possibile ai genitori acquisire abilità nuove e utili.

Sostenere i genitori ha come obiettivi:

- rendere competenti le famiglie, cioè creare opportunità per diventare più capaci, autosufficienti, anche nel mobilitare le reti di comunicazione sociale per soddisfare i bisogni;
- rendere consapevoli le famiglie del loro potere cioè far acquisire un senso di controllo sul proprio percorso evolutivo;
- rendere forti le famiglie e la

Parliamone

Copyright by Collegio IP.AS.VI - Sondrio

Publicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IP.AS.VI. Viene inviato in abbonamento, si prega pertanto di comunicare tempestivamente il cambio di indirizzo al Collegio IP.AS.VI, via IV Novembre, 11 - 23100 Sondrio
E-mail: ipasviso@tiscali.it - ipasviso@libero.it

PRESIDENTE: Ercole Andrea Piani
VICE PRESIDENTE: Antonella Bonanno
SEGRETARIO: Rosella Baraiolo
TESORIERE: Edo Bagiolo

CONSIGLIERI:
Patrizia Almasi, Emanuela Balatti, Lidia Baraglia, Olga Cedro, Roberta Cristini,
Antonella Gambetta, Tecla Gianoli, Luciano Sciegghi, Claudio Tagliapietra,
Daniela Ussia, Giuseppina Vanotti

REVISORE DEI CONTI:
Presidente Giancarlo Bottà
membro eff. Marisa Ambrosini
membro eff. Gemma Valli
membro supplente Adelaide Tudori

HANNO COLLABORATO

Elena Adornato - Gruppo AIDO Tirano - Barbara Alt - Kofi Annan - Associazione Chicca Rajna - Edo Bagiolo - Mario Ballantini - Emanuela Balatti - Rosella Baraiolo - Anna Maria Bergonzi - Angela Bruschi - Marilena Colucci - Giustino Cramer - Simone Del Curto - Marco Doria - Chiara Fognini - Enrico Frisone - Pietro Ghia - Gruppo Insegnanti Tirano - Livio Monelli - Elena Moroni - Pier Luigi Morosini - Claudia Mossi - Anna Orio - Ercole Piani - Cristina Ricetti - Paola Ripa - Gabriella Rovati - Stefano Ruttico - Sala Mariuccia - Piero Scaglia - Annamaria Tanzi - Cladio Tagliapietra - Donato Valenti - Susanna Zaini

loro rete di sostegno naturale promuovendo e incoraggiando la mobilitazione delle risorse tra i membri della rete di comunicazione della famiglia.

Quest'ultimo obiettivo sottolinea l'importanza del lavoro nel piccolo gruppo dove è possibile il racconto, il confronto, la condivisione delle esperienze e che produce effetti non solo al suo interno ma anche all'esterno, permettendo alle famiglie di costruire relazioni tra di loro e con le famiglie che non partecipano all'intervento portando, così, quest'ultimo all'esterno. I genitori in tal senso possono diventare, verso altri genitori, co-educatori. Gli interventi di sostegno alla genitorialità hanno quindi come punto di attenzione non solo il soggetto "famiglia" quanto il soggetto "comunità" in cui la famiglia vive e l'obiettivo è di permettere alla famiglia di diventare risorsa per la comunità locale.

Si diceva che negli ultimi anni grazie alla L. 285/97 molti interventi di sostegno alla genitorialità sono stati attivati. Si è già ora in grado di evidenziare alcune problematiche che si sono presentate, trasversalmente alle varie esperienze: il tipo di formazione che è richiesta agli operatori che intervengono con le famiglie;

- il tipo di integrazione che deve esistere tra i soggetti del territorio sia in fase di

progettazione che di realizzazione dei progetti;

- il reale coinvolgimento della famiglia in fase progettuale;
- la valutazione degli interventi.

Sono questi aspetti che richiedono approfondimenti e soprattutto, quello relativo alla valutazione pare molto delicato e complesso in quanto significa porre attenzione alle ripercussioni degli interventi e chiedersi se in alcuni casi gli interventi possano peggiorare piuttosto che migliorare le situazioni familiari o creare dipendenza dagli operatori piuttosto che autonomia nelle famiglie.

La Regione Valle d'Aosta, in cui opero, ha presentato all'interno del Programma Daphne 2000/03 il progetto "Programma di sostegno locale transnazionale per prevenire la violenza e l'abuso nei confronti dei bambini nelle famiglie".

Il progetto, che è stato approvato, vede coinvolti, a livello nazionale, oltre la Regione Valle d'Aosta, la Regione Veneto e a livello europeo, la città di Vienna, quattro municipalità svedesi, la città di Helsinki e l'università di Edimburgo con funzione di covalutazione del progetto.

Il progetto, di durata biennale, ha un carattere preventivo e si rivolge alle famiglie di bambini da 0 a 6 anni.

L'obiettivo finale è quello di prevenire violenza e abuso, nel

senso più ampio del termine, nei confronti dei bambini. Le azioni previste sono:

- formazione di équipes multiprofessionali con particolare attenzione alle strategie e alle modalità di approccio ai genitori;
- campagne informative rivolte alle famiglie (futuri genitori o neo genitori) con predisposizione di materiale specifico;
- percorsi formativi rivolti ai genitori per rafforzare responsabilità e competenze educative;
- definizione di strategie specifiche per coinvolgere "gruppi bersaglio" (es. famiglie a rischio, famiglie immigrate, ecc.)

A livello operativo si sta definendo la prima azione, che vedrà realizzare in ogni realtà coinvolta, percorsi formativi di sensibilizzazione rivolti a un target eterogeneo e ampio e più specifici per un numero ridotto di operatori che saranno direttamente coinvolti nel lavoro sperimentale con le famiglie.

Sono inoltre previste, nella fase formativa, anche scambi di operatori tra nazioni coinvolte. Questo progetto si colloca in una logica di supporto e sostegno alla famiglia.

A livello istituzionale, nella nostra Regione, il progetto ha richiesto e sta richiedendo il coinvolgimento di più Enti (Assessorato Regionale alla

Sanità, Salute e Politiche Sociali, Azienda USL, Comuni) e di più soggetti (Cooperative sociali, Forum delle Famiglie) e sta evidenziando la necessità oltre che di pensare a nuovi servizi/interventi anche di ridefinire l'identità di servizi esistenti da molti anni (es. Consulenti familiari) e che nel corso del tempo hanno però perso molto della loro valenza preventiva assumendone una più di tipo curativo, riabilitativo.

REFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

P. Milani - *Progetto genitori* - Edizioni Erickson.
 V. Tanzi - *Il domani che verrà* - da Bambini - Gennaio 2000.
 E. Catarsi - *Nuovi servizi per l'infanzia e sostegno alla genitorialità* - da Pedagogika.it.
 F. Scaparro - *Nè "mammi", nè "nuovi, solo padri"* - da Bambini - Febbraio 1999.
 P. Milani - *Il sostegno alla genitorialità: tipologie di intervento in Italia e in Europa* - da Cittadini in crescita - Febbraio/Marzo 2000.
 G. Tonolo - *Scuola per genitori o scuola di atteggiamenti* - da Animazione sociale - gennaio 1995.
 C. Ventimiglia - *Cari papà... impariamo a raccontarci* - da Bambini - Febbraio 1999.
 F. Berto - *Ascoltare i genitori per aiutare i bambini* - da Animazione sociale - Aprile 1995

* *Dirigente Servizio Sociale Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali Regione Valle d'Aosta*

Riparte il progetto "BAMBINI DEL MONDO"

A Tirano opera, dal gennaio 1996, l'Associazione Sconfinando, la quale, oltre a sostenere il Commercio equo e solidale attraverso la gestione di una Bottega del Mondo, ha dato impulso a diverse iniziative di sensibilizzazione sui temi legati alla giustizia economica e sociale e alla valorizzazione di culture diverse.



Nell'ambito di questi obiettivi, un gruppo di volontarie, costituito da insegnanti in pensione, studentesse, genitori ed altre persone disponibili, già dallo scorso anno scolastico, ha attivato il PROGETTO "BAMBINI DEL MONDO".

Preso atto che nella zona la presenza di cittadini stranieri è in crescita, in seguito anche ad alcuni contatti con famiglie immigrate che necessitano di aiuto per i loro bambini inseriti nelle scuole, si è deciso di promuovere un servizio strutturato in modo tale da poter soddisfare le esigenze dei piccoli extracomunitari residenti nel tiranese. Il progetto ha lo scopo di favorire l'integrazione di questi bambini, sempre più numerosi nel territorio, attraverso la conoscenza della lingua italiana e la padronanza dei mezzi per comunicare, leggere, esprimersi e socializzare.

Essi sono seguiti nel corso dell'anno scolastico con regolarità nella sede, in via Arcari, ogni lunedì e giovedì dalle 14.30 alle 16.30, hanno un'età compresa tra i sei e i quattordici anni e provengono dal Marocco, da Santo Domingo, dall'Albania e dalla Cina.

Alcuni sono giunti in Italia recentemente, senza alcuna conoscenza della lingua italiana. Per questi ultimi è necessario un grosso lavoro di sostegno e di avvicinamento alla nostra lingua.

Per coloro che risiedono in una località decentrata o addirittura fuori Tirano è organizzato un servizio di trasporto, sempre gestito dai volontari dell'Associazione.

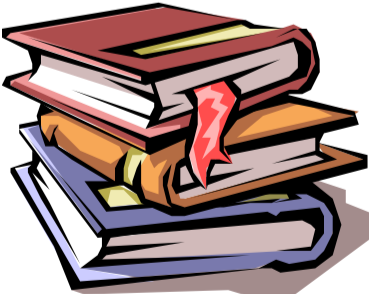
Le attività svolte spaziano dall'insegnamento della lingua tramite conversazioni, letture, canti, a giochi, lettura-ascolto di fiabe dei vari Paesi del mondo, attività di sensibilizzazione musicale ed espressività corporea mediante il movimento, laboratori di attività manuali ed espressive, utilizzo di strumenti multimediali per lo sviluppo delle più importanti abilità di base in ambito cognitivo e linguistico.

Oltre a ciò, i bambini sono aiutati ad eseguire i compiti scolastici.

Ogni volontaria segue un gruppo di 2/3 bambini. Questo assicura un sostegno quasi individualizzato.

Lo scorso anno si è creata un'atmosfera accogliente e rilassata che ha permesso ai bambini di trovarsi a loro agio, di stare bene e di vivere questo spazio come un'occasione di incontro e di socializzazione. Dal 28 ottobre 2002 riprenderanno gli incontri: ci si augura di conseguire gli stessi risultati.

A questo progetto collaborano anche il Comune di Tirano, che mette gratuitamente a disposizione la sede per gli incontri e che interviene con un contributo per l'acquisto di materiale di facile consumo, la Biblioteca Arcari, che procura e fornisce al Centro libri didattici specifici, fotocopie gratuite e dà la disponibilità dei locali per le attività di animazione, altre organizzazioni di volontariato locali, in particolare la Caritas parrocchiale, che agevola i contatti con le famiglie dei bambini, le insegnanti delle scuole elementari con le quali si programma e si verificano interventi di sostegno didattico.



LA CHIACCHIERA E' LA VERGOGNA DEL LINGUAGGIO. CHIACCHIERARE NON E' PARLARE. IL PARLARE TROPPO DISTRUGGE IL SILENZIO, IMPRIGIONANDO LA PAROLA. QUANDO SI CHIACCHIERA NON SI DICE NIENTE DI VERO, PERSINO NON SI DICE NIENTE DI FALSO, PERCHE' IN VERITA', NON SI STA PARLANDO.

Maurice Blanchot (autore contemporaneo francese)

IL BAMBINO EPILETTICO: GESTIONE INFERMIERISTICA

di V. De Leo*

Introduzione

La professionalità infermieristica negli ultimi anni ha subito un radicale cambiamento, in particolare con l'emanazione di vari decreti Legge (DPR739/94 e DPR 42/99) con cui vengono dati al personale infermieristico piena responsabilità del processo assistenziale ed autonomia decisionale, decretando quindi la trasformazione della professione infermieristica da ausiliaria a professione sanitaria.

Facendo nostra la definizione della qualità dell'assistenza data da Palmer, secondo cui essa consiste nella capacità di migliorare lo stato di salute e la soddisfazione di una popolazione, nei limiti concessi dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza, ci preme sottolineare la particolare qualità delle prestazioni erogate dal personale infermieristico dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedali era Salesi: con i mezzi propri di un reparto ospedaliero dell'area medica, viene infatti assistita in modo competente una popolazione pediatrica estremamente eterogenea e di particolare impegno sia sotto il profilo strettamente tecnico che sotto quello più squisitamente umano.

Una popolazione eterogenea

L'assistenza ospedaliera di pazienti pediatrici neurologici

prevalentemente epilettici, talvolta neurochirurgici o in fase di decorso post-operatorio o dimessi dai reparti di rianimazione pediatrica, richiede infatti prestazioni infermieristiche quali gestione di cateteri venosi centrali, medicazione di ferite chirurgiche, nutrizioni parenterali e quindi una conoscenza ed un saper fare altamente specializzati, una seria formazione permanente oltre ad infrastrutture adatte.

D'altra parte la gestione integrata di pazienti neuropsichiatrici in età evolutiva richiede una profonda capacità di "care", di guida associata a sostegno e contenimento, di empatia, rassicurazione e comprensione: i pazienti con disturbo del comportamento alimentare, ad esempio, necessitano di contenimento fermo, ma anche di ascolto e di aiuto a tollerare procedure coercitive o invasive quali la nutrizione parenterale; la gestione di pazienti con disturbo generalizzato di sviluppo necessita di molto tempo e disponibilità ad entrare delicatamente nella modalità comunicativa indiretta e distante che è loro propria, di capacità di tollerare la frustrazione del loro silenzio e la loro carenza di contatto empatico; ancora le parole ed i gesti usati ne) rapporto con pazienti devianti devono partire dalla comprensione dei possibili retroscena familiari e delle profonde ferite di cui questi sono portatori, in modo

non punitivo o giudicante, senza invadenza o eccessivo distacco. Ugualmente il lavoro con bambini malati cronici come quelli affetti da paralisi cerebrale infantile e/o epilessia comporta un saper fare del tutto speciale, una solida sapienza vicinanza che risponda al bisogno di conferma, contenimento, rassicurazione e guida di cui le madri, esperte gestrici in prima persona delle terribili malattie dei figli, sono vulnerabili portatrici. È stata perciò attivata dal personale infermieristico una vasta gamma di strategie volte a rendere l'assistenza sempre più qualificata, ma anche più umanamente costruttiva e serena nell'ottica della multidisciplinarietà e della responsabilità professionale, in particolare nei confronti della malattia cronica.

Un esempio di tutto ciò viene dato con la proiezione di un video dove si mostra la gestione di alcune delle situazioni più importanti di una giornata "Tipo" nel reparto di Neuropsichiatria Infantile. Viene illustrato l'ambiente del reparto, il momento dell'accettazione, le dinamiche con la famiglia del bambino ricoverato e le attività ludiche. Essendo l'epilessia la patologia maggiormente rappresentata tra i nostri bambini, da sola o più spesso in associazione con altri disturbi neuropsichiatrici, si è deciso di mostrare in particolare un mo-

mento in cui si è impegnati a gestire una crisi convulsiva. Quello della crisi epilettica è sempre un momento drammatico dato il suo carattere peculiare di evento improvviso che altera notevolmente l'ambiente familiare, scolastico od ospedaliero.

Vengono descritte e discusse le norme di comportamento fondamentali da attuare in caso di insorgenza delle crisi convulsive e dell'importanza del "saper essere" e del "saper fare" dell'infermiere che assume in questi contesti una dimensione basilare nella gestione del paziente.

Viene infine sottolineato l'altro aspetto della professione infermieristica, che è quello dell'interazione con il bambino ospedalizzato e con le sue esigenze per migliorare la qualità della degenza ed evitare che questa possa trasformarsi esclusivamente in un evento sgradevole e traumatico.

Tali risposte assistenziali, sempre più adeguate, specialistiche, ma anche flessibili, oggi codificate e riconosciute, appartengono senz'altro alla tradizionale serietà professionale degli infermieri, che hanno da sempre speso solide competenze umane e professionali nell'assistenza e nel rapporto con il malato neuropsichiatrico.

* *Infermiere Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile - Azienda "G. Salesi" - Ancona*

La voce di chi è al limite della vita

a cura dell'Associazione Chicca Raina

Spesso si parla dei malati o sui malati, talvolta si parla solo di patologie

Si può, come addetti ai lavori, anche se preparati professionalmente, anche se esperti parlare a nome delle persone malate? E delle persone malate al limite della vita? E l'ascolto della persona nella sua condizione concreta? Il vedere la realtà con i suoi occhi e con il suo cuore, con la sua prospettiva del tempo, il suo incerto futuro, con la priorità dei suoi desideri? E il suo sentire la necessità di dialogo, di una mano che, oltre a trasmettere calore e comprensione, sia anche in grado di prendersi cura, di farsi "carico", di cogliere la sofferenza?

...dolore...
...emozioni...
...sensazioni...
...paura... ansia...

...*"Un senso infinito di smarrimento e di solitudine senza scampo doveva pervadere da capo a piedi quel corpo"*...

Da i bunddenbrook di Thomas Mann



Quali risposte alla persona che soffre?



Andare in contro al bisogno che tutto l'essere sia "sollevato" dal suo stato di sofferenza, dare sollievo è offrire una possibilità di condivisione, di essere insieme per la vita alla fine della vita: condivisione e partecipazione, presenza di "un compagno di strada" rispettoso, disponibile all'ascolto e al dialogo, come anche al silenzio condiviso.

E' una relazione dove la malattia, anche se mortale, può essere un momento di trasformazione, di scambio tra il malato e noi, con la speranza nella possibilità concreta di "curare" la sofferenza, di fronteggiarla, senza eliminarla perché costitutiva della vita umana.

La presenza relazionale sostiene, arreca sollievo al malato; nessuno può sostituirsi a lui nel vivere l'esperienza della sua malattia, nel sopportarla, nell'elaborarla: è un compito individuale, ma nel condividere tutto diventa più pensabile e più accettabile.

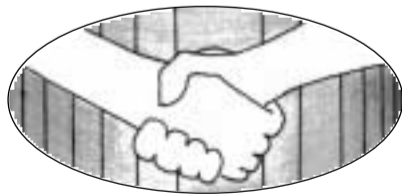
Dare voce

Ascoltare il bisogno di sollievo della persona malata di cancro al limite della vita

È stato oggetto di una ricerca che l'Associazione Chicca Raina ONLUS ha attuato, dal gennaio al settembre 2002, stando accanto alle 18 persone da lei assistite in questi mesi al loro domicilio, ed accompagnate alla morte.

All'invito ad esprimersi "COSA SIGNIFICA PER LEI SOLLIEVO?" Ecco la LORO VOCE:

- essere con i miei a casa (n.4)
- parlare liberamente (n. 5)
- il benessere quotidiano (n.7)
- avviarmi a morire in pace (n.5)
- la liberazione dei pensieri (n.2)
- vedere mio figlio (n. 2)
- essere libero di scegliere come curarmi (n. 2)
- lasciarmi stare (n. 1)



Sentite le parole, le espressioni di queste persone che oggi non ci sono più ci aiuta a condividere e cogliere insieme il senso della presenza vicino a loro.

L'ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO CHICCA RAINA nel corso di questi anni di attività:

- ha sostenuto la dignità della persona malata di cancro sofferente nel periodo ultimo della vita;
- ha permesso alle famiglie di accogliere a casa i propri cari con un supporto ed un'assistenza continuativa, qualificata;
- ha offerto l'aiuto concreto e solidale dei suoi volontari;
- ha dato voce ai bisogni dei malati e dei loro familiari.



L'Associazione Chicca Raina ONLUS aderisce a livello nazionale alla Federazione Cure Palliative ONLUS.

"HO VISTO LA VOCE DEL CUORE"

a cura di Paola Ripa, Marilena Colucci, Barbara Alt, Susanna Zabini*

Questa volta ho deciso, proverò ad essere diverso, lascerò che le mie emozioni prendano il loro corso.

Sono al timbro, mi avvicinerò a lui in modo da provare a vederLo, sentirLo...

Ignazio, 37 anni, da 4 mesi ricoverato in seguito a rottura di un aneurisma cerebrale, è in uno stato simil-comatoso, tracheostomizzato, alimentato tramite PEG.

Nei suoi occhi, insieme alla tristezza, si leggono la nostalgia di un passato non troppo lontano e la "sconfitta" di un presente gravoso, troppo gravoso per chiunque. Realtà o immaginazione? La risposta a questa domanda non è univoca... Spesso il tempo, l'esperienza e la frenesia cui sono sottoposto quotidianamente durante le ore lavorative creano una sorta di *corazza* di fronte alla sofferenza e alla gioia, che appaiono sempre meno nitide in quello sguardo, ma non questa volta, non oggi.

Per chi ogni giorno, che come me, impara a vivere e confrontarsi con questa realtà, che vede come protagoniste persone la cui dignità sembra essere compromessa, è forse più semplice pensare che quegli occhi celino dei pensieri, dei sentimenti, un mondo. Se così non fosse un loro sorriso, un comune sorriso, non lascerebbe nel cuore di chi lo percepisce una traccia profonda. E' questo quello che sarebbe bello ricordare di Ignazio e di ognuno di loro.

Di tutti i pazienti: un'immagine solare, serena, e non

quella triste, angosciante e desolante che viene solitamente presentata, seppur in buona fede. Vorrei ascoltare la loro verità e, chissà, forse mi imporrebbe di essere dalla loro parte senza compassione, superando quest'ultima per trasformarla in partecipazione. Oppure mi farebbe capire, con una volontà tanto forte quanto debole è il loro corpo, la sofferenza che vivono e il desiderio di vincersela...

La consapevolezza di quello che di buono, se così si può dire, posso fare per coloro che sono stati solo meno fortunati di me, uomo o donna, che ad un certo punto non sono stati più beneficiati dalla buona stella, quindi ora sono da ESSERI considerati malati.

Ecco lì che allora, si fa strada lentamente...un pensiero; ogni singolo momento può diventare occasione di crescita, di speranza e di entusiasmo per gli attimi di benessere, oltre che di salute, regalati. "Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere propri e della sua famiglia".

Nell'articolo 25 della *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo*, viene resa esplicita fra due concetti apparentemente simili, eppure tanto diversi fra loro... Quelli di *SALUTE* e *BENESSERE*, *l'illuminazione*. Sì, perché benessere significa anche costruire se stessi conformemente alle proprie aspirazioni, realizzare il proprio Io, impedire agli altri di piegarci ai loro fini e tanto

altro ancora.

Fare miracoli non è di competenza infermieristica, ma rispondere a necessità umane oltre che a problemi materiali è un *DOVERE* dal quale non posso fuggire.

La mia fortuna è stata quella di avere la possibilità di parlare, di confrontarmi, di conoscere i miei e gli altri punti di vista e soprattutto, aver ascoltato le mie emozioni e "aver visto la voce del cuore" di Ignazio.

Adesso ciò che più importa è aver intrapreso la via, conoscere il senso e trarne un insegnamento prezioso, in modo da rendere più nitide la sofferenza e la gioia che percepisco in quegli sguardi. Grazie Ignazio.

Bibliografia

Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo Assemblea generale delle Nazioni Unite 10/12/1948

Bassetti O. educazione alla salute e cultura psicologica 1990 Emmebi diffusione Milano

*Autori

Paola Ripa, coordinatore sezione di corso di laurea per infermiere Istituto Clinico Humanitas

Marilena Colucci, studente III anno corso di laurea per infermiere Istituto Clinico Humanitas

Barbara Alt, Infermiera Degenza C3 Istituto Clinico Humanitas

Susanna Zabini, Infermiera Degenza C3 Istituto Clinico Humanitas



Ode alla vita

Lentamente muore chi diventa schiavo dell'abitudine, ripetendo ogni giorno gli stessi percorsi, chi non cambia la marca, chi non rischia e cambia colore dei vestiti, chi non parla e chi non conosce.

Muore lentamente chi evita una passione, chi preferisce il nero su bianco e i puntini sulle "i" piuttosto che un insieme di emozioni, proprio quelle che fanno brillare gli occhi, quelle che fanno di uno sbadiglio un sorriso, quelle che fanno battere il cuore davanti all'errore e ai sentimenti.

Lentamente muore chi non capovolge il tavolo, chi è infelice sul lavoro, chi non rischia la certezza per l'incertezza, per inseguire un sogno, chi non si permette almeno una volta nella vita di fuggire ai consigli sensati.

Lentamente muore chi non viaggia, chi non legge, chi non ascolta musica, chi non trova grazia in se stesso. Muore lentamente chi distrugge l'amor proprio, chi non si lascia aiutare; chi passa i giorni a lamentarsi della propria sfortuna o della pioggia incessante. Lentamente muore chi abbandona un progetto prima di iniziarlo, chi non fa domane sugli argomenti che non conosce, chi non risponde quando gli si chiede qualcosa che conosce.

Evitiamo la morte a piccole dosi, ricordando sempre che essere vivo richiede uno sforzo di gran lunga maggiore del semplice fatto di respirare. Soltanto l'ardente pazienza porterà al raggiungimento di una splendida felicità.

Pablo Neruda

LE CURE DI "FINE VITA": come aiutare a vivere

a cura della segreteria organizzativa*

Crediti ECM attribuiti: 6

Sondrio, 22 - 23 novembre 2002
Auditorium Torelli
 Via Lucchinetti, 5 - Sondrio

PROGRAMMA

22 novembre - MATTINO

- Ore 8.15 Registrazione partecipanti**
Presidente di sessione Dr. Margherita Bellesini - Presidente "Ass. Chicca Raina"
Moderatore Inf. Rosella Baraiolo Segretario Collegio IPASVI
- Ore 9.00 Saluto delle autorità:**
 Sindaco Comune di Sondrio *Dr. Alcide Molteni*
 Presidente Collegio IPASVI *Ercole Piani*
 Presidente Ordine dei Medici *Dr. Alessandro Innocenti*
 Direttore Generale ASL di Sondrio *Ing. E. Triaca*
 Direttore Generale A.O. "E. Morelli" di Sondalo *Prof. P.G. Spaggiari*
 Amministratore Ospedale S. Sisto Poschiavo *Dr. Guido Badilatti*
 Responsabile Servizio Infermieristico Aziendale ASL Sondrio *IID Daniela Rusconi*
 Responsabile Ufficio Infermieristico A.O. "E. Morelli" di Sondalo *AFD Ivana Abordi*
 Coordinatore del Corso di Laurea per Infermiere - sez. di Sondrio *DAI Aldo Calosso*
- Ore 9.15 Lettura magistrale: "Senso dell'etica del prendersi cura: quale conflitto per l'infermiere."**
 IID Antonella Bonanno
- Ore 10.00 Significato delle cure di fine vita**
 Don Battista Rinaldi
 Dr. Albino Fascendini
- Ore 11.00 DIBATTITO**
- Ore 12.15 INTERVALLO**
- 22 novembre - POMERIGGIO**
- Presidente di sessione* Dr. Margherita Bellesini - Presidente "Ass. Chicca Raina"
Moderatore: Dr. Giuliano Pradella - Direttore Sanitario A.O. "E. Morelli" Sondalo
- Ore 14.00 Cura intensiva: significato e limite.** Dr. Simone Del Curto
- Ore 14.30 Curare quando non è possibile guarire.** Dr. Donato Valenti
- Ore 15.00 Aspetti assistenziali nelle cure di fine vita**
 Inf. Patrizia Almasi
 AFD Sandra Peciccia
- Ore 16.00 Accanimento terapeutico: indagine nella realtà infermieristica della Provincia di Sondrio.**
 Inf. Giuseppina Castangia
- Ore 16.30-17.00 DIBATTITO E CHIUSURA GIORNATA**

23 novembre - MATTINO

- Presidente di sessione* Sig. Bruno Vegro - Presidente Nazionale LILA
Moderatore: Inf. Edo Bagiole - Tesoriere Collegio IPASVI
- Ore 9.00 ESPERIENZE A CONFRONTO**
Quando chi muore è un bambino
 Dott.ssa Lucia Benini
 AFD Ercole Piani
AIDS: la malattia dimenticata
 AFD Andrea Guandalini
Accompagnare alla morte
 Inf. Laura Spini
Oltre confine: esperienze in Val Poschiavo
 Sig.ra Daniela Luminati Cramerì
- Ore 11.30 Il sostegno agli operatori, sollievo di chi è al limite della vita.**
 Dr. Delfo Bonenti
- Ore 12.00 DIBATTITO E CONCLUSIONI**
- Ore 12.30 RESTITUZIONE TEST DI VALUTAZIONE E CONSEGNA ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE**

Come segnalato nella locandina, nei giorni 22 e 23 novembre 2002 si terrà a Sondrio, presso l'auditorium Torelli, il convegno dal titolo "Le cure di fine vita: come aiutare a vivere", organizzato dal Collegio IPASVI della Provincia di Sondrio.

Al convegno il Ministero della Salute ha attribuito 6 crediti E.C.M. che possono essere distribuiti tra un numero massimo di 220 infermieri.

Dopo lunga analisi, in questi ultimi giorni, il Ministero ci ha comunicato che la nostra richiesta per accreditare, oltre gli infermieri, anche le Assistenti Sanitarie e le Vigilatrici d'infanzia, non poteva essere accettata, in quanto, a suo dire, il tema trattato dal Convegno non ha dirette implicazioni con il loro profilo professionale.

Un pensiero va quindi alle 6 colleghe appartenenti a queste categorie che hanno deciso di partecipare al convegno pur non percependo alcun credito; a questo proposito voglio ricordare che sono ancora disponibili, per chi fosse interessato, una trentina di posti (non accreditati).

Le scuse vanno anche a quei 70 infermieri che non abbiamo potuto accontentare, in quanto i posti disponibili erano esauriti; essi, infatti, hanno sperato fino all'ultimo che qualche collega si ritirasse, per poter subentrare ad esso. Riallacciandomi a quanto scritto sopra, l'accusa che ci è stata mossa è quella di avere utilizzato dei criteri di selezione non equi.

E' vero che all'uscita delle locandine che pubblicizzavano il convegno i posti disponibili erano ormai esauriti, ma questo è dovuto al fatto che la notizia dell'organizzazione del nostro meeting era disponibile



per gli iscritti di tutta Italia già da tempo, semplicemente consultando il sito del Ministero della Salute, deputato ad erogare questo servizio.

A dimostrazione del fatto che non sono state usate vie preferenziali e che tutto è stato fatto rispettando la trasparenza e l'equità che ci hanno da sempre contraddistinto, la presenza nella lista degli esclusi di membri del Consiglio Direttivo che, interessati al convegno, non hanno potuto rientrare nell'elenco dei partecipanti. Come avrete potuto capire il corso organizzato ha riscosso un enorme successo tra gli iscritti al nostro Collegio e, visto che i posti accreditati sono limitati, il Comitato Organizzativo che qui rappresento ha deciso di utilizzare i seguenti criteri di scelta per selezionare i partecipanti:

- Ordine di iscrizione, supportato dal versamento su conto corrente bancario o direttamente in sede della quota d'iscrizione fissata in 25 euro entro la data del 18 novembre, termine perentorio oltre il quale, chi non ha regolarizzato l'iscrizione,

verrà depennato a beneficio di altri iscritti che ne hanno fatto domanda.

- Sono stati privilegiati, per ovvi motivi, coloro i quali sono più direttamente interessati dal tema trattato in quanto lavoratori in ambiti specifici.

Nella scelta doverosa che ci siamo trovati a fare, lasciando a casa alcuni iscritti interessati al nostro convegno, pensiamo di aver agito con correttezza dando spazio a colleghi provenienti da diverse realtà, dai liberi professionisti a coloro che lavorano in casa di riposo per arrivare ai dipendenti ASL. Visto il così gran bisogno di formazione che abbiamo rilevato e visto il numero esiguo di corsi d'aggiornamento nella nostra provincia, ci siamo sentiti in dovere di privilegiare gli iscritti della nostra provincia, non consentendo l'accesso agli esterni che in gran numero ci hanno contattato.

Vi diamo alcune notizie di carattere organizzativo per coloro che non conoscono la città di Sondrio:

l'auditorium "Torelli", sede del convegno, è situato nella

parte più occidentale della città, non molto distante dallo stadio ed in prossimità di punti di ristoro; nota importante è quella riguardante la disponibilità di parcheggi, riportati nella cartina di seguito illustrata.

Nel far presente che in Via Don Lucchinetti vige il divieto di sosta per le auto, si segnala che il parcheggio pubblico antistante la scuola media Torelli è di 41 posti auto e che altri parcheggi sono a disposizione rispettivamente in via Bernina e in Viale Stadio, nonché in prossimità dello stadio comunale.

In occasione di questo evento le presenze saranno veramente numerose e per velocizzare la procedura di registrazione che, come prevede il Ministero, sarà

seguita da più momenti di verifica dell'effettiva presenza in sala dei partecipanti, abbiamo deciso di allestire più punti di raccolta per le registrazioni e per le firme.

Tali punti, cui ogni iscritto farà riferimento per tutta la durata del convegno, saranno suddivisi per ordine alfabetico; ipoteticamente potrebbero essere presenti quattro sportelli: al primo sportello si rivolgeranno coloro le cui iniziali del cognome vanno dalla prima lettera dell'alfabeto sino alla lettera E, il secondo andrà dalla F alla lettera L e così via dicendo.

Le mattinate saranno intervallate da una pausa per il coffee break, organizzato in collaborazione con "la Bottega della solidarietà" a cui va anticipatamente il nostro ringraziamento.

Al termine del Convegno sarà rilasciato un certificato, l'attestato originale verrà invece fatto pervenire in seguito presso il proprio domicilio.

* Edo Bagiole, Danila, Tiziana

ELEZIONI CONSIGLIO DIRETTIVO TRIENNIO 2003/2006

a cura di Edo Bagiole*

Vì esorto, come già fatto sul numero scorso di "Parliamone", a far pervenire presso la nostra sede, i nominativi, le foto e i curriculum degli intenzionati a entrare a far parte del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI della Provincia di Sondrio per il triennio 2003/2006.

Sino ad ora solo 2 persone hanno risposto a questo appello ma c'è ancora tempo, visto che le elezioni prima fissate per novembre, sono state posticipate ai primi mesi del prossimo anno. A mio giudizio 2 persone su quasi 2000 iscritti sono veramente un po' poche; l'opportunità che ci viene data deve essere vista, come è stato per me, come una grande occasione di cre-

scita professionale dal punto di vista individuale, ma anche come una possibilità per dare un aiuto a una professione che mai sino ad ora è stata così bisognosa di aiuto.

Essa ha bisogno anche del tuo aiuto, di un tuo contributo pur piccolo che sia; se ognuno di noi farà qualcosa il beneficio per tutti sarà veramente grande.

Il programma di accreditamento che il Ministero della Salute ha stilato per noi operatori sanitari per i prossimi cinque anni è veramente ambizioso, e per far sì che il Collegio della tua Provincia sia in grado di dare ad ognuno la possibilità di formarsi senza andare incontro a spese esorbitanti e a trasferte sneruvanti, bisogna fare dei sacrifici.

L'organizzazione di corsi d'aggiornamento accreditati E.C.M. è molto onerosa, sia dal punto di vista economico che dal punto di vista umano; è anche per questo che abbiamo bisogno del tuo aiuto perché solo così potremo garantire un futuro a tutto ciò. Non è molto quello che si richiede, solo un piccolo contributo, questa volta non economico, ma umano che però è veramente misurato per la nostra professione.

Il mio appello è rivolto a tutti ma soprattutto, in qualità di membro più giovane del Consiglio Direttivo uscente, è rivolto ai miei "coetanei" che vedo più latitanti in questa che è, a tutti gli effetti, un'istituzione a cui giovani dovrebbero portare consoc-

ze e stimoli nuovi.

Se poi l'impegno richiesto si dovesse rivelare troppo pesante potrete dare il vostro sostegno dall'esterno, per esempio curando un sito internet attraverso il quale portare le informazioni nelle case di tutti gli iscritti.

Se anche questo dovesse essere troppo potrete fornire un aiuto prezioso, che per ora manca, portando proposte che insieme valuteremo e cercheremo di concretizzare.

I progetti per il futuro sono veramente tanti, ma da soli non andremo lontano; abbiamo bisogno anche del vostro aiuto! Le potenzialità per far bene non mancano, ora sta a noi tutti farle fruttare.

* Tesoriere Collegio

UNA SOLUZIONE PER SALVARE L'AMBIENTE

di Kofi Annan

IMMAGINATE un futuro d'incessanti uragani e alluvioni, d'isole e regioni costiere densamente popolate inondate dall'innalzamento degli oceani, terreni un tempo fertili resi sterili da siccità e desertificazione, emigrazioni di massa di rifugiati per cause ambientali, conflitti e guerre per contendersi l'acqua e altre preziose risorse naturali.

E ora immaginate perché è possibile sperare un contesto migliore, con tecnologie rispettose dell'ambiente; città vivibili; abitazioni, mezzi di trasporto e industrie che sfruttano fonti alternative d'energia; e migliori standard di vita per tutti i popoli della Terra, non per una fortunata minoranza soltanto. Scegliere tra queste due opposte visioni spetta a noi. Le attuali tendenze forse non sono del tutto incoraggianti, e ormai sappiamo abbastanza di problemi ecologici da temere il peggio. Tuttavia siamo ancora in tempo per allontanarci dall'orlo del peggio. Cosa ancora più importante, esiste un altro cammino da percorrere, migliore per i popoli, meno dannoso per l'ambiente e possibile grazie alle politiche, alle conoscenze e alle tecnologie oggi a nostra disposizione. L'umanità ha mosso i primi passi in questa migliore e più illuminata direzione. Scopo del World Summit di Johannesburg sullo Sviluppo Sostenibile è far sì che questi primi passi in quella direzione continuino, che noi tutti ci mettiamo immediatamente e definitivamente in marcia.

Vivere in armonia con il nostro pianeta è una sfida antica quanto la stessa società umana. Poco più di due secoli fa, con la Rivoluzione Industriale, il rapporto tra l'umanità e la Terra è cambiato in maniera radicale. Utilizzando la nuova tecnologia del motore a vapore all'inizio del XIX secolo e quella dei motori a combustione interna nel secolo appena conclusosi, l'umanità si è scoperta in grado di sfruttare su larga scala l'energia contenuta in combustibili fossili quali il carbone, il petrolio e il gas. Allo stesso tempo le straordinarie migliori della produzione agricola, rese possibili dall'avvento in agricoltura della meccanizzazione, dei fertilizzanti e da un uso più funzionale dell'acqua, hanno spinto molte persone a lasciare le campagne per le fabbriche e le città. Il risultato di tutto ciò è stata una vera e propria rivoluzione degli standard di vita, una rivoluzione mai verificatasi precedentemente e che mai s'era immaginato fosse possibile.

Oggi ci occorre un'altra rivoluzione. Una rivoluzione

Il Segretario Generale dell'ONU, nel suo intervento al World Summit di Johannesburg sullo sviluppo sostenibile, ha invitato tutti ad una presa di coscienza sul futuro del nostro pianeta.

Vogliamo proporre all'attenzione dei lettori questi due messaggi perché hanno avuto scarso eco; mentre riteniamo che il rispetto dell'uomo e della natura faccia parte del nostro bagaglio culturale e professionale. n.d.r.

intesa nel senso di una comune gestione del pianeta. Per troppo tempo troppe persone hanno creduto che i limiti naturali del benessere si fossero ormai raggiunti. Per troppo tempo troppe persone hanno confidato esclusivamente nelle conquiste della tecnologia come nell'unica e ineluttabile risposta a qualsiasi limitazione delle risorse o qualsiasi vulnerabilità potesse presentarsi. Col tempo, tuttavia, a mano a mano che l'umanità si è andata ritrovando in territori inesplorati per quanto concerne lo sfruttamento dell'energia e la crescita della popolazione e, in particolare, a mano a mano che andava affiorando il naturale desiderio da parte dei popoli di condividere quella prosperità finora goduta da pochi abbiamo cominciato a capire i pericoli insiti nell'attuale modello di sviluppo. Ora che le foreste sono state abbattute, che le falde acquifere si sono prosciugate, che l'atmosfera è saturata di sostanze tossiche e che gli oceani sono pressoché svuotati di pesci; ora che il clima ha iniziato a ritorcersi contro di noi, riflettendo il nostro dissoluto modo di vivere, il mondo comincia a vedere i pericoli delle attività umane nel suo complesso. Le varie società del mondo stanno cercando di far sì che la crescita economica e la protezione dell'ambiente vadano di pari passo, e non siano in conflitto tra loro. Molti gruppi hanno cercato di diffondere una presa di coscienza. Molti imprenditori stanno cogliendo le occasioni che le tecnologie e le pratiche rispettose dell'ambiente offrono.

Come comunità mondiale abbiamo tenuto decisive conferenze, come quella di Stoccolma nel '72 e quella di Rio de Janeiro nel '92, abbiamo negoziato dozzine di accordi multilaterali, abbiamo fondato istituzioni come il Programma Ambientale dell'Onu, e abbiamo deli-



Minamata è un villaggio Nel sud-ovest del Giappone A Minamata una fabbrica Scaricò mercurio nel mare per vent'anni E il villaggio fu preso nella rete. Si avvelenarono prima i piccoli pesci, poi i grandi pesci che avevano mangiato quelli piccoli e poi gli uomini che vivevano di pesca. Questa è stata la catena di Minamata, una catena fatta di mercurio.

"Scattai cinque o sei fotografie dopo di che non riuscii più a mettere a fuoco perché avevo gli occhi pieni di lacrime".

(W. Eugene Smith)

neato una comune visione del cammino da percorrere con i Millennium Development Goals, che comprendono la cancellazione della povertà e della fame, la riduzione della mortalità infantile, il raggiungimento dell'uguaglianza tra i sessi e dell'educazione primaria uni-

versale. Ma, come spesso succede, la nostra comprensione quella dell'opinione pubblica e quella della comunità scientifica è andata ben oltre la risposta politica. Il Summit offre la possibilità di recuperare lo svantaggio.

Johannesburg mira a dare pari attenzione alla duplice aspirazione dello sviluppo sostenibile. Coloro che affermano di preoccuparsi per l'ambiente e al tempo stesso disdegnano ciò cui mira lo sviluppo non fanno altro che indebolire entrambe le cose. Perché per i più poveri dell'umanità in

particolare, sviluppo significa possibilità di nutrirsi, di andare a scuola, di curarsi, per sé e per i loro figli. Ma lo sviluppo che tiene in scarsa considerazione la sostenibilità, alla fine è solo autolesionistico. La prosperità costruita saccheggiando l'ambiente naturale non è affatto prosperità, è soltanto un rinvio temporaneo del disastro futuro. La questione non è in questi termini: ambiente contro sviluppo oppure ecologia contro economia. No, i due ambiti possono essere integrati. Non è questione di ricchi o poveri, tutti hanno interesse allo sviluppo sostenibile.

Che cosa può fare una conferenza, specialmente tenendo conto che i risultati nel decennio trascorso dal primo Earth Summit sono un progresso penosamente lento e

un acuirsi della crisi ambientale mondiale? Johannesburg suonerà ancora un campanello d'allarme e soprattutto dovrà rinnovare l'impegno politico ad alto livello per favorire lo sviluppo sostenibile. Già conosciamo i risultati che è possibile conseguire quando i leader della Terra parlano ufficialmente di un determinato argomento sia questo l'Aids o gli aiuti umanitari o il commercio e sappiamo come possano appoggiarli pienamente con tutte le risorse delle loro amministrazioni.

Le previsioni catastrofiche, i panorami apocalittici e gli scenari funesti non sono sufficienti ad ispirare i popoli affinché cambino le loro politiche o il loro modo di comportarsi quotidianamente. Ma non possiamo neppure sottovalutare i problemi che ci stanno di fronte, o pensare che lo sviluppo sostenibile si attuerà per conto proprio. All'alba di questo nuovo secolo dobbiamo fare una scelta. Abbiamo sia le risorse umane sia quelle materiali che occorrono per attuare uno sviluppo sostenibile, non un concetto astratto, ma una realtà tangibile. A Johannesburg i popoli dovranno essere uniti: per dimostrare la nostra appartenenza ad un destino comune, per dimostrare che affronteremo questa sfida seriamente, e infine per esercitare una maggiore responsabilità nei confronti di ciascuno di noi, degli altri e della Terra dalla quale dipendono il progresso e il benessere comuni.

UN PO' DI CORAGGIO O NON CI SALVEREMO

Non molto lontano da qui, in Lesotho, in Malawi, in Mozambico, nello Swaziland, in Zambia e nello Zimbabwe, tredici milioni di persone stanno rischiando di morire di fame. Per ricordare che cosa può succedere quando veniamo meno alla programmazione e alla protezione del futuro a lungo termine del nostro pianeta, basterebbe dare ascolto al grido di aiuto lanciato da questi tredici milioni di anime. E se sulla bocca di tutti i presenti a questo summit dovesse esserci un'unica parola, un unico concetto che inglobi tutto quello che speriamo di raggiungere qui a Johannesburg, dovrebbe essere responsabilità. Responsabilità l'uno nei confronti dell'altro – ma specialmente nei confronti dei poveri, dei vulnerabili, degli oppressi – perché tutti apparteniamo ad un'unica famiglia, l'umanità.

Nell'ultimo decennio il mondo ha delineato un piano di vasta portata per uno stabile e prospero 21° secolo. Questo summit si concentra su un punto chiave di quel piano: il rapporto tra gli esseri umani e l'ambiente naturale. Sull'ambiente contiamo per il cibo e per il combustibile, per le medicine e le materie prime, e vi facciamo affidamento anche come fonte di sostegno spirituale. Ma non illudiamoci che tutto vada bene. Il cambiamento del clima porterà devastazione, già nell'arco della nostra vita.

Smettiamola di dissimulare il reale stato di pericolo in cui versa la Terra, o finge che proteggerla sia troppo oneroso, quando sappiamo perfettamente che il prezzo da pagare, qualora non passassimo all'azione, sarebbe estremamente più elevato. Smettiamola di rimanere economicamente sulla difensiva. Cominciamo piuttosto

ad essere coraggiosi politicamente.

Nella struttura della vita moderna sono intessute pratiche ormai insostenibili. Alcuni suggeriscono di lacerare questa struttura, ma io ritengo che dobbiamo piuttosto intesserla di nuove trame di conoscenza e di cooperazione e di concentrarci su come mettere in pratica gli accordi che abbiamo raggiunto. La sostenibilità è uno di questi obiettivi, ma è anche la premessa fondamentale per raggiungere tutti gli altri.

Sono i governi i primi a dover passare all'azione. I paesi più ricchi devono aprire il cammino: hanno la ricchezza e la tecnologia per farlo. E contribuiscono ai problemi ambientali del mondo in maniera sproporzionata. Ma i governi non possono farcela da soli. Le associazioni civili hanno un ruolo fondamentale, come partner, sostenitori, controlli. Altrettanto vale

per le imprese commerciali: senza il settore privato, lo sviluppo sostenibile rimarrà un sogno irraggiungibile. Non stiamo chiedendo alle multinazionali di fare qualcosa di diverso da quello che fanno, stiamo chiedendo loro di farlo diversamente. Lo sviluppo sostenibile non può aspettare i progressi tecnologici del futuro: le politiche, le conoscenze scientifiche, le tecnologie pulite a nostra disposizione lo consentono già oggi. Con un'azione congiunta in cinque aree – l'acqua, l'energia, la salute, l'agricoltura e la biodiversità – il progresso è molto più vicino di quanto si creda. Si dice che ci sia un tempo per ogni cosa. Oggi il nostro mondo deve dare inizio alla stagione della trasformazione nella quale investiremo dovuto, nella sopravvivenza e nella sicurezza delle future generazioni.

Kofi Annan

IL GRADO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI IN UN SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Il parere dell'utenza in una indagine conoscitiva mediante questionario

di Anna Maria Bergonzi, Pietro Ghia, Gabriella Rovati e Annamaria Tanzi*

"E' il punto di vista del malato che è, in fondo, quello vero"
G. Canguilhem

PREMESSA

In questi ultimi anni il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) ha avuto cambiamenti strutturali profondi che hanno imposto, da un lato, per tutti gli operatori una ridefinizione globale rispetto ai compiti istituzionali da svolgere, dall'altro, la valutazione della qualità del servizio o del prodotto come traguardo essenziale di una gestione ottimale di beni e di prestazioni di servizi.

Qualche anno fa, da parte di un gruppo di infermieri del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di Pavia, è stata avvertita la necessità di una riflessione riguardo la qualità dell'assistenza infermieristica erogata, allo scopo di verificarne l'efficacia e l'efficienza e per provare ad essere al passo con i cambiamenti del S.S.N. e del mondo dell'assistenza infermieristica.

L'interesse ad approfondire il tema "qualità dell'assistenza infermieristica" dall'accoglienza nel servizio e per tutto il tempo della durata del ricovero, è sorto dopo la partecipazione ad un convegno tenutosi a Padova nel marzo del 1997 in cui era prevista la partecipazione di Hildegard Peplau, grande teorica del nursing psicodinamico che ha svolto la sua attività per tanto tempo in ambito psichiatrico. Alcune documentazioni acquisite in quel contesto contenevano dei questionari somministrabili all'utente e rivolti al grado di soddisfazione dell'assistenza infermieristica. E' iniziato così il lavoro che presentiamo, una necessità ma anche una sfida che abbiamo voluto lanciare mettendoci in gioco e in discussione come professionisti della salute nella delicata ma "non impossibile" relazione con il malato psichiatrico.

COSTRUZIONE E FASI DI SPERIMENTAZIONE DEL QUESTIONARIO

Con il presente lavoro, previsto nell'ambito dei progetti di budget per l'anno 2000 dell'Azienda Sanitaria Locale di Pavia, ci siamo posti l'obiettivo di individuare il livello di gradimento e soddisfazione del paziente in regime di ricovero, in relazione all'assistenza infermieristica erogata ed alla percezione della nostra figura professionale e del nostro ruolo.

Il questionario è stato progettato privilegiando gli aspetti relazionali propri dell'approc-

cio al nursing psicodinamico di Hildegard Peplau.

Lo strumento utilizzato per l'indagine è stato appunto un questionario composto da due parti: la prima riguardante alcuni dati generali del paziente; la seconda costituita da nove domande a risposta chiusa.

La costruzione del questionario ha avuto inizio nel 1999, risultato del lavoro svolto da una rappresentanza dell'équipe infermieristica insieme al coordinatore capo sala.

Dopo una prima stesura e sperimentazione pilota sul campo per verificare la chiarezza e la validità, rispetto al problema indagato, delle domande, il questionario ed alcuni dei criteri adottati sono stati modificati sino alla stesura definitiva e la sperimentazione completa nell'anno 2000.

IMPOSTAZIONE DEL LAVORO

Il questionario è stato elaborato in modo da:

- Mantenere l'anonimato del paziente per rendere più libere le sue risposte
- Formulare domande essenziali, semplici e concise al fine di facilitarne la compilazione. La terminologia utilizzata è stata riesaminata e variata in alcuni punti dopo la prima sperimentazione.

Altri criteri:

- Il questionario è stato rivolto individualmente a tutti i pazienti collaboranti.
- Il questionario è stato presentato in prossimità delle dimissioni.
- La somministrazione del questionario è avvenuta in una prima fase anche con l'aiuto dell'infermiere (laddove il paziente non fosse in grado di compilarlo autonomamente), successivamente è stata resa piena autonomia per la compilazione e consentito l'aiuto dei parenti e/o visitatori, talora l'aiuto di altri degenti. Tutto questo allo scopo di non pilotare le scelte del paziente magari nella direzione desiderata.
- Il questionario è stato accompagnato da una busta per la restituzione.
- Il questionario è stato riproposto agli stessi pazienti nell'eventuale ricovero successivo se avveniva a distanza di due mesi nella prima sperimentazione, di tre mesi nella seconda e definitiva esperienza.
- Predisposizione e compilazione di una scheda mensile riservata al personale infermieristico contenente: NOME e COGNOME dei pazienti degenti dal mese precedente e dei pazienti via via ricoverati durante il mese in corso; le DATE relative alla

consegna ed al ritiro del questionario; le FIRME degli infermieri relative alla consegna ed al ritiro del questionario; le NOTE (motivando per esempio i rifiuti alla compilazione e problemi di varia natura).

- Predisposizione di un prospetto mensile relativo ai pazienti (indicati con nome e cognome) ricoverati negli ultimi tre mesi e che avevano già compilato il questionario. Questo prospetto anch'esso riservato al personale infermieristico è stato necessario per facilitare la riproposizione del questionario e per il computo e la verifica immediata dei questionari consegnati e ritirati.

E' stato preso in considerazione l'aspetto etico rispetto ai diritti del malato. Il paziente, infatti, attraverso la relazione interpersonale diretta e mediante una lettera-testo stampata di accompagnamento firmata dai responsabili medico ed infermieristico del servizio, è stato informato, gli è stata chiesta la collaborazione per compilare il questionario, rassicurato circa l'anonimato e messo al corrente che i dati sarebbero stati utilizzati solo per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica.

ELABORAZIONE ED ANALISI DEI DATI

I dati sono riferiti ai questionari somministrati nell'anno 2000 nel Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura.

I questionari somministrati sono stati 216 di cui 63 a pazienti senza precedenti ricoveri psichiatrici.

Ha restituito il questionario il 100% del campione.

I grafici 1 e 2 qui riportati, riguardano l'analisi di alcuni dati sociodemografici dei pazienti: il titolo di studio e le condizioni di lavoro - professione.

Gli altri grafici (vedi dal grafico 3 al grafico 11) e le relative analisi rappresentano le informazioni ricevute dai pazienti nelle nove domande a risposta chiusa (contenute nei grafici stessi):

Grafico 1

Da questo grafico si evidenzia che la popolazione testata ha per il 90% circa un'istruzione; in particolare il 35% ha avuto un'istruzione superiore alle scuole dell'obbligo

Grafico 2

E' interessante rilevare che le percentuali di occupazione/dioccupazione sono equamente suddivise

Grafico 3

E' l'unica domanda con la possibilità di due opzioni come ri-

sposta.

Per il 32% la preoccupazione maggiore al momento del ricovero è stata quella di trovare gentilezza e conforto e per il 31% quella di avere una terapia.

Se confrontiamo i questionari dei pazienti con precedenti ricoveri con quelli al 1°, si nota che nel 2° caso è molto sentita la necessità di capire quello che stava succedendo e sentirsi trattato come un essere umano. Dei pazienti senza precedenti ricoveri in psichiatria, nessuno ha risposto che cercava una terapia.

Grafico 4

Il 63% dei pazienti ha risposto che gli infermieri erano attenti alle necessità e ai loro problemi.

Grafico 5

Per il 41% dei nostri pazienti l'ingresso di una nuova persona in reparto ha significato per gli infermieri la possibilità di rendersi utili.

Grafico 6

Il 37% dei pazienti ha risposto "l'infermiere". Fa riflettere l'8% che ha risposto "nessuno".

Grafico 7

Per quanto riguarda la figura dell'infermiere, la risposta è stata positiva.

(Il 36% gli infermieri sono stati attenti alle necessità e per il 25% hanno capito le problematiche del paziente)

Grafico 8

Più del 70% delle risposte sono state positive circa il comportamento dell'infermiere a capire ed ad essere di sostegno alla sofferenza del paziente.

Grafico 9

Per il 57% gli infermieri sono sempre stati pronti e di aiuto; per il 25% in parte disponibili, solo l'1% li ha definiti maleducati e scortesi.

Grafico 10

Purtroppo ancora il 38% dei pazienti considerano l'infermiere un aiutante del medico e solamente il 33% un professionista.

Grafico 11

L'85% ritiene la professione dell'infermiere utile o indispensabile.

RIFFLESSIONI CONCLUSIVE

Il lavoro svolto ha rappresentato un importante momento di crescita professionale e di stimolo verso la ricerca infermieristica, una necessità attuale, che consente la realizzazione e la valutazione della pratica, favorendo il miglioramento della qualità dell'assistenza

infermieristica che a sua volta configura un diritto del cittadino ed un dovere dell'infermiere.

L'analisi dei dati ha messo in evidenza il bisogno del paziente durante la degenza ospedaliera di instaurare un rapporto "umano" di comprensione e sostegno alle proprie necessità, di trovare disponibilità nell'ascolto, di comunicare con l'operatore che si occupa di lui.

In particolar modo emergono, da un lato la figura infermieristica, una figura preparata e riconosciuta professionalmente, disponibile, attenta ai bisogni del paziente e pronta a comunicare con esso; dall'altro, la professione dell'infermiere è ritenuta utile ed indispensabile.

Una riflessione tuttavia merita

quell'8% di pazienti che hanno risposto "nessuno" alla domanda in cui si chiedeva: **quale è stata la figura più vicina nel momento di maggiore sofferenza**, è un dato che andrebbe a nostro parere approfondito in termini sia oggettivi sia soggettivi. Non si può sottovalutare quel 38% dei pazienti che considerano l'infermiere un aiutante del medico; sicuramente questo dato riflette la visione sociale dell'infermiere (quasi un luogo comune) per certi versi ancorata a retaggi culturali, legati anche alla lenta evoluzione dell'assistenza infermieristica nel nostro Paese.

Spiccando un salto indietro nel questionario proposto ai nostri pazienti, ci sembra utile, sebbene non per i fini della ricerca, evidenziare che tra i dati

... per noi Un regalo è

un oggetto unico, realizzato a mano con materiali naturali e tecniche tipiche di paesi lontani

una creazione di artigianato artistico che racconta la storia di chi l'ha pensato e il luogo di provenienza

un testimone di solidarietà tra i popoli

un oggetto pagato a un prezzo equo concordato con il produttore che non porta in sé i meccanismi dello sfruttamento

una fonte di autosviluppo per piccoli artigiani

Scegliere un Regalo dal mondo è costruire insieme un'economia solidale farsi testimoni di una scelta di consumo critico

regalare un segno di "culture altre"

rispettare le tradizioni del Sud del mondo e mescolarle con quelle del Nord

regalare un valore etico



sociodemografici raccolti, quelli relativi al titolo di studio posseduto e all'indice di occupazione lavorativa indicano rispettivamente un'elevata percentuale (90%) di persone con istruzione e le percentuali di occupazione/disoccupazione equamente suddivise.

Un invito a riflettere insieme e guardare in faccia pregiudizi, ignoranza e luoghi comuni nei confronti della malattia mentale e delle persone con sofferenza psichiatrica; un invito a conoscere la sofferenza psichiatrica perché essa non trascina in se la compromissione

delle aree razionali-cognitive ma quella delle regioni emozionali ed esistenziali. L'indagine quantitativa condotta sulla soddisfazione dei pazienti rispetto all'assistenza infermieristica purtroppo ci dà un dato numerico del giudizio soggettivo del paziente. Me-

glio si presterebbe un'indagine di tipo qualitativo per valutare gli elementi più soggettivi, che più di altri caratterizzano il processo assistenziale ed il rapporto con il paziente. Riteniamo che i risultati ottenuti sono indicativi dei comportamenti infermieristici e

dei bisogni dei pazienti ricoverati nel nostro servizio, e possono diventare uno stimolo a migliorare la nostra preparazione professionale, soprattutto nell'ambito della relazione interpersonale per assistere con maggior cura e sensibilità.

* Gli autori:

Anna Maria Bergonzi, I.P. A.F.D. - Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) - ASL Pavia

Pietro Ghia, I.P. - S.P.D.C. - ASL Pavia

Gabriella Rovati I. Psych. - S.P.D.C. - ASL Pavia

Annamaria Tanzi I. P. - S.P.D.C. - ASL Pavia.

Il grado di soddisfazione degli utenti in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Grafico 1 - Titolo di studio

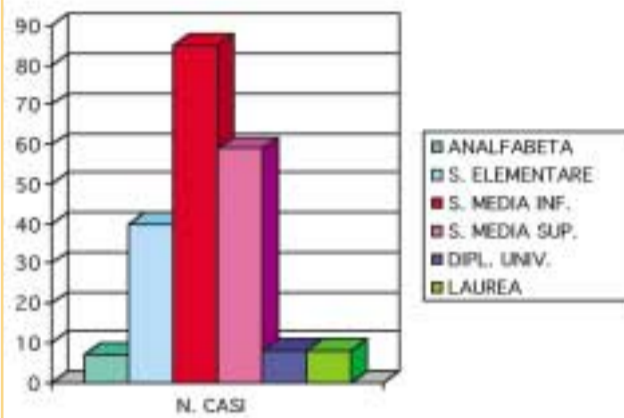


Grafico 2 - Occupazione

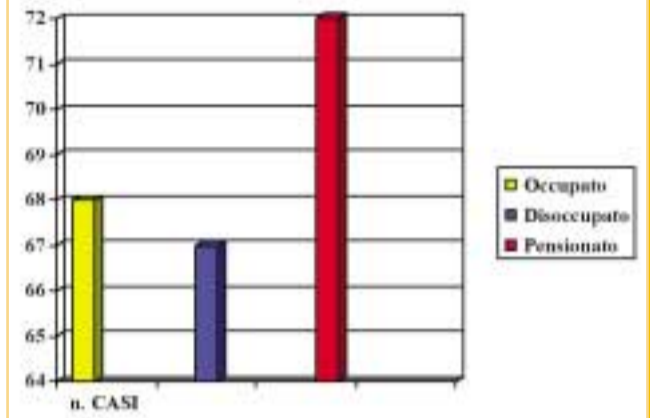


Grafico 3 - Quando è entrato in reparto la sua preoccupazione principale è stata...

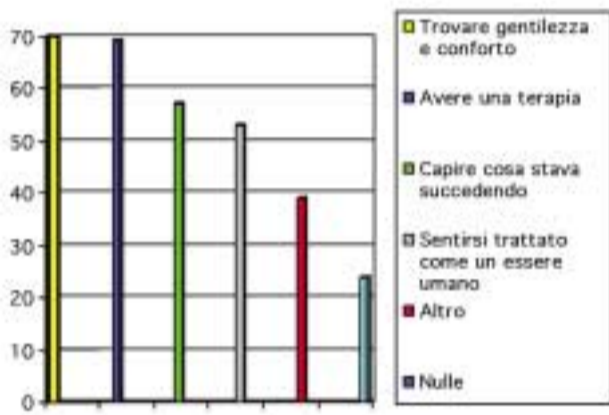


Grafico 4 - Quando è entrato in reparto come si è sentito trattato dagli infermieri?

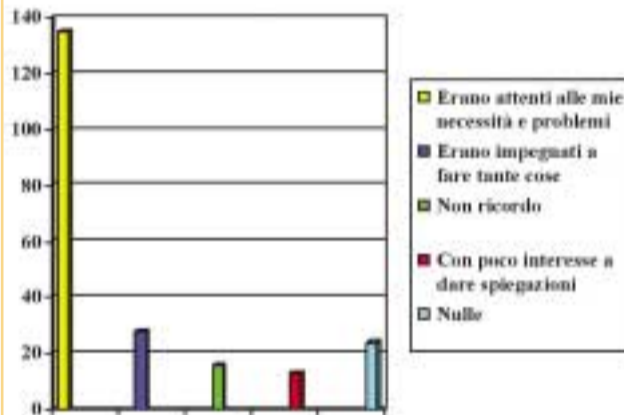


Grafico 5 - Secondo lei cosa significa per gli infermieri l'ingresso di un nuovo paziente in reparto?

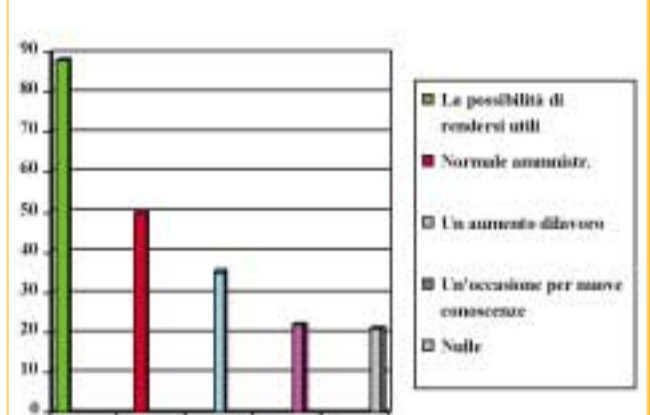


Grafico 6 - Nel momento di maggiore sofferenza quale è stata la figura più vicina?

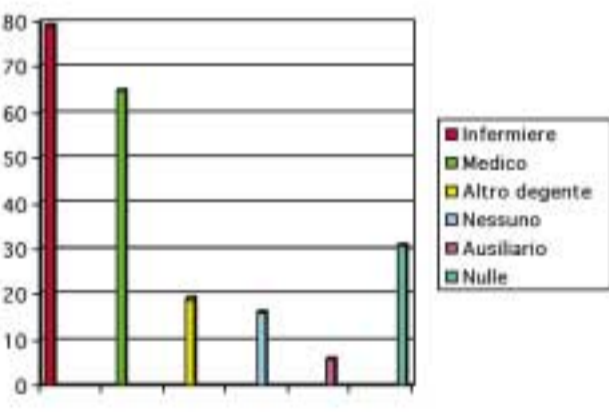


Grafico 7 - Durante il ricovero come si è sentito trattato dagli infermieri?

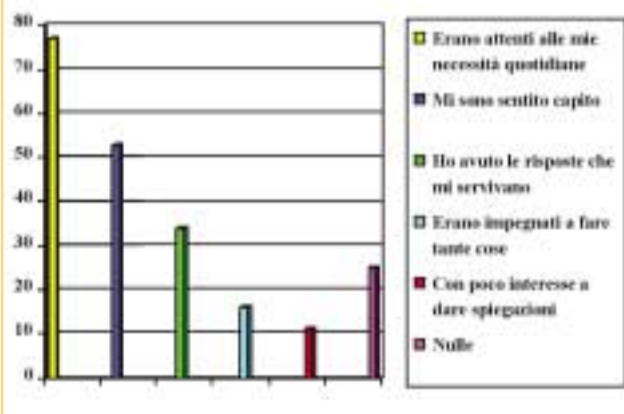


Grafico 8 - Come definirebbe il rapporto che ha instaurato con gli infermieri?

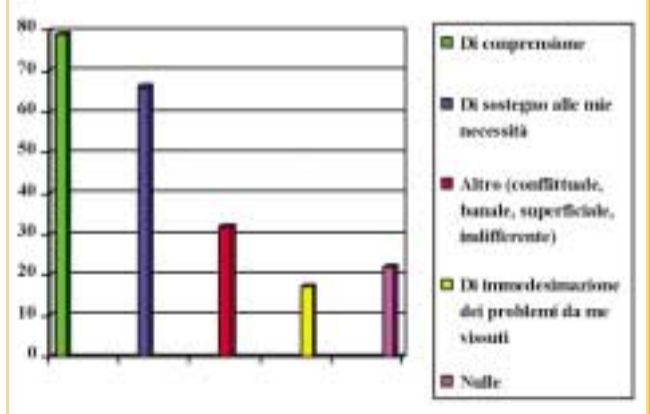


Grafico 9 - Gli infermieri sono stati

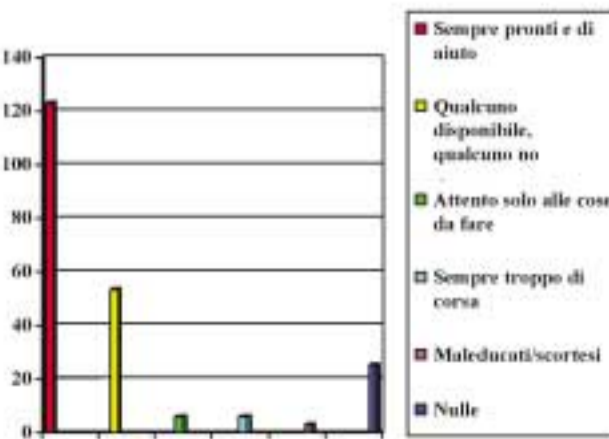


Grafico 10 - Come definirebbe l'infermiere dopo questa esperienza?

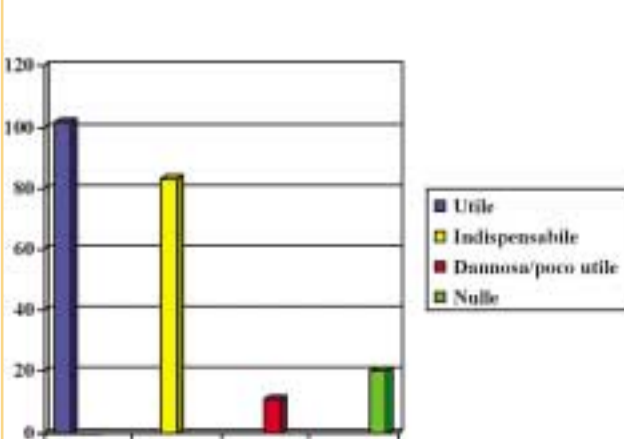


Grafico 11 - Come ha considerato la professione dell'infermiere?

