Trimestrale di informazione settoriale - Autorizzazione Tribunale di Sondrio nº 218 del 19-2-1991 - Direttore Responsabile Ercole Andrea Piani Redazione: via 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

Patto infermiere cittadino, se si vuole procedere bisogna partire da lì

di Ercole Andrea Piani

ggi giornata dedicata ai bambini. Troppi impegni: lavoro, trasferte professionali, telefonate urgenti, incontri da non poter rimandare, basta oggi mi dedico a loro.

E nel dirlo mi sembra di essere già migliore, un vero papà con la "p" maiuscola. Li accompagnerò al corso di calcio e poi, mentre loro sono al campo, faccio in tempo ad andare al colloquio a scuola, è giusto che per una volta non

deleghi quel compito a mia moglie. Poi tutti a casa, dopo i compiti si gioca in libertà.

Il programma è perfetto e la soddisfazione di metterlo in atto pienamente gratificante.

Prima tappa spogliatoio del campo di calcio. Bambini mettersi la divisa, riordinate le vostre cose, non dimenticatevi le scarpe che vi ho appena comprato e costano un sacco di soldi, ubbidite all'allenatore e rispettate i vostri compagni. Giuste raccomandazioni, l'indice di gradimento del buon genitore sta salendo rapidamente.

Ea ora a scuoia. Sono fortunato, non devo aspettare sono stati rispettati gli orari e farò a tempo a tornare a prendere i bambini all'ora giusta.

Mi attende una fila di insegnanti schierate che mi offrono una seggiolina che se a mio figlio va perfetta, per me è un po'ristretta. Non importa, è giusto mettersi ogni tanto nei panni dei più piccoli.

Responso, bambino intelligente con ottime capacità ma troppo vivace, fa fatica a rimanere seduto al suo posto, continua a chiamare i compagni, "giocherella" con fogli e penne. L'altro giorno ha costruito un aeroplanino di carta e l'ha fatto volare sul-

la cattedra della maestra. Massima indignazione, sento calare rapidamente le abilità genitoriali che mi ero appena attribuito, a casa faremo i

Il semaforo rosso sta compromettendo il regolare svolgersi della tabella di marcia, riesco comunque ad arrivare in

Ora a casa, compiti e merenda, e poi si gioca. Sono passate le cinque del pomeriggio. I bambini si scatenano in un terra sulle rose, un piede sta per calpestare il prato appena seminato.

Sembra di assistere alla discesa dei barbari. Alt, non si può, si torna in ca-

Possiamo giocare con la play – station?

Giusta richiesta, seduti davanti allo schermo si da inizio alla lotta virtuale.

Più stanco di quanto lo sia dopo un'intera giornata di lavoro li osservo mentre gioca-

ce che si altera in striduli urli di combattimento, i miei ragazzi mi parlano della loro rabbia. Ogni personaggio atterrato dà seguito a un'esplosione di forzata felicità.

Mi chiedo che c'è dietro a quei volti da distruggere, e non posso che vedere me stesso, la maestra, l'allenatore, o più in generale il mondo adulto che non comprende.

L'indice del buon genitore è sceso inesorabilmente al di sotto del livello minimo.

> Il giorno dopo ecco ad attendermi un plico di carte da firmare, orari da compilare, chiamate telefoniche a cui dover rispondere, se non ultimo tutte le incombenze prima di sera la macchina dell'efficientismo si blocca. Mi sento prigioniero di una burocrazia sempre più contorta di cui sono solo l'anello d'ini-

La richiesta scritta che ho sul tavolo dovrà passare ancora altri uffici, controlli, supervisioni, verifiche. Bisogna esser sicuri che nulla venga sprecato, che le richieste corrispondano a queste neces-

Ed ecco sorgere comitati di controllo, di verifica, una catena senza fine di vigilanza che non permetta a nessuno di fare il "furbo". Giusto, bisogna partire dal presupposto che la furbizia nasce con l'uomo, che le capacità professionali uniti a buon senso e buona volontà non sono sufficienti a garantire l'efficienza di

Mi scorrono davanti agli occhi le immagini della lotta virtuale, mi distraggono e sento crescere la rabbia. Mi hanno insegnato che nulla di ciò che si genera dentro di noi è privo di senso, che bisogna imparare ad ascoltarsi per dare significato ad ogni ec-

"LA TUTELA DEL BAMBINO **ABBANDONATO: AFFIDO E ADOZIONE"**

di A. Callegari*

Le priorità di intervento enunciate dalle normative vigenti



9 abbandono provoca nel bambino una ferita profonda perché comporta la perdita improvvisa dei punti di riferimento e la percezione di essere rifiutato, due eventi che incidono in modo distruttivo sulla persona che si sta

Il problema dell'infanzia abbandonata ha preoccupato nel corso dei secoli le persone religiosamente motivate e socialmente più sensibili.

La storia precedente dell'infanzia è, a dir poco, drammatica: per il diffuso e moralmente accettato fenomeno dell'abbandono dei figli (incentivato dal sistema della "ruota"); per l'assoluto disinteresse verso l'elevatissima mortalità dei bambini trovati ed accolti negli ospizi di carità; per le violenze ed i gravi abusi perpetrati dagli adulti sui minori; per lo sfruttamento del lavoro mino-

La stessa Bibbia narra di stragi infantili; la mitologia greca è ricca di storie di uccisione di figli; le tradizioni parlano spessissimo di sacrifici rituali dei bambini. Nel diritto romano la "patria potestas" conferiva legalmente al padre il diritto di vita e di morte

cisione di un bambino veniva considerata come omicidio.

CONTINUA A PAGINA 2

L'infermiere, una presenza FAMILIARE nella tua vita ...quando una parola in più non è di troppo 12 MAGGIO 2002 GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE ₩ IPASVI

lancio di cuscini saltando sui divani, non posso non intervenire, ragazzi questi giochi in casa non si possono fare, si esce in cortile.

Accompagnati dall'ormai inseparabile pallone usciamo. Uno cade sul cespuglio, l'altro strappa un ramo per usarlo come spada, il pallone atno. Calci, pugni, spintoni, insomma botte a volontà. Le mani che si muovono frenetiche a rincorrere i tasti, accompagnate dal movimento di tutto il corpo che, relegato in un piccolo spazio, sembra opporsi a una camicia di forza, il volto contratto in smorfie di una indicibile violenza, la vo-

sul figlio. Solo a partire dal 374 d.C. l'uc-

L'insostituibilità della famiglia, della sua atmosfera di sicurezza, di affetto, di stabilità di vincoli esclusivi e profondi che oggi è

all'interno

Elementi conoscitivi per la gestione delle figure di supporto all'assistenza sanitaria pag. 3

Educazione continua in medicina pag. 4

Assistenza ai disabili e il confronto tra le professioni pag. 10

Sport e agonismo nei bambini: pag. 16 come e quando

L'orizzonte naturale della professione

pag. 19 infermieristica

Patto infermieri cittadino...

CONTINUA DALLA PRIMA PAGINA

cesso di rabbia che sembra apparentemente ingiustificata. Metto alla prova le teorie imparate e mi lascio guidare dal sentimento che si è generato.

Faccio un giro per il reparto, tutto in ordine, l'ambiente pulito, i turni rispettati, le terapie somministrate. La macchina gira. Entro nella prima camera che mi capita, nel letto di destra un anziano allettato allunga il collo come se desiderasse affacciarsi alla finestra. Mi avvicino incuriosito e vengo a sapere che desidererebbe spostare il letto un po' più in là, vorrebbe vedere cosa c'è oltre la fila di alberi del pezzo di montagna che riesce a intravedere. Domando se abbia già espresso quel desiderio e mi dice che quando lo ha detto gli è stato risposto che non era possibile farlo per non alterare la disposizione della stanza. Mentre avvicino il letto alla finestra lo sento esclamare che era proprio come immaginava, c'erano un gruppo di baite e non smette di guardare l'orizzonte che si è allargato.

Devo ricordarmi di disporre che quel letto rimanga in quella posizione.

Sul corridoio un altro anziano si tiene al muro procedendo a piccoli passi. Vuole andare al bagno perché ha dimenticato il fazzoletto. Gli domando perché non l'abbia richiesto al personale e lui risponde che non vuole disturbare, sono così bravi, sempre di corsa, hanno tanto da fare non è il caso di dare fastidio per una sciocchezza.

Lo prendo sottobraccio e insieme andiamo a recuperare il logoro fazzoletto dimenticato.

La rabbia nel frattempo è andata calando, mi sento meglio. Riesco a proseguire il mio lavoro con più tranquillità e un sorriso bonario. Giusta la burocrazia, giusto l'efficientismo, i controlli e le supervisioni, ma c'è qualcosa di ancor più giusto. Prima di uscire appendo in

Prima di uscire appendo in corsia il patto infermiere cittadino, se si vuole procedere bisogna partire da lì.

Prendo un pomeriggio di libertà e propongo ai bambini di andare a costruire una capanna nei boschi. Porto il necessario, organizzo il lavoro ma dopo poco mi accorgo di essere quasi di troppo. Si sono distribuiti i compiti lavorando con tenacia alla riuscita della loro opera. Riescono a stupirmi, i volti sono rilassati, qui dove potrebbero urlare usano toni più sommessi come se volessero rispettare i ritmi della natura, finalmente l'energia della loro giovane età ha trovato uno sfogo costruttivo.

Io ho potuto trarre le mie conclusioni, ad ognuno la libertà di avere le sue.

"LA TUTELA DEL BAMBINO ABBANDONATO: AFFIDO E ADOZIONE"

CONTINUA DALLA PRIMA PAGINA

ribadita da documenti etico-sociali di valore universale, e dalla nostra Costituzione, rappresenta il lungo e proficuo cammino di conquiste delle scienze mediche, biologiche e psico-socio-pedagogiche.

Di fondamentale importanza sono risultate le ricerche condotte, in Europa e negli Stati Uniti, da esperti giunti concordamente ad affermare che le cure materne e paterne prodigate al bambino nei primi anni di vita sono indispensabili per l'armonico sviluppo della sua salute mentale.

Gli studi scientifici di Bowlby (svolti in Italia nel 1950 per conto dell'Organizzazione mondiale della Sanità) hanno documentato le gravi e permanenti conseguenze d'ordine psico-fisico alla personalità del bambino prima, e dell'adulto poi, da prolungate ospedalizzazioni.

Nella società attuale la considerazione degli adulti è profondamente mutata e, almeno a parole, unanime è la condanna della violenza sul bambino, riconosciuto cittadino a pieno titolo.

Gli ordinamenti giuridici hanno fatto proprie, e formalizzato in norme di comportamento, le acquisizioni delle scienze umane sui temi dell'infanzia e dei suoi bicomi

E' stata la Dichiarazione dei diritti del fanciullo, approvata a Ginevra dalla Società delle Nazioni nel 1924 a porre le basi per la tutela diffusa dell'infanzia, cui, per la prima volta ed in modo solenne vengono riconosciuti dei diritti, e più precisamente diritti elementari; ad essere nutriti, curati, accolti, soccorsi se orfani o abbandonati; a ricevere per primi i soccorsi in caso di calamità; ad essere protetti contro ogni forma di sfruttamento; ad essere messi in condizioni di guadagnarsi da vivere.

Negli anni successivi il progressivo riconoscimento, sul piano culturale, della persona umana ha visto gli Stati impegnarsi nell'emanazione della Dichiarazione dei Diritti dell'uomo (1948) e di una nuova Carta dei diritti del fanciullo (1959).

La legislazione italiana che, per lungo tempo, ha risposto in modo inadeguato, o comunque con istituti giuridico-assistenziali nati con compiti diversi da quelli che hanno dovuto svolgere in seguito, si è pienamente conformata alle enunciazioni dei nuovi principi.

La Carta costituzionale (1948) nel riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell'uomo, ha dedicato precisi articoli (2-3-30-31) ai ragazzi.

La più concreta affermazione della "centralità" del minore, del suo esclusivo bisogno di avere una famiglia "garante" dei suoi "interessi" di figlio, è però avvenuta con l'introduzione, nel 1967, dell'istituto della così detta "adozione speciale".

Lo spirito di tale legge (n. 431), definita una vera e propria rivoluzione copernicana, fu quello di dare al minore abbandonato il massimo della protezione giuridica, oltre che offrirgli la possibilità di affrontare alcuni dei problemi derivanti dalla deprivazione affettiva a seguito di precoci e prolungate istituzionalizzazio-

ni.
Di colpo venivano spazzati via il diritto del sangue, la considerazione dei figli come oggetto di possesso, la pretesa del prevalere del mero atto psicologico del partorire su una maternità e paternità quotidianamente ricca di

attenzione e cure verso il proprio figlio.

I problemi interpretativi ed applicativi della nuova normativa, la definizione del concetto di abbandono e, correlativamente, l'individuazione del contenuto degli obblighi di assistenza posti a carico del genitore sono stati l'occasione di un fermento di studi e di attenzioni sui problemi dei minori e della famiglia.

Gli esperti hanno proclamato il diritto del minore all'educazione, in esso comprendendo tutti gli aspetti di cura e tutela indispensabili per una sana crescita; i giudici minorili sono stati investiti del ruolo di promotori dei diritti dell'infanzia.

Per la prima volta il mondo dei bambini abbandonati, maltrattati, trascurati ha trovato l'ascolto anche delle classi medio-borghesi, quelle interessate ad avere un figlio in adozione.

La cultura puerocentrica che aveva ispirato il legislatore del 1967, è stata fatta propria dalla Riforma dei diritto di famiglia del 1975, che ha trasfuso la supremazia dell'interesse del minore nelle disposizioni normative regolanti i rapporti tra genitori e figli.

In un ormai consolidato clima di sensibilità ai problemi dell'infanzia, interveniva la legge 184/83 a puntualizzare una serie di delicati aspetti dei due principali istituti a tutela dei minori, in situazione di pregiudizio, perché privi di cure materiali e morali loro dovute nell'ambito della famiglia d'origine.

Il progetto della normativa si ispirava ad un'idea conforme alla Costituzione: completare attraverso la "disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" quel disegno di uguaglianza nei diritti che già la Riforma del diritto di famiglia aveva tracciato, eliminando le disparità che prima distinguevano la prole secondo la sua condizione di legittimità e non.

La legge 184/83 ha disciplinato, per la prima volta, l'istituto dell'affidamento familiare e dell'adozione internazionale (poi riformata dalla legge 476198 di ratifica della Convenzione de l'Aja relativa alla cooperazione tra i vari Paesi per la protezione dei minori stranieri, nella conferma dell'uguaglianza di tutti i bambini nel fondamentale diritto di famiglia).

Ha abrogato l'istituto dell'affiliazione e le norme regolative dell'adozione ordinaria per i minori d'età

Ha anche abolito l'adozione speciale, con la quale si è collocata in termini ideali di continuità ed a cui ha riconosciuto il merito di aver compiuto un ulteriore notevole passo verso un trattamento di maggior giustizia nei confronti dell'infanzia abbandonata. I problemi dell' affido e dell'adozione sono particolarmente avvertiti nel momento attuale.

Da alcuni anni si susseguono, al riguardo, convegni e dibattiti ed inoltre, la stampa riporta frequentemente notizie di bambini i cui elementari diritti di crescita vengono violati o negati.

Affidamento familiare o adozione hanno come connotato comune quello di essere ambedue strumenti di intervento a favore di un soggetto minorenne, che si risolvono nel di lui allontanamento dalla famiglia di origine: l'affidamento, prevede la reintegrazione del bambino nel suo contesto di vita, allorquando sia cessata quella temporanea condizione patologica che ne aveva sconsigliato la permanenza pres-

so i genitori; l'adozione, invece, determina un allontanamento radicale e definitivo di un bambino dichiarato in stato di abbandono dal Tribunale per i minorenni, perché "privo di assistenza morale e materiale" da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi.

Entrambi sono istituti di tradizione antichissima.

L'affidamento famigliare ha una storia che lo vede trasformarsi da realtà di fatto in istituto giuridico, caratterizzato in modo sostanzialmente diverso dal precedente "baliatico" o dall'adozio-

Il termine affidamento, cui si fa cenno nella legge 2277/1925 istitutiva dell'OMNI (Opera Nazionale Maternità Infantile) ed in alcuni articoli del codice civile, ricorre con un nuovo significato in congressi nazionali ed internazionali, nonché in alcuni documenti giuridici, a partire dagli anni settanta.

La mutata politica socio-assistenziale e gli influssi derivanti dalla nuova ideologia, di famiglia aperta definiscono l'affidamento famigliare come strumento "terapeutico" per il minore e la sua famiglia come "farmaco d'elezione" cioè sostegno per tutte le ipotesi di semi-abbandono di un minore la cui famiglia, individuata quale luogo ottimale di crescita, è in difficoltà e non può occuparsi di lui.

L'adozione, nel suo significato più ampio di ammissione in famiglia di una persona estranea, inizia a lasciare le proprie tracce nella raccolta delle leggi mesopotaniche al tempo del sovrano Hammurabi (1792-1750 a.C.). Proprio perché l'adozione risponde a bisogni di vita dell'uomo, bisogni mutevoli e differenti, a seconda del tipo di società in cui viene praticata, la troviamo nelle più elevate culture che confluirono nel Mediterraneo (quella greca, romana, egiziana).

Per molti anni in Italia l'adozione (denominata ordinaria o tradizionale) sembrò continuare a servire gli interessi degli adulti, sia come mera possibilità di procurarsi una discendenza, sia come strumento per mantenere alla famiglia le proprietà, il ruolo, il prestigio.

Tendenzialmente non assolveva ad alcun compito educativo, non si preoccupava dell'incidenza sul bambino delle precedenti esperienze di vita e risultava, pertanto, inadeguata alle reali esigenze di completa integrazione del minore nella nuova famiglia.

Il figlio di ignoti continuava ad essere in posizione discriminata ed era enfatizzata la differenza tra figli legittimi e adottivi.

Sono state le grandi trasformazioni economiche, sociali e culturali che hanno investito il mondo negli anni '60-'70, con il conseguente modificarsi del modello di vita degli individui, del concetto di famiglia, del significato del rapporto dell'infanzia e dell'adolescenza, che hanno evidentemente contribuito a cambiare la realtà in cui si muovevano e l'affido e l'adozione.

Il momento storico di rottura con la cultura adultocentrica è rappresentato, come già detto, dalla legge 431167 che ha inciso profondamente nel costume attraverso una semplice ma largamente condivisibile idea di fondo: dare una famiglia ad un bambino abbandonato e non un bambino ad una coppia senza figli. E' stata una concezione radicalmente innovata d'infanzia come "spazio della vita protetto e distinto" che ha prodotto, a livello normativo, la trasformazione del diritto minorile da un diritto sui

Il riconoscimento del minore come soggetto e non più come oggetto di diritti permea la legge 184/83 che, unitamente alla legge 14912001, da cui è stata modificata, costituisce l'odierno testo base in materia di affidamento famigliare e adozione.

minori ad un diritto per i mino-

Ancora una volta la famiglia che, dalla Carta costituzionale è tutelata e valorizzata, è evidenziata come insostituibile e fondamentale diritto del minore, nonché risorsa per la comunità e per quanti nella stessa ne siano temporaneamente o definitivamente pri-

La recente normativa, ribadisce già nel suo titolo il diritto del minore alla famiglia, innanzitutto la sua origine e quando questo non è possibile, secondo le situazioni, una affidataria o adottiva, e stabilisce inoltre il superamento, entro il 31.12.06 del ricovero in istituto.

La stessa se, da un lato, ha introdotto alcune significative modifiche in materia di affidamento, dall'altra sta già suscitando dissensi e preoccupazioni per alcune disposizioni che sembrano tornare a privilegiare più le pretese degli adulti che le reali esigenze dei minori in stato di adottabilità (V., ad esempio, l'elevazione della differenza massima di età fra adattanti e adottato a 45 anni, con possibilità di ulteriori proroghe in circostanze specifiche; l'opportunità concessa all'adottato di venticinque anni di richiedere l'autorizzazione ad accedere alle informazioni riguardanti le proprie origini).

Una tematica come quella dell'affidamento famigliare e dell'adozione si rivela talmente vasta e complessa che risulta davvero difficile prevedere tutte le vicende e le loro possibili implicazioni.

Si tratta, inoltre, di un campo dove è facile scivolare nell'emozione, nel coinvolgimento sentimentale, poiché nessun argomento è capace di suscitare partecipazione ed enfasi quanto la vicenda di un bambino "nato in salita", cioè precocemente provato da privazioni e lacerazioni, abbandoni che devono essere adeguatamente affrontati.

Proprio per tale motivo è necessario per tutti, giudici, operatori sociali, genitori naturali, famiglie affidatarie, aspiranti genitori adottivi, un sistema di riferimento il più esaustivo possibile e soprattutto volto ad evidenziare che il fine primo della giustizia minorile è quello di tutelare la "centralità del minore".

Questa "cultura dei minori" spesso implica criteri non codificati e comunque difficilmente codificabili, ma rappresenta una sicura chiave di interpretazione delle norme che risultassero ancora, nonostante le intenzioni, di non immediata lettura.

* giudice onorario presso il Tribunale per i minorenni di Milano.

UN GRAZIE DOVUTO

Proponiamo la lettera inviata ai Commissari nominati in reggenza del Collegio dal Ministero alla Salute (ndr)

Ai Commissari Straordinari: Rosella Baraiolo, Giovanni Gandossini Claudio Tagliapietra. LORO INDIRIZZI

Cari Colleghi, all'inizio di questo mandato, e a nome del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti appena eletti, ritengo doveroso rivolgere a Voi i più sentiti apprezzamenti per il difficile compito che avete svolto nell'interesse della professione infermieristica della nostra Provincia.

Nell'augurarmi di poter svolgere con altrettanto impegno il compito di rappresentante del nostro Collegio, ritengo doveroso ringraziarvi per aver promosso la partecipazione dei Colleghi che oggi sono la vera ricchezza del nuovo Collegio.

Sarà mio dovere promuovere la partecipazione alle varie iniziative che andremo ad intraprendere in un clima di ritrovato impegno ed ottimismo. Con infinita riconoscenza.

Ercole Andrea Piani



N. 1 • Luglio 2002

Elementi conoscitivi per la gestione delle figure di supporto all'assistenza infermieristica

Obiettivo:

Il presente documento mira a chiarire ruolo e competenze delle diverse figure di supporto attualmente esistenti e, in particolare, a fornire al professionista infermiere criteri guida, utili nella fase di gestione e di attribuzione, al personale di supporto, di compiti funzionali all'assistenza infermieristica.

Destinatari:

Il documento è principalmente destinato a tutti gli infermieri che, nell'ambito dell'esercizio professionale, interagiscono con le figure di supporto.

In considerazione dei contenuti del documento è auspicabile una sua diffusione e conoscenza anche nell'ambito della formazione universitaria infermieristica oltre che nell'ambito della dirigenza infermieristica nei suoi diversi livelli.

Una conoscenza dei contenuti del documento è altresì raccomandabile a tutti coloro che, pur non appartenendo alla professione infermieristica si occupano di gestire strutture sanitarie e/o socio-sanitarie.

L'INFERMIERE E LE FIGURE DI SUPPORTO

Allo scopo di favorire ed approfondire la conoscenza del ruolo, delle competenze, delle responsabilità e delle relazioni gerarchiche delle figure di supporto esistenti, si propone, di seguito, un'analisi comparata a cui segue un breve e riassuntivo commento.

Sull'ausiliario socio-sanitario specializzato

- E' essenzialmente una figura di supporto tecnico-esecutivo che pertanto non gode di alcuna autonomia decisionale nell'ambito dell'assistenza infermieristica
- Agisce sotto la diretta responsabilità del caposala o, in sua assenza, dell'infermiere
- E' esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni affidategli
- Esegue mansioni prettamente manuali e caratterizzate dall'elemento della loro semplicità di esecuzione

Sull'ausiliario socio-assistenziale (ASA)

- Agisce autonomamente integrando e coordinando la propria attività con quella di altre figure professionali (tra le quali è citato il personale
- sanitario)
 E' esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni svolte
- Esegue interventi diretti sull'utente finalizzate a fornire un supporto nelle attività di vita quotidiane, nell'aiuto domestico e nella cura degli ambienti nonché prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione.

Questo documento fa parte di una ricerca approfondita promossa dal Coordinamento dei Collegi Lombardi e che sarà distribuita dal Collegio appena sarà integralmente pubblicata; chi ne volesse avere una copia può prenotarla presso la segreteria.

Sull'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA)

- E' essenzialmente una figura di supporto tecnico-esecutivo che pertanto non gode di alcuna autonomia decisionale nell'ambito dell'assistenza infermieristica
- Agisce sotto la diretta responsabilità del caposala o, in sua assenza, dell'infermiere
- E' esclusivamente responsabile della corretta esecuzione delle mansioni affidategli
- Esegue interventi in autonomia (attività alberghiere, di pulizia e manutenzione, di trasporto, di sanificazione) ed altri, molto semplici, in



Assemblea annuale 2002

collaborazione o su indicazione del personale infermieristico (igiene personale, mobilizzazione)

Sull'operatore socio-sanitario (OSS)

- E' una figura di supporto all'assistenza socio-sanitaria genericamente intesa che gode di maggior autonomia e maggiori competenze rispetto alle precedenti
- Agisce secondo le indicazioni contenute nei piani di lavoro e nei protocolli predisposti dal personale sanitario e sociale preposto
- E' esclusivamente responsabile della corretta esecuzio-

ne delle mansioni svolte e/o attribuite

Esegue interventi caratterizzati da bassa discrezionalità ed alta riproducibilità della tecnica utilizzata. Gli interventi riguardano l'assistenza diretta e l'aiuto domestico alberghiero, l'ambito igienico-sanitario e sociale, il supporto e l'integrazione nel contesto organizzativo dei servizi e la collaborazione con l'équipe assistenziale. Tali interventi possono essere svolti in autonomia, in associazione con altre figure professionali o su indicazione degli stessi.

Considerando che l'OSS sarà

l'operatore che progressivamente sostituirà ASA e OTA, che è una figura il cui profilo è recente e la cui formazione è da poco avviata, vale la pena, nei suoi confronti, approfondire alcuni aspetti di

contesto.
Come si evince chiaramente dalla documentazione vigente e dall'analisi del dibattito che ha preceduto l'istituzione del profilo dell'OSS, tale figura, seppur sorta in piena "emergenza infermieristica", nasce con l'obiettivo dichiarato di:

- migliorare le competenze degli attuali ASA/OTA
- rendere flessibile il loro impiego creando un'unica fi-

gura, favorendo così la loro mobilità all'interno della rete dei servizi socio-sanitari

 consentire l'attribuzione, a queste figure, di attività svolte impropriamente dagli infermieri

Per quanto ci attiene, quindi, la nascita di questa nuova figura rappresenta l'opportunità per rivedere modelli organizzativi obsoleti, tuttora esistenti, che prevedono, per l'infermiere, l'attribuzione di compiti impropri e, soprattutto, una impossibilità ad esprimere appieno le competenze proprie, apprese e sviluppate nel percorso formativo¹ (teorico ed esperenziale).

Tra l'altro è ormai riconosciuto come sia proprio la sussistenza di modelli organizzativi siffatti a favorire il fenomeno dell'abbandono precoce dell'attività lavorativa, la scarsa gratificazione professionale nonché la scarsa "appetibilità" della professione a livello sociale.

¹ Si fa espressamente riferimento all'impossibilità per l'infermiere, a causa della mancanza di adeguati supporti organizzativi, di mettere in atto un vero processo di pianificazione infermieristica rappresentato dalla raccolta di dati utili ai fini assistenziali, alla loro registrazione, alla stesura del piano assistenziale personalizzato e orientato alla risoluzione/prevenzione dei problemi di competenza nonché alla valutazione sistematica dei risultati raggiunti!

CORSO OSS 2001/ 2002

a cura di Cinzia Grillo Della Berta*

i è appena concluso, il 30 maggio, a Sondrio, presso il Centro di Formazione Professionale della Provincia, il primo corso di base per Operatore Socio-Sanitario. I candidati, tutti maggiorenni, sono stati ammessi alla frequenza dopo selezione.

Il percorso formativo della durata di 1000 ore, in ottemperanza alla Delibera Regionale 5428 del luglio 2001 è stato suddiviso in due MODULI DIDATTICI:

- BASE mirato all'orientamento, alla motivazione professionale e alle conoscenze di base, per un totale di 200 ore teoriche;
- PROFESSIONALIZZAN-TE di 800 ore suddivise in 250 ore di lezioni teoriche, 100 di esercitazioni pratiche e 450 di tirocinio.

Le AREE DISCIPLINARI del primo modulo erano così articolate:

- Area socio culturale, istituzionale e legislativa: elementi di legislazione nazionale e regionale a contenuto sanitario, socio- assistenziale e previdenziale. Normativa specifica OSS. Elementi di diritto del lavoro. Elementi di etica e deontologia professionale.
- Area psicologica e sociale:



elementi di psicologia generale, dell'età evolutiva. Elementi di sociologia

• Area igienico sanitaria e tecnico operativa: elementi di igiene. Principi e metodi assistenziali (assistenza di base alla persona con diversi gradi di autonomia). Elementi di igiene e comfort alberghiero. Elementi di anatomia, di fisiologia e patologia. Disposizioni generali in materia di protezione della salute e di sicurezza dei lavoratori

Il secondo modulo ha previsto un approfondimento delle

aree precedentemente sviluppate entrando nello **specifico profilo di competenze** dei futuri OSS.

Sono state trattate le seguenti tematiche:

- Metodologia del lavoro sociale e sanitario e l'organizzazione dei Servizi. (competenze di organizzazione, di verifica delle proprie attività e di integrazione con altri operatori e servizi)
- Elementi di psicologia sociale; aspetti psico-relazionali ed interventi assistenziali rivolti al bambino, all'anziano, al disabile, al ma-

lato terminale, al paziente psichiatrico, alla persona tossicodipendente, al paziente ospedalizzato, al malato di AIDS. L'assistenza a domicilio ed in strutture protette. (competenze relazionali con la persona da assistere e la sua famiglia)

Elementi di geriatria, fisiatria, psichiatria, farmacologia, nozioni di primo soccorso, tecniche assistenziali rivolti alla persona nell'attività diagnostico-terapeutica (competenze di assistenza alla persona di specifico carattere sanitario).

Durante il percorso formativo si sono effettuate 100 ore di esercitazioni finalizzate alla acquisizione delle abilità gestuali/operative necessarie per lo svolgimento della professione.

Il tirocinio ha rappresentato la modalità privilegiata ed insostituibile di apprendimento del ruolo attraverso la sperimentazione e l'integrazione dei contenuti teorici con la pratica. Della durata di 450 ore esso è stato effettuato da tutti i corsisti presso tre Unità Operative Ospedaliere (Medicina, Chirurgia, Recupero funzionale), il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata e l'RSA "Città di Sondrio". Il Corso si è avvalso, per le docenze, della collaborazione di professionisti sanitari e socio- sanitari di indubbia esperienza e professionalità. Il percorso formativo si è con-

cluso con una prova d'esame teorico- pratica tramite la somministrazione di una prova scritta (un test a risposte chiuse), un colloquio orale orientato sull'esperienza formativa, sulla presentazione di un caso osservato durante il tirocinio ed una prova pratica. Tutti i 24 corsisti hanno superato brillantemente le prove.

* Coordinatrice e tutor del Corso



Educazione continua in medicina: ultimo traguardo professionale

a cura di Giuseppina Vanotti*

√osì potremmo sottolineare gli importanti risultati conseguiti dalla professione in quest'ultimo decennio: cambiamenti profondi che, di fatto, hanno ridisegnato la professione stessa, il ruolo, la funzione, lo status sociale.

Il D.M 739/94 stabilisce il nuovo profilo professionale dell'infermiere e riconosce a questo professionista un campo proprio di competenza e responsabilità (autonomia decisionale e operativa, responsabilità sui risultati).

La Legge 42/99 conferisce all'infermiere competenze esclusive, non più definite da un elencazione di mansioni e compiti; lo riconosce come professionista sanitario ed abolisce definitivamente il termine di professione ausiliaria.

Ed ecco il nuovo status sociale, la pari dignità con altre professioni, la collaborazione con l'équipe assistenziale dal momento dell'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, all'applicazione ed esecuzione di procedure diagnostiche e terapeutiche.

La formazione universitaria, i nuovi ordinamenti didattici del corso di laurea infermieristica, il riconoscimento del titolo in tutta Europa, la formazione post base ed infine il ruolo dirigenziale previsto dalla 251/00 e la conseguente diretta responsabilità nella gestione dei processi organizzativi inerenti l'assistenza infermieristica, il codice deontologico, non sono altro che il risultato di una professione profondamente rinnovata, in crescita, culturalmente nuova, capace di esprimere al meglio il proprio vissuto professionale. La spirale del cambiamento non poteva arrestarsi qui; pertanto dal 1 gennaio 2002, a pieno titolo, gli infermieri fanno parte di quei 900 mila professionisti per i quali la normativa prevede l'Educazione Continua in Medicina.

Obbligatorietà, così stabilisce la legge, ma soprattutto opportunità di formazione permanente orientata allo sviluppo di potenzialità individuali, di capacità e abilità professionali e di nuove performance del gruppo.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA - E.C.M.

(tratto dal sito del Ministero della Salute – www.mini-

Cos'è la E.C.M.

sterosalute.it)

E' l'insieme organizzato e controllato di tutte le attività formative teoriche e pratiche promosse da chiunque lo desideri (Società Scientifiche, Professionali, Aziende ospedaliere, Strutture di Formazione in campo sanitario) allo scopo di mantenere elevata ed al passo con i tempi la professionalità degli operatori in

L'E.C.M. è diretta a fornire a tutti gli operatori sanitari gli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti. E' finalizzata alla valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che il singolo operatore sanitario possa essere garantito della qualità ed utilità degli stessi ai fini della tutela della propria professionalità.

Il sistema ECM rientra nelle responsabilità della Direzione generale per le professioni sanitarie del Ministero della Salute. Lo strumento operativo proposto dal legislatore per individuare criteri e regole del programma E.C.M. è la Commissione Nazionale per la Formazione Con-

Perché un programma nazionale di E.C.M

- Per rendere operativo quanto dettato dall'articolo 16/bis del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, e successive modificazioni in cui si prevede l'attività di formazione continua. Detta formazione che comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente è finalizzata al miglioramento dell'efficacia, efficienza e appropriatezza dell'assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazio-
- · Per adeguarci agli altri Paesi del mondo, è stata istituzionalizzata la E.C.M con decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 in quanto materia che rientra nella "tutela della salute"
- · Per offrire al professionista della Sanità un orientamento concreto di offerte formative valutate in termini di effettiva utilità e rispondere in questo modo ad un obbligo professionale contemplato nei rispettivi Codici Deontologici
- · Per garantire un diritto del cittadino che, giustamente, richiede un operatore attento, aggiornato e sensibile verso le problematiche legate alle salu-

La Commissione Nazionale per la Formazione, che ha sede presso il Ministero della Salute, ha il compito di:

- Definire gli obiettivi formativi di interesse nazionale
- · Definire i crediti formativi ma-



Assemblea costitutiva Collegio Ipasvi

turati in un determinato arco di

- Definire le linee di indirizzo per l'organizzazione dei programmi di formazione
- Definire i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze for-
- Definire i requisiti per l'accreditamento dei soggetti che svolgono attività formativa
- Verificare la presenza dei requisiti.

A chi è rivolta l'E.C.M.

La Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 20 dicembre 2001 ha sancito la conclusione della fase sperimentale al 31 dicembre 2001 e l'avvio a regime dal 1° gennaio 2002, per quanto concerne gli eventi formativi residenziali; invece, la formazione a distanza vedrà l'avvio a regime nel secondo semestre del 2002.

L'educazione continua in medicina interessa tutte le figure professionali del Ruolo Sanitario

La prima fase a regime è indicata in cinque anni: dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2006 Ogni operatore della Sanità dovrà raccogliere, per il quinquennio 2002-2006, **150 Crediti for**mativi E.C.M.:

2002: 10 crediti (con un minimo di cinque ed un massimo di 20)

2003: 20 crediti (con un minimo di 10 ed un massimo di 40)

2004: 30 crediti 2005: 40 crediti 2006: 50 crediti

Cosa sono i crediti formativi E.C.M.

Sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della Sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità.

I crediti formativi sono espressi in numeri: ogni attività formativa programmata, ogni evento formativo si vedrà assegnato un numero di crediti E.C.M calcolato sulla base di una serie di indicatori messi a punto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua

Come avviene la procedura di accreditamento

L'accreditamento è riservato alla Commissione Nazionale e consiste nel riconoscimento, da parte della Commissione, che un certo evento formativo - per il quale gli organizzatori abbiano richiesto l'accreditamento ha titolo a rientrare nel programma nazionale E.C.M.

La Commissione - coadiuvata da esperti - valuta il programma, le informazioni fornite dall'organizzatore ed assegna un punteggio attraverso una serie di indicatori di qualità, quali la rilevanza delle attività didattico-formative, l'importanza degli argomenti, l'autorevolezza professionale dei docenti, l'esistenza o meno di sistemi di valutazione delle attività da parte dei partecipanti, la qualità dell'organizzatore, la durata dell'evento in ore o giorni.

Se il punteggio complessivo attribuito dagli esperti e dalla Commissione ad ogni singola attività formativa avrà superato un valore minimo, allora l'evento sarà accreditato ai fini della E.C.M.

L'accreditamento verrà comunicato agli organizzatori e consisterà nella assegnazione di un certo numero di Crediti formativi E.C.M., proporzionato alla rilevanza formativa della manifestazione che i partecipanti ad essa si vedranno assegnati ufficialmente.

Cosa viene accreditato

Possono rientrare nel programma E.C.M. le manifestazioni relative che appartengono a due grandi categorie:

1. attività formative residenziali:

- · Congressi
- Seminari
- Convegni • Corsi professionalizzanti
- Corsi pratici
- Stages di formazione pratica anche di tipo clinico, laboratoristico o tecnologico
- Ogni altro tipo di manifestazione che rivesta caratteri di organicità ed ufficialità
- 2. Attività formative a distanza: programmi di autoformazione a distanza, per i quali l'utente non deve spostarsi dal suo luogo di lavoro o dal do-

micilio, da svolgersi sia in gruppo che individualmente, usando materiale cartaceo o informatico. Per questi eventi deve essere previsto un sistema di valutazione con un livello minimo di apprendi-

La Conferenza Stato-Regioni con l'accordo del 20 dicembre 2001 (rep. atti n. 1358) ha individuato gli obiettivi per l'anno 2002 definendo

1) Gli obiettivi formativi di interesse nazionale per il quinquennio 2002/2006 sono i seguenti:

GRUPPO 1

Obiettivi nei quali, ad opinione della Commissione, tutte le categorie professionali, aree e discipline, possono riconoscer-

- qualita' assistenziale, relazionale e gestionale nei servizi sanitari
- etica e deontologia degli interventi assistenziali e socio assistenziali con riferimento all'umanizzazione delle cure, alla tutela del segreto professionale ed alla privacy
- sistemi di valutazione, verifica e mignoramento degli interventi preventivi diagnostici, clinici e terapeutici e di misurazione dell'efficacia, compresi i sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed appropriatezza delle prestazioni nei livelli di assistenza
- formazione interdisciplinare finalizzata allo sviluppo dell'integrazione di attivita' assistenziali e socio-assistenziali
- promozione della qualita' della vita e della qualita' e sicurezza dell'ambiente di vita e di lavoro
- miglioramento degli stili di vita per la salute
- miglioramento dell'interazione tra salute ed ambiente e tra salute ed alimentazione
- h) tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali, compresi quelli psicologici, delle fasce deboli
- promozione di una comunicazione corretta ed efficace

apprendimento e miglioramento dell'inglese scientifi-

consenso informato

- gestione del rischio biologico,chimico e fisico anche con riferimento alla legge
- m) implementazione dell'introduzione della medicina basata sulle prove di efficacia nella pratica assistenziale
- n) sistema informativo sanitario e suo utilizzo per valutazioni epidemiologiche
- o) formazione multiprofessionale per la cooperazione alla definizione del progetto riabilitativo applicato alle diverse aree della disabilita'
- cultura gestionale
- educazione sanitaria
- bioetica in medicina s) organizzazione dipartimen-

tale

GRUPPO 2 Obiettivi nei quali, ad opinio-

ne della Commissione, specifiche categorie professionali, aree e discipline, possono riconoscersi:

- a) miglioramento delle conoscenze e delle competenze professionali per le principali cause di malattia, con particolare riferimento alle patologie cardiovascolari, neoplastiche e geriatriche
- b) interventi di formazione nel campo delle emergenze-urgenze
- formazione in campo socioassistenziale e per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata
- d) tutela della salute della donna e del bambino e delle patologie neonatali
- basi molecolari e genetiche delle malattie e strategie terapeutiche correlate
- formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici
- promozione della cultura della donazione e formazione interdisciplinare in materia di trapianti d'organo
- h) clinica e diagnostica delle malattie infettive emergenti e riemergenti: patologie a importazione farmacoepidemiologia, far-
- macoeconomia e farmacovigilanza
- controllo delle infezioni nosocomiali
- innovazione tecnologica: k) valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici
- l) sicurezza degli alimenti
- m) sviluppo delle attivita' e degli interventi di sanita' pubblica veterinaria, con particolare riferimento all'igiene degli allevamenti e delle produzioni animali, alla sanita' animale ed all'igiene degli alimenti di origine animale
- disturbi del comportamento alimentare e malattie metaboliche
- o) implementazione della sicurezza nella produzione, distribuzione ed utilizzo del sangue e degli emoderivati
- p) percorsi diagnostico-terapeutici nella pratica della

- medicina generale
- progettazione ed utilizzo della ricerca clinica ed epidemiologica in medicina generale e pediatria di libera scelta
- telemedicina
- innovazione tecnologica ed implementazione delle abilita' e manualita' nella pratica della medicina generale e della pediatria di libera scel-
- formazione manageriale in medicina generale e pediatria di libera scelta
- aggiornamento professionale nell'esercizio dell'attivita' psicologica e psicoterapeutica
- aggiornamento delle procedure ed attivita' professionali per le professioni sanitarie non mediche
- w) percorsi assistenziali :integrazione tra ospedalizzazione, assistenza specialistica, assistenza domiciliare inte-
- x) utilizzo delle tecnologie radianti a fini preventivi, diagnostici e terapeutici
- ottimizzazione dell'impiego delle terapie termali nell'ambito delle prestazioni nel SSN
- valutazione dei fondamenti scientifici e dell'efficacia delle medicine alternative o non convenzionali
- aa) prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie odontostomatologiche e maxillo facciali
- 2) La programmazione di cui al punto 1) è soggetta ad aggiornamento in relazione quanto previsto dal punto 5 del presente accordo.

RUOLO **DEGLI OPERATORI DELLA SANITA'**

Informazioni utili agli operatori della Sanità per partecipare al programma di E.C.M.

Ogni operatore della Sanità dovrà raccogliere, per il quinquennio 2002-2006, 150 Crediti formativi E.C.M.

I Crediti formativi E.C.M. vengono attribuiti dalla Commissione nazionale per la formazione continua, tramite gli Organizzatori delle attività formative accreditate in conformità ai criteri ed alle modalità definite dalla stessa Commissione naziona-

Ai fini del Programma Nazionale di E.C.M., hanno valore solamente i Crediti formativi E.C.M. attribuiti dalla Commissione azionale agli eventi accreditati. Non sono validi, quindi, i crediti che vengono assegnati dagli organizzatori su base volontaristica e con criteri e modalità autonomamente stabilite dagli organizzatori stessi (Associazioni, Società Scientifiche, ecc.).

I Crediti formativi E.C.M. saranno certificati dall'organizzatore dell'evento formativo, secondo le indicazioni fornite dalla Commissione nazionale; la Commissione fornirà le indicazioni necessarie per la registrazione dei crediti del singolo operatore presso gli ordini, i collegi e le associazioni professionali. E' consigliabile che ogni operatore si costruisca, anche tenendo conto delle indicazioni di priorità connesse agli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale, un proprio piano quinquennale di formazione, contemperando la propria disponibilità di tempo, la tipologia degli eventi formativi e le proprie esigenze di miglioramento professionale.

Prima di iscriversi ad un evento formativo, è opportuno che l'operatore della Sanità valuti attentamente il numero dei Crediti ad esso attribuito dalla Commissione nazionale, anche alla luce di un proprio programma formativo.

E' opportuno ricordare che il numero di ore dedicato alla E.C.M. non corrisponde necessariamente al numero di Crediti formativi, in quanto questi verranno assegnati non soltanto in base alla durata dell'evento, ma anche ad una serie di parametri qualitativi (griglia di valutazione) valutati dalla Commissione.

RUOLO DELLE AZIENDE E STRUTTURE SANITARIE

Lineamenti operativi ad uso delle aziende e strutture sanitarie

- · Il ruolo delle aziende e strutture sanitarie
- Le opportunità offerte dalla formazione intraziendale.
- Proposte operative per le aziende e strutture sanitarie
- · Progetto formativo azienda-

Il ruolo delle aziende e strutture sanitarie

La caratteristica principale del programma di ECM italiano è rappresentata dal fatto che esso prevede la obbligatorietà della formazione continua ed è esteso a tutti gli operatori della Sanità, coinvolgendo quindi tutte le categorie professionali. La popolazione interessata dal progetto è stimata in circa 900.000 unità, di cui circa un terzo medici, un terzo infermieri e il restante terzo suddiviso tra le diverse figure professionali (biologi, farmacisti, tecnici, veterinari etc.)

La conseguenza pratica di questi due elementi (obbligatorietà ed estensione a tutte le categorie professionali) è rappresentata dal fatto che nel 2002 ogni operatore sanitario dovrà utilizzare in formazione continua il corrispettivo di circa una giornata lavorativa, così da acquisire i 10 crediti previsti: in termini complessivi, la formazione continua in sanità occuperà l'equivalente di circa 900.000 giornate lavorative.

Appare quindi evidente come sia opportuno, anche per ragioni di praticità, che la partecipazione ad eventi formativi non comporti di norma spostamenti dal luogo di lavoro, e che sia invece garantita all'operatore una ta offerta formativa loco".

Sarebbe anche opportuno che la formazione fosse programmata in modo da non occupare una intera giornata lavorativa, (come accadrebbe se l'operatore fosse costretto a recarsi ad un convegno in altra sede) ma venga invece programmata in segmenti o moduli di alcune ore ciascuno: in tale modo il processo formativo verrebbe reso meno pesante, con occasioni di discussione e di confronto, e quindi più effi-

cace. Da quanto sopra si deduce facilmente come le Strutture sanitarie abbiano un forte interesse a pianificare la formazione dei propri dipendenti, in modo che la formazione stessa -ora obbligatoria e generalizzata- non si ripercuota negativamente sul funzionamento delle strutture stesse. Del resto, la formazione intra-aziendale è la forma più frequente in tutti i paesi del mondo, pur continuando a coesistere con la formazione di tipo tradizionale, congressuale.

Durante il 2002, infine, sarà sperimentata anche la formazione a distanza, per via telematica o cartacea, che consentirà anche agli operatori sanitari non operanti presso una Struttura Sanitaria di partecipare al programma dal proprio studio professionale o dal proprio domicilio.

Appare quindi evidente la importanza che assume la formazione intraa-aziendale e la rilevanza che le strutture sanitarie assumono in questo program-

D'altra parte, va ricordato come in questa fase iniziale sia preminente l'obiettivo di rafforzare negli operatori sanitari la cultura, quanto più diffusa possibile, della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale.

Le opportunità offerte dalla formazione intraziendale

In aggiunta alle considerazioni sopra presentate, la implementazione, in ogni Azienda o Struttura Sanitaria di una certa dimensione, di un proprio programma formativo e di richiederne l'accreditamento nazionale, può comportare i seguenti altri aspetti positivi

- · standardizzare modelli formativi residenziali, basati su risorse di docenza locali;
- valorizzare la capacità formativa dei propri operatori più
- · garantire in tempi brevi un'offerta formativa adeguata alle necessità degli utenti;
- non compromettere l'attività istituzionale delle Aziende;
- garantire costi compatibili con le risorse disponibili per la formazione in ciascuna Azienda:
- enfatizzare, mediante la produzione di eventi di tipo dipartimentale, un più moderno approccio interdisciplinare alla formazione Sanitaria;
- migliorare l'interazione tra la formazione aziendale dedicata agli operatori sanitari impegnati nei presidi ospedalieri e quella dedicata agli operatori impegnati nei distretti;
- produrre eventi formativi utilizzabili anche da altre strutture che, per la loro dimensione o per la loro tipologia assistenziale, non siano in grado di produrre eventi formativi adeguati per qualità o per numero, e che ritengano quindi di avvalersi degli eventi prodotti da aziende o strutture di maggiori dimensioni.

Proposte operative per le aziende e strutture sanitarie

I paragrafi che seguono intendono suggerire alle Aziende e Strutture interessate alcune modalità essenziali di tipo organizzativo e operativo per la implementazione, al loro interno, di un sistema di formazione continua accreditato. I suggerimenti qui formulati potranno essere anche utilizzati, ove ritenuto opportuno, per integrare i programmi di formazione già attivi all'interno delle aziende stesse. Si sottolinea, peraltro, che per ogni evento deve venire avanzata richiesta, in via telematica, al sito del Ministero della Salute per l'accreditamento dell'evento stesso e la assegnazione dei crediti formati-

A. Ricognizione dell'attività formativa aziendale esistente

Una preliminare ricognizione delle attività formative già pianificate da ogni Azienda per l'anno 2002, può rappresentare un utile punto di partenza per definire il progetto.

Viene qui di seguito presentata una ipotesi di "check list" da utilizzare, se necessario, a questo scopo

- Effettuare un inventario delle categorie professionali presenti all'interno dell'Azienda, con la indicazione del numero di operatori per ognuna di esse;
- Verificare se sono state pianificate attività formative per tutte le categorie professionali evidenziate:
- Verificare che il numero di eventi per ogni categoria sia adeguato al numero dei membri di quella categoria, tenendo presente la esigenza di mantenere quanto più contenuto possibile il numero di partecipanti ad ogni evento, per garantirne la maggiore interattività ed efficacia formati-
- Verificare le caratteristiche dell'attività formativa Aziendale già pianificata, con particolare riferimento a:
- Il numero di eventi interdisciplinari pianificati - Il numero di eventi interca-
- tegoriali pianificati - ll numero di eventi ad interesse misto ospedale-distret-
- La coerenza degli eventi pianificati con i bisogni di formazione identificati
- La distribuzione tra eventi di U.O. e di Dipartimento
- La riconducibilità degli eventi pianificati a progetti



generali semestrali o annuali di formazione

- La coerenza degli eventi pianificati agli obiettivi strategici Aziendali
- La tipologia degli eventi pianificati

B. Definizione delle tipologie di eventi formativi aziendali

Lo studio e la definizione delle diverse tipologie formative può rivelarsi un utile strumento per la più accurata pianificazione della formazione intra-aziendale e soprattutto per raccordare gli eventi formativi alle effettive esigenze della Azienda o dei singoli operatori.

Anche in questo caso si forniscono alcuni suggerimenti:

- Prediligere nell'ordine progetti dipartimentali o interdipartimentali, progetti ospedale-distretti, progetti di U.O.;
- Rispettare la coerenza con obiettivi formativi di formativi di interesse nazionale (già disponibili e consultabili nle sito del Ministero della Salute) e quelli di interesse regionale, tenendo peraltro conto di obiettivi strategici Azien-
- · Ricorrere alla creazione di consorzi o comunque di forme di associazione o integrazione reciproca con altre strutture sanitarie viciniori per la pianificazione di eventi formativi dedicati a categorie professionali scarsamente rappresentate all'interno dell'Azienda (meno di cinque unità) e/o ad elevata specialità;
- Porre attenzione ad un corretto bilancio tra contenuti di qualità tecnico-professionale, di qualità manageriale e di qualità percepita.

C. Attività formative pianificabili in sede aziendale

Tenendo presente che le singole attività formative dovranno essere coerenti con gli obiettivi nazionali e, quando disponibili, regionali, vengo qui forniti alcuni esempi di attività formative facilmente pianificabili ed organizzabili all'interno di aziende anche di media dimensione, e per le quali avanzare richiesta di accreditamento.

- Seminari Aziendali monotematici, di dipartimento, di distretto, di U.O. anche nell'ambito dello svolgimento di progetti di ricerca finalizzata;
- Conferenze clinico-patologiche o clinico- radiologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare di casi clinici:
- Consensus meeting intraterAziendali finalizzati alla revisione di casistiche per la standardizzazione di protocolli e procedure tecniche;
- Partecipazione a programmi di accreditamento volontario;
- Frequenza con assistenza tutoriale presso centri interni o esterni (altra Azienda) che praticano attività da apprendere e ritenute utili ad obiettivi strategici Aziendali;
- Analisi e discussione in piccoli gruppi di problemi clinici, tecnici, gestionali, organizzativi, relazionali;
- Revisione intra ed inter-Aziendale di casistiche per la standardizzazione di protocolli e procedure tecniche;
- Corsi di aggiornamento tecnologico e strumentale:
- Corsi pratici per lo sviluppo di competenze organizzativo-gestionali.

Si suggerisce di prevedere nel Regolamento dei Dipartimenti, tra i compiti del Consiglio di Dipartimento, la pianificazione ed attuazione di attività di formazione continua dipartimentale ed interdipartimentale.

Per l'anno 2002 le Aziende potranno provvedere alla pianificazione dei propri progetti formativi senza vincoli percentuali tra le varie tipologie di eventi, ferma restando la coerenza con gli obiettivi nazionali e con la specificità di ogni singola professionalità.

D. Calendarizzazione degli eventi formativi e loro pianificazione

Allo scopo di consentire una migliore programmazione degli eventi, è preferibile che ogni Struttura Sanitaria produca un calendario almeno trimestrale (meglio semestrale) degli eventi formativi, avendo cura di predisporre diverse edizioni per ogni evento, così da consentire la frequenza a tutti gli operatori, senza creare significativi disagi alla operatività della Azien-

Una importante funzione del Centro è rappresentata dalla predisposizione di eventi formativi specificamente indirizzati ad ogni categoria e ad ogni professionalità: a puro titolo di esempio, è evidente che la partecipazione ad un corso sulla terapia del diabete è di interesse per tutti i laureati in medicina, ma è verosimilmente di maggiore rilevanza per gli endocrinologi o gli internisti che non per altri specialisti di area medica o chirurgica.

Pertanto, ogni sforzo dovrebbe venire compiuto perché ogni operatore sanitario disponga di una possibilità di scelta, anche all'interno della Struttura, tale da consentirgli un effettivo miglioramento della propria professionalità e non un generico, ancorchè utile, "aggiornamento aspecifico".

E. Costituzione di centri E.C.M. come subunità del servizio/ufficio per la formazione aziendale

Presso molte Aziende è già attivo un servizio di formazione: la implementazione del programma nazionale di formazione continua può costituire una occasione per il miglioramento dei servizi già esistenti, o per la creazione di nuovi laddove ancora mancanti.

Una utile formulazione di tali servizi potrebbe essere quella di "Centro E.C.M." nel quale sarebbe opportuno che operassero professionisti di documentata competenza nella progettazione e valutazione della Formazione. Funzioni del Centro ECM

Il Centro Aziendale ECM, no persona di un suo Responsabile ed in armonia con il Responsabile del Servizio/Ufficio di Formazione, potrebbe avere le seguenti funzioni:

- coordinare il piano formativo Aziendale, sentiti i responsabili di Dipartimento e di U.O., formularlo nella sua interezza, verificarne la congruenza con le caratteristiche metodologiche e di tipologia elencate nei punti precedenti;
- richiedere al Ministero della Salute l'accreditamento degli eventi predisposti;
- correlarsi alle indicazioni Regionali;
- tenere rapporti con responsabili di Dipartimento, responsabili di U.O. e di Distretto;
- tenere rapporti con l'Ufficio per la Promozione della Qualità e l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.
- * Consigliere Collegio -Responsabile URP e Formazione A.O. E. Morelli Sondalo





IL COLLEGIO INFORMA

a cura del Segretario Rosella Baraiolo*

Le attività dell'Assemblea degli iscritti all'Albo IPASVI della Provincia di Sondrio

Il Collegio si è rimesso in moto. Con le elezioni tenutesi il 23-24-25 febbraio scorso, l'Assembla elettorale, convocata dalla Commissione Straordinaria, ha finalmente ripristinato gli organi istituzionali del Collegio IPASVI della Provincia di Sondrio.

E' stato motivo di sollievo per tutti gli iscritti, e per la Commissione Straordinaria in modo particolare, registrare la disponibilità di diversi colleghi ad assumere il ruolo di consigliere o di revisore dei conti in seno al Collegio. E' vero che la partecipazione diretta di tutti gli iscritti all'Albo alle diverse attività è auspicabile, è altrettanto vero che in realtà risulta impossibile, ed è quindi ammissibile un certo assenteismo. Per quanto riguarda però la situazione venutasi a creare al Collegio di Sondrio, si temeva una sorta di defezione completa. Invece le elezioni si sono potute tenere regolarmente, e tutti gli iscritti hanno avuto la comunicazione sui risultati e la distribuzione delle cariche.

Il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Revisori hanno quindi assunto il proprio mandato, con la prospettiva temporale precisa che il loro compito scadrà il novembre prossimo, ma anche nella consapevolezza del dovere di rappresentanza della professione e dell'autorevolezza che gli infermieri si stanno conquistando.

L'Assemblea degli iscritti si è poi di nuovo riunita l'11 maggio 2002 in sessione ordinaria per discutere le linee programmatiche e approvare il conto consuntivo nonché il bilancio preventivo.

Questi sono i punti e gli obiettivi su cui si è soffermato i Presidente Piani nel proporre le linee di lavoro per il Collegio nel breve periodo futuro:

- 1. Riprendere una posizione all'interno del Coordinamento dei Collegi Lombardi perché è nelle Regioni che si esprime il SSN. Condividere strategie e obiettivi per portare a casa risultati, con il contributo di tutti i Collegi lombardi, anche se le competenze maturate nei diversi settori possono essere diverse e a livello di approfondimento disuguale.
- 2. Riprendere il notiziario e la stampa di *Parliamone* appe-

na formalizzate le procedure di autorizzazione

- 3. Organizzare convegni: l'ottica è quella di seguire le nuove disposizioni per l'ECM e ottenere l'accreditamento. Purtroppo siamo ancora nelle fasi iniziali, anche a livello regionale, e ciò è fonte di preoccupazione. D'altra parte ottenere la certificazione è la meta obbligata per confermare la validità dei corsi organizzati dal Collegio.
- 4. Riproporsi come professionisti impegnati nella difesa dei diritti del malato, dando seguito al Patto Infermiere-Cittadino. Esistono confini dell'assistenza sanitaria da presidiare come ad esempio campagne a favore di anziani, bambini, handicappati, malati mentali, carcerati. Sono segnali che la società esprime e che se sappiamo cogliere non potranno che accrescere la nobiltà della nostra professione. Una dimostrazione ulteriore della nostra vicinanza ai cittadini. Vicinanza del resto richiamata anche dai manifesti della giornata dell'infermiere del 12 maggio.

L'Assemblea ha condiviso e approvato gli impegni proposti per l'anno 2002, quindi ha riconfermato il mandato al Presidente e al Consiglio Direttivo per la loro realizzazione.

Il Conto Consuntivo 2001 ha avuto una predisposizione alquanto travagliata in quanto a suo tempo non era mai stato approvato un Bilancio Preventivo 2001, e di questo sono stati informati naturalmente gli intervenuti all'Assemblea. Dopo la dettagliata analisi delle risultanze contabili l'Assemblea all'unanimità ha approvato il consuntivo 2001.

Con l'approvazione del conto consuntivo 2001, si è finalmente chiuso un periodo di precarietà contabile e difficoltà oggettive nel gestire le disponibilità del Collegio. Il Consiglio Direttivo in carica si è sentito quindi ulteriormente legitimato dagli iscritti a continuare il lavoro per ristabilire la normale funzionalità istituzionale.

Nel prendere atto del disavanzo attivo comunque realizzatosi nell'esercizio 2001 l'Assemblea ha autorizzato l'utilizzo di tali risorse per sostenere spese maturate nell'anno scorso e alle quali non è possibile far fronte con il fondo spese impreviste. Inoltre sempre l'Assemblea ha deliberato di destinare la parte rimanente per l'adeguamento tecnologico e informatico del Collegio e per

consentire l'iscrizione presso la Commissione Nazionale ECM, nonché l'organizzazione e gestione di eventi formativi. Il senso di responsabilità, che ha caratterizzato l'intero lavoro del Direttivo, dei Revisori dei Conti e dell'Assemblea in merito al consuntivo 2001, è stato percepito e apprezzato come segnale di ritrovata serenità. I molti sorrisi spontanei osservati durante i lavori dell'Assemblea ci sembra possano attestare proprio questo.

Ha fatto seguito la presentazione del Bilancio Preventivo per l'anno 2002 da parte del Tesoriere, con la spiegazione delle scelte relative alle diverse voci. All'unanimità l'Assemblea ha approvato il Preventivo, mettendo in condizione il Collegio di operare in piena trasparenza





I partecipanti all'assemblea



Relazione del revisore e del tesoriere

e chiarezza nella gestione dei fondi disponibili.

Su proposta del Consiglio e dopo l'attenta analisi l'Assemblea ha inoltre deliberato di fissare il contributo annuo, che ciascun iscritto deve versare per il mantenimento della propria iscrizione all'ALBO, a 50 € a partire dall'anno 2003. Questo consentirà la valorizzazione di tutte le attività del Collegio altrimenti spesso compresse dall'eccessiva limitatezza delle risorse.

L'Assemblea sarà di nuovo convocata in occasione delle prossime elezioni di novembre. Nel frattempo è augurabile una costante attenzione degli iscritti all'Albo alla realizzazione dei diversi progetti in corso d'opera, affinché al momento delle elezioni queste siano partecipate e espressione della voce autorevole di tutti gli infermieri.

Le attività del Consiglio Direttivo

Il Consiglio Direttivo attualmente in carica si è riunito la prima volta il 27 febbraio 2002. Il primo dovere portato a termine è consistito nella reciproca presentazione dei Consiglieri. Ciascuno ha potuto esprimere liberamente le motivazioni che lo hanno portato a candidarsi, e i progetti che dal proprio punto di vista il Collegio avrebbe dovuto realizzare. Si è rivelata una riunione ricca di spunti, di primo affiatamento e conoscenza, ma anche di forte responsabilizzazione nei confronti della situazione precaria che si stava ereditando. E' emersa la volontà comune di non soffermarsi ulteriormente sulle vicende che hanno caratterizzato il precedente Consiglio Direttivo, ma di riprendere l'attività nel rispetto delle esigenze degli iscritti e delle funzioni istituzionali. D'altra parte si è considerato doveroso esprimere rispetto per coloro che precedentemente hanno dedicato tempo e disponibilità al Collegio.

Si è voluto particolarmente ricordare il nostro collega Paolo Tognascioli, già consigliere e revisore dei conti, deceduto nei mesi scorsi e si è deciso di inviare una lettera di partecipazione alla sua famiglia.

Si sono espressi i dovuti ringraziamenti anche nei confronti della Commissione Straordinaria e della Federazione Nazionale che si sono fatti carico di ripristinare la normalità e la funzionalità del Collegio.

Con la seconda riunione del 22 marzo si è cominciato ad entrare nel merito dei problemi, e a sottoporre a deliberazione i punti all'ordine del giorno. Le successive riunioni si sono tenute il 19 aprile, il 3 maggio, e il 7 giugno

Si è tra l'altro approvato il conto consuntivo e il bilancio preventivo da sottoporre all'assemblea, si è provveduto alla istituzione di tre commissioni, si sono ripresi i contatti con la Federazione, gli altri Collegi e soprattutto il Coordinamento dei Collegi Lombardi. Si è regolarmente aggiornato l'Albo attraverso le deliberazioni di iscrizione, cancellazione e trasferimento di colleghi. Si è accordato il patrocinio a diverse iniziative di formazione rivolte agli infermieri, nel frattempo organizzate in provincia. Si sono prese in considerazione diverse azioni per favorire il rientro delle quote di iscrizione dovute dai colleghi morosi optando per una condotta di responsabilizzazione a sanare la propria posizione e inizialmente non sanzionatoria.

Le attività delle Commissioni

La Commissione Formazione si è occupata di coordinare l'organizzazione dell'incontro di approfondimento che ha seguito l'assemblea ordinaria dell'11 maggio. Si è voluto, in quell'occasione, focalizzare l'attenzione sul ruolo e la formazione degli operatori di supporto all'assistenza infermieristica, in particolare sugli sviluppi riguardo l'inserimento degli OSS nelle unità operative.

Attualmente è in corso un intenso lavoro in merito agli obblighi imposti anche agli infermieri dal sistema ECM. E' un tema di forte preoccupazione per il Collegio. E' infatti necessario trovare le forme e i modi per far sì che i colleghi ottengano i 10 crediti previsti per l'anno 2002, e che si attivi un valido sistema formativo per gli anni successivi. Un sistema cui gli infermieri possano rivolgersi e che sia accreditato dalla Commissione Nazionale ECM. Si sta in particolare coordinando gli sforzi, anche a livello regionale, per ottenere il riconoscimento dei Collegi IPASVI quali provider e si è voluto coinvolgere anche i Servizi Infermieristici Aziendali per analizzare insieme le possibili soluzioni.

Commissione "Parliamone"

La ripresa della pubblicazione di Parliamone ha significato concentrare su la sua predisposizione le energie e la disponibilità di tempo di diversi colleghi. Il risultato è nelle mani dei lettori, che si spera diventino anche osservatori critici e collaboratori. Gli spazi operativi, i progetti realizzati dagli infermieri e le prospettive dell'assistenza infermieristica possono trovare nel giornale un momento di informazione e confronto insostituibile. Sarà cura della Commissione raccogliere ed elaborare i suggerimenti che comunque perverranno in redazione.

Commissione Libera Professione

La Commissione ha ripreso l'azione di documentazione e informazione a favore dei liberi professionisti e degli infermieri interessati a questo settore. Vi è poi l'intenzione di convocare i colleghi in regime autonomo e proporre un momento di aggiornamento e confronto, anche con il supporto di esperti, in modo che gli infermieri che lavorano in questo ambito, e senza farsi condizionare dal loro numero ridotto, possano essere messi in condizioni di operare serenamente. Si sta predisponendo inoltre l'aggiornamento del Tariffario minimo e del regolamento per la libera professione.

La Commissione si è proposta di studiare le dinamiche che caratterizzano il settore, e le strategie per favorire il contatto tra clienti e professionisti. Mentre infatti si sta registrando un notevole incremento dell'attività libero professionale in altre provincie, nel nostro territorio l'offerta di prestazioni autonome appare stabile. Si vorrebbe conoscere quali sono gli spazi di assistenza infermieristica non coperti dal servizio sanitario, le strutture che richiedono infermieri, le tipologie di rapporti professionali che meglio incontrano le esigenze degli assistiti, le scelte adottate dagli amministratori comunali in merito all'assistenza domiciliare, le garanzie offerte dalle assicurazioni integrative in merito alle prestazioni infermieristiche. Tutti fattori che incidono sul settore e che il Collegio ha interesse a approfondire per meglio svolgere la sua funzione di vigilanza.

> Sede: via IV Novembre, 11 23100 Sondrio

Telefono **0342.218427** Fax 0342.517182

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

Orari di apertura al pubblico:

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

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

DILANICIO CONICIINITIVO COCA COC

SITUAZIONE ECONOMICA 2001

a cura del Tesoriere Bagiolo Edo



n questa pagina troverete due novità: la prima è che chi vi parla non è più colui che per tanti anni ha amministrato in modo accurato le casse del Collegio; a tal proposito ringrazio Giancarlo che è stato un valido collaboratore e che spero vorrà continuare a lavorare con me anche nei prossimi impegni.

L'altra novità è che per l'ultima volta vedrete pubblicato un bilancio in £ (quello consuntivo del 2001) in quanto l'avvento dell'Euro ha modificato anche le cifre sul nostro "Parliamone" in cui il bilancio preventivo del 2002 non sarà più riportato in Lire.

Una cosa per cui mi impegnerò affinché resti invariata, è la trasparenza che da sempre ha contraddistinto il Consiglio Direttivo del Collegio IP.AS.VI. E' in quest'ottica che ho deciso di affiancare sul bilancio consuntivo del 2001, consentendo così un più immediato confronto fra i due bilanci, i relativi valori in Euro.

In occasione della partecipata "Assemblea degli iscritti" dell'11 maggio 2002 sono stati approvati i bilanci che di seguito andrò ad illustrarvi.

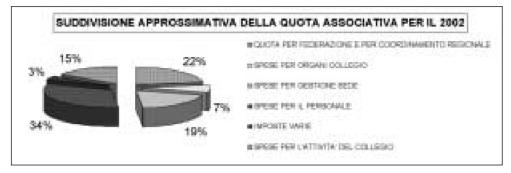
Il 2001, come descritto nelle pagine precedenti, è stato un anno particolare per il Collegio IP.AS.VI della Provincia di Sondrio in quanto abbiamo assistito alle dimissioni del Consiglio Direttivo precedente e al suo commissariamento.

Quando il 28 febbraio 2002 io e i miei 17 colleghi siamo subentrati alla precedente gestione, ci siamo trovati davanti alla situazione che di seguito vi

In assenza di un bilancio preventivo per il 2001, non abbiamo potuto far altro che prender atto di questo e contabilizzare le spese e le entrate dell'anno. Ora lasciamo spazio alle cifre che vi riporto nelle tabelle.

Tirando le somme, considerando anche i residui degli anni precedenti, i colleghi revisori dei conti hanno evidenziato un avanzo di 16587,38 € (pari a Lire 32.117.646) che può essere giustificato con minori spese soprattutto per il giornale, che non è mai uscito nel 2001 e che rappresenta una buona percentuale nel capitolo delle uscite e dalla mancanza di iniziative a favore della crescita professionale degli iscritti, quali convegni, incontri...

Il consiglio direttivo prima, l'assemblea degli iscritti poi, ha deliberato l'utilizzazione di queste risorse per liquidare stipendi arretrati delle impiegate,



per saldare i conti con lo Studio AS.CON, nostro commercialista dal 1997, per l'acquisto di un fax di cui il collegio non era dotato e, non ultima, per liquidare una riparazione alla caldaia resa non più prorogabile in seguito a una fuga di gas. A questo si devono aggiungere le spese per l'acquisto di apparecchiature informatiche (nuovo scanner, modem più potente, antivirus aggiornabile tramite la rete) più consone al nuovo millennio.

Dedotte queste spese ci siamo trovati a disposizione ancora circa € 4500 che, come deliberato in assemblea, verranno in parte vincolati per l'acquisto di un nuovo PC e la rimanenza (pari approssimativamente a 3000 €) verrà investita nel progetto di formazione degli iscritti, più in particolare:

- · Nell'organizzazione di corsi accreditati dall'ECM che consentono l'acquisizione di crediti formativi;
- Nella istituzione di eventuali borse di studio;

BILANCIO PREVENTIVO 2002

Di seguito presenterò un grafico con lo scopo di illustrarvi, nel modo più semplice possibile, come verranno investite nell'anno in corso le vecchie 90.000 £ (46,48 €) che ogni anno versiamo come quota d'iscrizione al Collegio.

Nella presentazione del bilan-

cio preventivo 2002 mi soffermerò soprattutto sui capitolati che ritengo più significativi. Parliamo di uscite ponendo l'attenzione sui 3000 € preventivati per l'uscita di due numeri del nostro giornale entro la fine del nostro mandato. Vorrei sottolineare come le spese esattoriali previste per il recupero delle quote d'iscrizione non percepite, negli anni scorsi, tramite l'emissione di cartelle esattoriali su delibera del consiglio direttivo, saranno addebitate agli iscritti morosi, non gravando così sulle casse del collegio.

Una grossa fetta degli introiti ci è richiesta dalla Federazione Nazionale, che percepisce 10,33 € per ogni iscritto, per un totale di 20000 €.

Altra voce importante in questo bilancio è sicuramente quella prevista per le spese postali di affrancatura, pari a circa 13 milioni delle vecchie lire, giustificata dall'emissione delle raccomandate per il rinnovo del Consiglio Direttivo previsto per novembre.

Per quel che riguarda i gettoni di presenza spettanti ai membri del Consiglio Direttivo e ai Revisori dei conti, questi sono stati fissati in 10 € per ogni presenza in Collegio, sia per la riunione mensile del Consiglio Direttivo che per le altre riunioni straordinarie, indipendentemente dalle ore di presenza.

Un discorso a parte va fatto per le riunioni del Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI e del Consiglio Nazionale, indette le prime mensilmente e le seconde con cadenza periodica: per queste riunioni, che si svolgono chiaramente fuori dall'ambito provinciale e in certi casi dall'ambito regionale, la quota di presenza è stata fissata in 50 €. Tirando le somme si sono preventivate spese per questo capitolato pari a 2500 €.

Legato a queste ci sono poi le uscite derivanti dai rimborsi per le spese sostenute per la partecipazione alle riunioni sopra citate e che trovate descritte nella voce "Rimborsi spese viaggio"; questi rimborsi comprendono i biglietti dei mezzi pubblici e la cifra forfetaria di 0,25 € per ogni Km percorso con auto privata; tale quota, fatti pochi conti, sconsiglia chiaramente l'uso, ove possibile, dell'automobile.

Come potrete notare le spese per i convegni sono state fissate in 1300 € (che prevediamo di poter recuperare in toto tramite sponsor e patrocini) e, come ho già evidenziato, non sono le uniche stanziate in questo campo; contiamo, infatti, di poter aggiungere circa 3000 € provenienti dai residui degli anni precedenti, come deliberato in assemblea.

Il collegio IPASVI della Provincia di Sondrio, con altri nove collegi lombardi, fa parte del Coordinamento dei Collegi che si riunisce con cadenza mensile per affrontare i problemi comuni che interessano la professione; in queste pagine il presidente del Coordinamento Bortolotti descriverà più in dettaglio, come già fatto in occasione dell'Assemblea degli iscritti, il compito di tale organismo e metterà in luce gli obiettivi che questo si propone. Ogni collegio ha stanziato per queste iniziative comuni una

cifra (che per noi è stata pari a 1252 €), minore rispetto alla quota stabilita in passato in quanto il nostro Collegio ha potuto condividere le iniziative soltanto a partire dal mese di marzo.

Altra voce importante per gravosità è quella per le retribuzioni delle impiegate che è aumentata rispetto agli anni precedenti a causa del rinnovo del loro C.C.N.L.

Nel capitolato delle entrate, la principale fonte di guadagno è rappresentata dal rinnovo annuale della quota di iscrizione I proventi immobiliari derivanti dall'affitto della vecchia sede di proprietà, in Via Colonnello Alessi, sono stati fissati in 1360 €, supponendo un piccolo aumento rispetto al passato; tale aumento (circa il 2% rispetto all'anno precedente) si farà sentire, probabilmente, anche nella spese d'affitto dell'attuale sede.

Mi aspetto, come potrete notare, di chiudere il bilancio del 2002 in pareggio e penso (visto l'andamento ad oggi) che questa previsione non si discosti molto da quello che sarà il risultato effettivo.

Se sono stato sufficientemente chiaro avrete potuto rendervi conto che le spese su cui si può discutere sono veramente poche, quasi tutte sono fisse e inevitabili.

Io o chiunque si troverà a gestire il bilancio nel 2003 avrà grosse difficoltà che quest'anno abbiamo superato soltanto grazie alle disponibilità residue delle passate gestioni.

Per il futuro il Consiglio Direttivo ha chiesto l'adeguamento della quota di iscrizione da 48,48 € (90.000 L) a 50 € (96.816 L) che nonostante l'aumento resta tra le minori in ambito regionale; l'impegno del Collegio è quello di rimanere il più vicino possibile agli iscritti, organizzando l'uscita annuale di quattro numeri di "Parliamone", e almeno un convegno l'anno accreditato E.C.M. la cui organizzazione è molto onerosa in termini di tempo e di denaro.

Anni fa è stato deliberato l'adeguamento della quota in funzione dei codici ISTAT che però non è mai stato attuato: in assemblea è stato approvato all'unanimità, tale aumento che sarà applicato a partire dal 2003.

Vi ricordo che tutto ciò che ho descritto è documentato e controllato con cadenza trimestrale dal collegio dei revisori dei conti.

Ribadisco la mia disponibilità per ulteriori chiarimenti e Vi informo che gli atti sono a disposizione di qualsiasi iscritto

BILANCIO CONSUNTIV	O 2001 - C	COSTI
DECSCRIZIONE	SPESE CONSUNTIVO 2001 IN LIRE	SPESE CONSUNTIVO 2001 IN EURO
cancelleria e stampati	1.287.774	665,08
accessori	0	0,00
totale conto mat.di consumo	1.287.774	665,08
parliamone	685.345	353,95
energia elettrica	978.400	505,31
spese per azienda gas	1.922.500	992,89
spese esattoriali	6.000	3,10
riparazioni e manutenzioni	1.648.417	851,34
gettoni di presenza consiglieri	3.686.000	1.903,66
spese informatica (consul.prog.)	0	0,00
pulizia	3.168.000	1.636,13
assistenza contabile	6.858.288	3.542,01
contributo federazione ipasvi	39.760.000	20.534,33
pubblicità	150.000	77,47
assistenza legale	538.560	278,14
spese telefoniche	5.527.000	2.854,46
•	2.464.000	1.272,55
spese postali e di affrancatura assicurazioni	1.986.616	
		1.026,00
spese di rappresentanza	0	0,00
rimborso spese viaggi	260.400	134,49
rimborso corsi aggiornamento iscritti	0	0,00
rimborso spese missioni (alb.rist.)	301.500	155,71
spese condominiali	81.500	42,09
spese documentate impreviste	10.716.647	5.534,69
tessere, distintivi, adesivi	0	0,00
corsi aggiorn.consiglieri ed impiegate	3.712.600	1.917,40
spese per convegni	0	0,00
spese economato	0	0,00
biblioteca	518.600	267,83
spese per collegi lombardi	0	0,00
sgravi per morosita'	0	0,00
residui passivi anni precedenti	21.995.756	11.359,86
ritenute irpef professionisti	1.339.512	691,80
spese software	0	0,00
totale conto spese per servizi	108.305.641	55.935,20
spese affitto sede	12.507.000	6.459,33
totale conto god.beni di terzi	12.507.000	6.459,33
retribuzioni impiegate	29.842.700	15.412,46
irpef dipendenti		
contributi inps	10.752.700	5.553,30
contributi inail +ctr.sindacali 08141006	273.250	141,12
inpdap	40.000	20,66
t.f.r.	2.282.800	1.178,98
totale conto spese per il personale	43.191.450	22.306,51
contributi inps consiglieri	341.600	176,43
cives	0	0,00
totale conto contributi	341.600	176,43
ici	258.000	133,25
irap	3.332.863	1.721,28
tasse sui rifiuti	574.000	296,44
imposte e tasse	1.104.000	570,17
totale conto oneri diversi di gest.	5.268.863	2.721,13
Spese C/C postale	4.006.000	2.068,93
tot. c.to interessi ed altri oneri fin.	4.006.000	2.068,93
costi di competenza anno precedente	4.000.000	0,00
totale conto costi vari ed oneri	0	
		0,00
totale costi	174.910.329	88.331,60

BILANCIO CONSUNTIVO 2001 - RICAVI

DESCRIZIONE	INCASSI ALLA FINE DEL 2001 IN LIRE	INCASSI Alla fine Del 2001 In Euro
rinnovo tessere	175.320.000	90.545,22
ricavi non istituzionali (pubblicita')	0	0,00
iva su ricavi non istituzionali	0	0,00
iva su ricavi non istituzionali - erario	0	0,00
adesivi, distintivi	0	0,00
quota prima iscrizione	900.000	464,81
rimborso spese per convegni	0	0,00
rimborsi spese	1.447.611	747,63
certificati d'iscrizione	610.000	315,04
totale ricavi istituzionali e non	178.277.611	92.072,70
proventi immobiliari	2.628.000	1.357,25
iva su proventi immobiliari	525.600	271,45
iva su proventi immobiliari - erario	-525.600	271,45
totale proventi immobiliari	2.628.000	1.357,25
sconti, abbuoni, premi	0	0,00
totale sconti, abbuoni, premi	0	0,00
rendita da deposito titoli	1.713.715	885,06
totale proventi da titoli	1.713.715	885,06
interessi attivi bancari e postali	2.410.860	1.245,11
totale proventi finanziari	2.410.860	1.245,11
totale ricavi	185.030.186	95.560,12

	RAPPRESENTAZIONE BILANCI CONSUNTIVI 1991/2 (x 10.000) IN LIRE									1/200	
- 1	1	1	1	1	1	1				1	
100	1991	1990	1983	1994	1900	1986	1987	1900	1000	2000	2801
M certicals	70m.	rando	STREET, STREET,	10000	17500	otto	00000	tions;	med.	190000	1110
Mindreller	8479	6110	12100	10000	10100	777040	190000	160000	20077	9119	1740
A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH	4990	1940	340	10000	1010	11150	3000	1000	246	440	10.0





INFERMIERI PROFESSIONALI ASSISTENTI SANITARI VIGILATRICI D'INFANZIA

Al Presidente della Provincia di Sondrio Al Presidente della Conferenza dei Sindaci Dr. Alcide Molteni Onorevole Eugenio Tarabini Ai Signori Sindaci dei Mandamenti di Bormio, Tirano, Morbegno, Chiavenna

Al Signor Sindaco di Sondalo Ai Rappresentanti Regionali Ing. Giovanni Bordoni e

Alle Organizzazioni Sindacali CISL - CGIL - UIL-CISAS 23100 Sondric Via IV Novembre, 11 Telefono 0342 218427 Telefax 0342 517182 Loro indirizzi Codice Fiscale 80000370140 e-mail: ipasviso@tiscalinet.it

Sondrio 28 febbraio 2002 Collegio Provinciale di Sondrio Prot. 126/02-tb

e.p.c.

Onorevole Presidente,

a nome del nuovo Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI della Provincia di Sondrio, riunito nella prima seduta del 27 febbraio, preso atto della difficile situazione sanitaria prospettata dopo le recenti dichiarazioni dei Direttori Generali dell'ASL di Sondrio e dell'Ente Ospedaliero Morelli, sono a richiedere un'autorevole intervento dell'Amministrazione Provinciale che la S.V. rappresenta in merito ad un realistico piano sanitario provinciale che sia rispondente agli effettivi bisogni degli abitanti della Provincia.

I risultati di una riduzione d'investimenti che la Regione Lombardia intende effettuare, ricadono sui cittadini a volte con drammaticità, come la proposta di un notevole ridimensionamento dell'Ospedale Morelli di Sondalo e la soppressione degli Ospedali di Chiavenna e Morbegno.

Sono del parere che solo l'Amministrazione della Provincia di Sondrio ha l'autorevolezza di promuovere un confronto nell'interesse comune dell'intera collettività, predisponendo un piano

Certo dell'attenzione che porrà alla presente richiesta, a nome dei millenovecentoventisei provinciale da presentare alla Regione. infermieri, Assistenti Sanitari e Vigilatrici D'infanzia che rappresento e che rischiano di essere, loro malgrado, coinvolti in una scenografia preoccupante, chiedo che possano essere coinvolti in progetti realizzati nell' esclusivo interesse degli Utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'augurarmi che si possa arrivare ad un'ipotesi sostenibile, voglia gradire i più cordiali saluti.



Presidente Collegio IPASVI della provincia di Sondrio Ercole Andrea PIANI





Copyright by Collegio IP.AS.VI. - Sondrio

Pubblicato 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

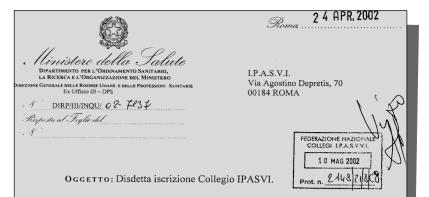
PRESIDENTE: Ercole Andrea Piani VICE PRESIDENTE: Antonella Bonanno SEGRETARIO: Rosella Baraiolo TESORIERE: Edo Bagiolo

CONSIGLIERI: Patrizia Almasi, Emanuela Balatti, Lidia Baraglia, Olga Cedro, Roberta Cristini, Antonella Gambetta, Tecla Gianoli, Luciano Scieghi, 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

L. Baraglia, R. Barcaiolo, L. Benini, S. Bortolotti, T. Briotti, A. Callegari, O. Cedro, CIVES Catania, P. Coelho, Danila, C. Della Berta, Edo, M. Doria, Gruppo Allievi ASA, Gruppo ASA CRH, Gruppo Educatori CRH, Gruppo Inferm. CRH, M. Loi, C. Mencacci, M. nomini, R. Palma, personale Riab. Pneumologica, E. Piani, M. Schiantarelli, D. Ussia, G. Vanotti.



Con riferimento alla nota, a margine indicata, concernente la problematica di cui all'oggetto, si comunica a codesto Collegio che la scrivente Direzione generale condividere l'orientamento espresso nell'informativa e, ad ulteriore sostegno, espone quanto segue.

L'obbligatorietà di iscrizione all'Albo è rivolta a tutte le categorie che hanno un Ordine o Collegio professionale non rientrando nella fattispecie le professioni per il cui esercizio il legislatore non ha previsto tale vincolo nonchè le professioni per le quali l'Albo non è ancora stato istituito.

L'iscrizione all'Albo rappresenta, non solo requisito essenziale per la partecipazione al concorso, ma è altresì requisito indispensabile per poter continuare a svolgere l'attività sanitaria nell'ambito del rapporto di servizio. L'albo professionale va inteso quale strumento attraverso il quale il professionista consegue quello speciale status giuridico che lo legittima all'esercizio dell'attività professionale.

L'Ente pubblico di appartenenza dei professionista non na nei fini, propri, tutti quelli del Collegio o dell'Ordine. I fini istituzionali degli organismi professionali si aggiungono a quelli degli Enti di dipendenza, completandoli, perfezionandoli rispetto all'interesse pubblico della tutela della salute.

La norma impositiva, dell'iscrizione all'Albo, fa riferimento a tutti coloro i quali svolgono una attività inerente alla tutela della salute e che come tali, devono essere considerati continuativamente idonei non solo dall'Amministrazione di appartenenza ma anche dai rispettivi Ordini o Collegi professionali

Tale condizione, per l'esercizio della funzione di Assistente Sanitario, trova la sua ratio, come esattamente evidenziato da codesto Collegio, nel DLgs.CPS n.233/1946, riguardante la ricostruzione degli Ordini delle professioni sanitarie e la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse. Al riguardo non va dimenticato che l'art.8, del summenzionato decreto, è da considerarsi sostanzialmente attuativo del principio generale sancito dall'art.2229 c.c. il quale pone una riserva di legge in merito alla individuazione delle professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in albi o elenchi appositi, e dall'art. 2231 c.c. che indica le conseguenze derivanti dalla mancanza di iscrizione all'albo.

Quanto sopra non si ritiene sia da riferirsi solo al personale che non entra in rapporto di servizio con strutture, ma anche ai soggetti che hanno un rapporto di dipendenza, poichè, la qualificazione, ai fini dell'esercizio, non discende solo dal possesso del diploma ma anche dalla abilitazione che deriva dalla iscrizione all'albo. Ed invero la normativa concorsuale in vigore, come dettagliatamente elencata da codesto Collegio nella nota cui si risponde, ha previsto l'iscrizione quale requisito di accesso che, al pari degli altri requisiti, non è limitato nel tempo ma va mantenuto per tutta la durata del rapporto di lavoro.

Al riguardo si comunica infine che, la Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, chiamata ad esprimersi in un giudizio, per alcuni aspetti analogo al caso di specie, ha deciso che pur restando fermo il diritto di qualsiasi iscritto ad un Ordine o Collegio professionale sanitario, di avanzare istanza di rinuncia all'iscrizione all'albo - omissis- resta salvo il diritto-dovere del Collegio di sporgere denuncia alla competente autorità giudiziaria, ai sensi dell'art.348 c.p. (rubricato "Esercizio abusivo di una professione"), qualora avesse notizia di esercizio professionale in violazione dell'obbligo iscrizione di cui all'art.8 del Dlgs.CPS n.233/46.

Alla luce di quanto summenzionato corre l'obbligo per lo scrivente rendere noto che il Consiglio di Stato nell'Adunanza della Sezione Seconda, 29 settembre 1999 con parere n.330/99 ha precisato che " non v'è ragione perché l'esistenza di un rapporto di lavoro dipendente surroghi l'assoggettamento all'ordine professionale: le verifiche, originarie e in itinere, della professionalità che il rapporto di lavoro dipendente richiede sono infatti di altro genere a quelle date dalla iscrizione all'albo, perché sono funzionali non già alla garanzia per il mercato dei potenziali utenti, bensì all'interesse del solo datore di lavoro"

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Claudio Mastrocola)

Ruolo e strategie dei collegi lombardi per la rivalutazione della professione infermieristica

a cura del Presidente del Coord. Collegi Lombardi Servilio Bortolotti

I tema che mi è stato affidato si raccorda in modo particolarmente esemplificativo con le problematiche relative all'OSS non solo perché la definizione delle attribuzioni di questa nuova figura che è stata portata a compimento con la delibera regionale n. VII/5248 del luglio 2001 ha costituito oggetto di incontro/scontro con la Regione Lombardia per oltre un anno ma anche perché l'inserimento dell'OSS nelle realtà sanitarie e socio-assistenziali nonché la ricaduta di ciò sugli standard assistenziali è uno dei punti di riferimento dell'attività del coordinamento regionale dei Collegi IPASVI

In un percorso di riconoscimento del ruolo importante della professione infermieristica a livello regionale si può affermare che:

- · oggi gli infermieri sono un problema soprattutto perché sono meno delle necessità (la carenza è stimata in 8000
- domani vorremmo che la professione infermieristica fosse riconosciuta come risorsa per il sistema sanitario regionale e cioè portatrice non solo di necessità economiche e professionale ma anche depositaria di una "competenza" utile alla pianificazione dei servizi e quindi attivabile per erogare un servizio socio sanitario migliore al cittadino

Il punto di riferimento per questo percorso è il piano socio sanitario regionale 2002/2004 che è lo strumento fondamentale di sviluppo dei sistema nella Regione Lombardia.

Una precisazione sul ruolo del coordinamento regionale lombardo dei Collegi IPASVI è d'obbligo per sottolineare come la rappresentanza professionale sia in ritardo rispetto al grande cambiamento che ha portato la modifica del Titolo V della Costituzione, frutto della evoluzione in senso federale dello Stato e quindi con il passaggio alle Regioni di quasi tutte le competenze in materia di sanità.

I Collegi sono saldamente ancorati ad una rappresentanza di tipo provinciale, senza una struttura regionale normata e quindi senza la possibilità di essere fortemente rappresentati la dove si decide.

L'istituzione di una federazione regionale dei Collegi è quindi un passo obbligato ed impellente e se a ciò non si può arrivare con una riforma legislativa della materia Ordinistica si dovrebbe almeno cercare di rimediare con una regolamentazione interna che riconosca al livello regionale una sua dignità ed autonomia.

Per il livello regionale, oltre a un problema di rapporti tra strutture provinciali IPASVI vi è un problema di rapporto con le organizzazioni sindacali visto che la realtà infermieristica è una realtà di lavoro dipendente per la gran parte. Questi rapporti, oggi di fatto inesistenti, risentono di modalità diverse di approccio ai problemi della sanità, troppo generalista del Sindacato confederale e troppo particolare dei

Collegi IPASVI. Ulteriori complicazioni sono generate dalla presenza del sindacalismo autonomo a matrice professionale verso cui qualche collegio sembra attivare rapporti privilegiati.

Ogni anno si tiene a livello regionale la contrattazione delle "risorse aggiuntive" e poiché nel capitolo "valorizzazione della professione infermieristica" una parte importante è legata agli istituti economici si capisce il perché dell'importanza di un diverso e più sinergico rapporto tra organismi professionali e organismi sindacali.

La Regione Lombardia attraverso il PSSR 2002/2004 ha definito con chiarezza (almeno nella filosofia di fondo) i propri intendimenti rispetto al sistema socio sanitario regionale. Bisogna premettere che non è compito degli organismi professionali esprimere giudizi "politici" sull'operato della Regione non solo perché vi è una solida maggioranza di consenso elettorale e pertanto ma anche perché il compito che la norma ci assegna è quello di fornire il nostro contributo a chi governa per il miglioramento dei servizi erogati al cittadino.

Per quanto riguarda la professione infermieristica vi è un innegabile e diffuso senso di disagio che si può far risalire a diverse cause:

- la difficoltà ad accettare, per chi come noi vive la quotidianità dei percorsi di salute e di malattia dei cittadini, logiche aziendali basate esclusivamente sul risparmio economico e sulla verticalizzazione dei processi decisionali come di fatto sta avvenendo nelle aziende sanitarie pubbliche;
- la percezione di una sorta di concorrenza sleale del privato, che può scegliere i propri ambiti di attività nei confronti del pubblico che in una fase di contrazione delle risorse deve comunque rispondere a tutti i cittadini subendo oltretutto una immagine negativa rispetto alla propria qualità ed efficienza;
- la paura di una pura e semplice sostituzione della risorsa infermieristica con operatori a più bassa qualificazione professionale come gli
- una diffusa percezione della diminuzione della risorsa infermieristica per la scarsa appetibilità della professione ed un contestuale aumento dei carichi di lavoro che impedisce l'evoluzione qualitativa dei servizi erogati dagli infermieri che invece viene percepito come necessità orami non più rinviabile;
- la precarietà di un sistema formativo universitario in bilico tra passato e futuro;
- una eccessiva centralità riconosciuta alla professione medica che viene chiamata in modo del tutto autoreferenziale a dare indicazioni alla Regione sul come sviluppare il sistema sanitario lombardo non valorizzando il contributo della altre profes-

Dal Convegno: Nuove scelte per l'assistenza infermieristica: riflessioni... ipotesi applicative, organizzato dal Collegio l'11 maggio proponiamo ai lettori la relazione del collega Servilio Bortolotti, Presidente del Collegio di Bergamo e del Coordinamento dei Collegi Lombardi (n.d.r.)

Rispetto a questo ultimo punto, lungi da me l'intenzione di attivare conflitti tra professionisti, è emblematico quanto è avvenuto in sede di discussione del PSSR rispetto al progetto delle équipes delle cure primarie, progetto valido e che è stato di fatto abbandonato per l'opposizione dei medici di medicina generale senza che nel dibattito non solo siano stati coinvolti gli altri professionisti ma anche i cittadini e le loro associazioni.

La regionalizzazione del sistema socio sanitario è indubbiamente un vantaggio perché permette di affrontare i problemi con maggiore concretezza rispetto ai contesti terri-

Nell'agosto del 2001 la Re-



gione Lombardia ha sottoscritto con le Organizzazioni Sindacali un piano di valorizzazione della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie; gli obiettivi del piano sono stati ricompresi negli obiettivi del PSSR 2002/2004 nel capitolo della valorizzazione delle risorse

Dal punto vista economico:

- riconoscimento economico della funzione di tutor nella formazione di base nella negoziazione delle risorse aggiuntive;
- · conferma della borsa di studio per gli studenti del primo anno di corso universitario
- conferma della assunzione da parte della Regione dei costi sostenuti dalla Aziende

che sono sede di formazione universitaria;

- riconoscimento della peculiarità infermieristica nella contrattazione aziendale sulle posizioni organizzative;
- atto di indirizzo alle aziende pubbliche sulla attivazione della dirigenza infermieristica ai sensi della legge 251/2000.

Dal punto di vista professio-

- attivazione di un osservatorio regionale per monitorare l'attivazione e l'evoluzione di modelli assistenziali infermieristici innovativi sulla base dei quali poter definire nuovi standard di personale tenendo conto anche delle nuove figure di supporto;
- definizione di un piano regionale di formazione continua anche in relazione all'attivazione del sistema ECM;
- attivazione a livello regionale di un percorso per il reperimento di figure infermieristiche di provenienza extracomunitaria presidiando gli aspetti relativi al mercato del lavoro e quelli relativi al riconoscimento dei titoli;
- attivazione di un percorso formativo di 220/250 ore per infermieri con funzioni di coordinamento in collaborazione con l'Università.

Il PSSR 2002/2004 è chiara-

mente orientato verso una riduzione dei posti letto per acuti e l'aumento dei posti letto per lungo degenti e riabilita-

E' inoltre evidente la tendenza non già a privatizzare i servizi sanitari ma affidarli sempre più a gestori con logiche privati-

Il perdurare della carenza di infermieri se sta producendo qualche beneficio economico per la categoria ma produce anche effetti indesiderati sul piano professionale (demotivazione, abbandono della professione, enormi difficoltà per chi gestisce i servizi infermieristici).

Possiamo allora pensare ad un futuro infermieristico nel sistema sanitario regionale che:

- · valorizzi la risorsa infermieristica attraverso un uso appropriato integrato con le figure di supporto;
- riconosca la responsabilità della gestione di questa risorsa ad infermieri;
- raccordi la formazione con l'esercizio professionale:
- riconosca sul piano economico e normativo la delicatezza e l'onerosità di questa professione;
- la consideri risorsa per l'intero sistema.

Questa mi sembra la sfida che come infermieri dobbiamo

Cives e gli Alpini a Catania: esperienze del nucleo di Catania e gestione di un moderno P.M.A.

a cura di degli infermieri CIVES di Catania

Abbiamo chiesto agli amici del Nucleo CIVES di Catania un resoconto della loro esperienza nel nuovo PMA che hanno gestito per il raduno nazionale degli alpini (ndr)

a 75^a adunata nazionale degli Alpini che si è tenuta a Catania tra il 10 e il 12 maggio scorso, ha dato alla cittadina etnea l'occasione di partecipare ad un evento veramente singolare per cultura, al-

Per tre giorni più di 150.000 alpini hanno dato vita a straordinari momenti di gioioso colore animando costantemente la città con il loro contagioso buonumore ... rallegrando gli animi con i loro canti ... rendendo il clima "frizzantino" grazie al loro vinello!! Questo forte momento di aggregazione culturale ha visto il nucleo Cives di Catania seriamente impegnato a fornire alla cittadinanza il massimo supporto sanitario.

Grazie alla collaborazione instaurata con l'azienda Ospedaliera "Vittorio Emanuele -Ferrarotto-Santo Bambino" di Catania, che ha investito con perspicace lungimiranza nell'acquisto di materiale logistico e tecnologico d'avanguardia, fornendo personale medico altamente specializzato ha assicurato una performance strutturale e professionale di altissimo livello, permettendo di fatto agli infermieri appartenenti al Nucleo Cives Catania di erogare un'assistenza di tutto rilievo e conseguentemente facendo crescere orgogliosamente e positivamente la consapevolezza della nostra identità professionale, e delle nostre potenzialità.

Cives grazie alla suddetta partnership ha potuto allestire, nell'area opportunamente assegnata dalle autorità preposte, un P.M.A. (posto medico avanzato) di tutto rispetto. Il P.M.A. per intenderci è una struttura che funge da filtro tra la scena del disastro e l'ospedale. Qui, infatti viene eseguita la stabilizzazione delle funzioni vitali delle vittime

in vista del loro successivo trasporto verso gli ospedali competenti. Tenendo P.M.A. deve rispondere a determinate caratteristiche di sicu-



rezza, accessibilità e praticità per i soccorritori, esso è stato allestito in un'ampia piazza in cui sono state montate quattro tende pneumatiche, di cui due di nuova gene-

Grazie all'esperienza del Responsabile Cives per il Centro Sud Saro Chiarenza, per la dislocazione delle tende è stato utilizzato lo schema della losanga con doppio flusso. Le tende sono state suddivise idealmente in quattro zone corrispondenti alle

aree d'intervento. La prima tenda è stata destinata al triage in cui dei medici esperti e degli infermieri di area critica accoglievano il paziente, e tramite un'apposita scheda di triage che utilizza il protocollo Ph. A. S. T. categorizzavano i pazienti, stabilendo così la priorità con cui effettuare le prime cure e la successiva evacuazione verso le strutture più opportune. I pazienti con codice verde venivano destinati ad un'area specifica del P.M.A., quelli con codice giallo e con codice rosso per essere stabilizzati ed eventualmente evacuati; le loro condizioni venivano ripetutamente controllate eseguendo ciclicamente il protocollo di triade Ph. A. S. T.. Nella 2[^] tenda provvista di n. 10 posti letto (brandine) venivano trattati i verdi, e i pazienti che necessitavano di brevi osservazioni. Nella 3[^] tenda si trattavano i codici gialli e rossi: pazienti cioè con lesioni potenzialmente pericolose, ma che al momento non mettevano a rischio la lo-



CONTINUA DA PAGINA 9

ro vita e pazienti con lesioni da trattare immediatamente a rischio di vita. Rispettivamente ad ogni codice erano assegnati 2 posti letto. La tenda dei codici gialli e rossi, divisa in due settori, è stata attrezzata con carrelli multifunzionali in cui erano allocate apparecchiature e presidii per la rianimazione cardiopolmonare, che andavano dal defibrillatore al respiratore automatico, dal monitor multi parametrico all'elettrocardiografo, dalla coperta a flusso d'aria per refrigerare o riscaldare il paziente al carrello chirurgico attrezzato per piccoli interventi chirurgici. In ultimo un prezioso laboratorio analisi dava la possibilità di determinare tempestivamente gli enzimi cardiaci, praticare un emogas analisi, ed altri esami ematochimici quali glucosio, transaminasi, ecc.. Barelle dotate di ruote permettevano di evacuare velocemente il paziente nella zona di destinazione. La 4[^] tenda è stata utilizzata per il coordinamento dei servizi, inoltre fungeva da sala radio e segreteria. Tramite un computer si era costantemente collegati telematicamente con gli ospedali e con i centri di comando della Protezione Ci-

Il personale in impiegato durante tutto il servizio è stato complessivamente di :

- n. 36 infermieri Cives, di cui tre provenienti dal Nucleo di Brescia,
- n. 20 medici dell'Azienda Ospedaliera "Vittorio Emanuele-Ferrarotto-Santo Bambino" di Catania provenienti dall'area medica, chirurgica e rianimazione.

In previsione che nella notte precedente la sfilata di chiusura dell'adunanza, ci potesse essere maggiore afflusso di pazienti nel P.M.A., circostanza dettata dalle precedenti esperienze in cui gli alpini nella suddetta notte tendevano ad ubriacarsi di più trascinati dall'enfasi della spettacolare giornata di chiusura, il P.M.A. è stato potenziato con ulteriore personale. Infatti erano presenti 10 infermieri e 6 medici inoltre, i volontari della Misericordia hanno collaborato con spirito di abnegazione e altruismo provvedendo con le loro ambulanze ad evacuare, se necessario, i pazienti negli ospedali più vi-

La Protezione Civile ha messo a disposizione altre otto tende ministeriali 73 per un totale di 64 posti letto.

A conclusione della attività svolta, nel contesto dell'adunata degli alpini, sono state effettuate 150 prestazioni sanitarie di cui solo 4 ospedalizzate. Le patologie prevalenti sono state di area medica. Da questo ulteriore banco di prova il gruppo Cives di Catania ne è uscito ancora una volta più ricco di esperienza e rafforzato nella volontà di progredire per raggiungere risultati sempre più professionali e soddisfacenti. Grazie alla volontà e motivazione dei singoli membri, alla sapiente leadership di Saro Chiarenza e alla preziosa collaborazione della Azienda Ospedaliera "Vittorio Emanuele - Ferrarotto - Santo Bambino" di Catania, Cives sarà sempre più competitivo e si proporrà come valido punto di riferimento nel campo delle emergenze.

ASSISTENZA AI DISABILI E IL CONFRONTO TRA LE PROFESSIONI: ESPERIENZA DEL CRH DI TIRANO

Tra le nuove realtà professionali particolare attenzione abbiamo posto alla realtà del CRH di Tirano che, da pochi mesi, la ASL ha dato in gestione alla Cooperativa Sociale San Michele. Abbiamo voluto quindi proporre ai lettori questa giovane realtà presso la quale si respira una "bella aria".

(n.d.r.)

La comunità educativa

a cura di Massimo Zampatti responsabile CRH

Settembre 2001 il CRH di Sondrio viene trasferito a Tirano al primo piano dell'ex ospedale ed affidato in gestione alla Cooperativa Sociale S.Michele.

La cooperativa, forte della propria esperienza educativa con persone portatrici di handicap, ha accettato tale servizio avendo chiare le difficoltà ed esprimendo, con determinazione, la volontà di affiancare la persona disabile e la sua famiglia con un preciso progetto che fonda le radici nella pedagogia Guanelliana. "Il fine principale della nostra attività è quello di promuovere la persona umana in tutte le sue dimensioni secondo le potenzialità di ciascuno". Ci proponiamo pertanto di sviluppare il benessere psichico delle persone, di salvaguardare il benessere fisico e mantenere viva e far crescere la coscienza della dignità di ognu-

In queste poche parole sta la sostanza del nostro agire e del lavoro che ogni figura professionale è chiamata a svolgere all'interno della struttura.

Un altro concetto mutuato sempre dalla pedagogia Guanelliana, che può aiutare a meglio comprendere il nostro intervento, è "l'impronta di famiglia": la nostra è una comunità educativa e quindi nella strutturazione e nella vita si propone di riferirsi il più possibile al modello famiglia e di assumerne l'impronta.

Queste considerazioni rimandano a un sistema organizzativo non calato dall'alto ma che si modella sulla persona disabile fulcro della nostra struttura: attorno ad essa ruotano le differenti figure professionali che a vario titolo intervengono al CRH. Personale delle pulizie, personale amministrativo, educatori, ausiliari socio assistenziali, infermieri, fisioterapista (quando arriverà), medici, consulente pedagogico, figure specialistiche dell'ASL psicologo, psichiatra ed assistente sociale - obiettori di coscienza, volontari; persone differenti per provenienza, storia, motivazione, cultura, aspettative, professione, chiamate ad interagire per offrire alla persona portatrice di handicap un servizio di qualità. Qualità è un termine su cui si sono spesi in questi ultimi anni - credo giustamente - fiumi di inchiostro: controllo di qualità, misurazione della qualità, indici di qualità, certificazione della qualità; tutto degno di ri-

lievo ma poco realistico e difficilmente adattabile ai servizi alla persona. Per definire la qualità reale di un servizio come il CRH non si può stare alla superficie, gli indicatori non sono sempre misurabili e non sono costanti nel tempo, in sostanza non si può prescindere dalle persone che vi lavorano e dai loro modelli di riferimento. La scommessa quindi per una migliore qualità del servizio sta proprio nell'unire sotto un unico tetto e permettere che interagiscano positivamente e con reciproca gratificazione, differenti figure professionali.

Una modalità che trovo consona alla mia esperienza è quella di ricercare uno stile, una sorgente di ispirazione comune a tutte le persone che a vario titolo operano nel servizio.

Come dicevo il modello proposto dalla cooperativa è quello della comunità educativa, il CRH dovrebbe quindi divenire luogo in cui la relazione con l'altro sia al primo posto, in cui le diverse figure professionali, forti delle proprie competenze, entrano in rapporto con il collega e con la persona in difficoltà accorgendosi che emergono delle potenzialità anche nelle persone più ferite se sappiamo metterci al loro fianco in una relazione desiderata, voluta e amichevole.

Ogni azione dovrebbe dunque

portare questa valenza, l'educatore avrà il compito di pensare gli interventi, di guidare le attività e la quotidianità in una prospettiva progettuale mettendosi costantemente in gioco, consapevole che il proprio lavoro è fatto di preparazione, benevolenza, umiltà, confidenza, dialogo, ironia, forza; l'infermiere si attiverà oltre le competenze specifiche della propria professione, - al CRH di Tirano si è voluto eliminare il camice bianco per togliere ogni segno di distinzione e di distanza, ma la professione rimane con tutto il suo valore - arricchendo la sua esperienza nell'interazione con la persona portatrice di handicap in un rapporto caratterizzato da fiducia e affetto; l'ausiliario non riduce il proprio intervento ad una sequenza di azioni compiute secondo una specifica metodologia, ma accompagna cordialmente l'altro nell'aiuto per i suoi bisogni e nella quotidianità, l'attività educativa si espleta anche con il contatto fisico e nell'accudire ai bisogni primari. I medici e le altre figure specialistiche che operano al CRH danno un notevole valore aggiunto all'intervento fornendo un apporto indispensabile e

qualificante.



Il nostro gruppo di operatori sta affrontando un percorso umano, esperienziale e professionale affascinante, ognuno è chiamato a giocarsi, misurarsi e crescere, avendo come riferimento gli ideali della cooperativa e le competenze della propria professione, non facendosi imporre o lusingare da ricette precostituite che non portano a nulla. Ho sempre dubitato di coloro che "sapevano come fare": la realtà è molteplice e complessa e gli approcci debbono essere necessariamente diversificati e multidisciplinari. La cooperativa ha il dovere di dettare le linee di indirizzo e i modelli a cui riferirsi, è importante avere un'identità culturale e ideale, ma all'interno di questo quadro ogni persona è chiamata a dare un apporto specifico ed originale.

In definitiva l'intervento multidisciplinare credo sia la forza del nostro servizio, la capacità cioè di interagire con figure professionalmente diverse rispettosi ognuno dell'altro a favore di persone che necessitano proprio della presenza di più persone con peculiarità e prerogative specifiche.

In questo lavoro non c'è bisogno "di persone giuste al momento giusto e al posto giusto", capaci di risolvere i problemi: occorrono invece uomini e donne "integrali", in grado prima di tutto di convivere con i problemi, per i quali talvolta non esiste soluzione. Va creata una cultura, giorno dopo giorno, lasciandosi mettere in discussione dalle persone che ci sono affidate e dai propri colleghi. Le situazioni difficili devono essere ulteriore stimolo per l'approfondimento, occasione di maturazione e di riflessioni funzionali alla resa di un servizio sempre più qualificato.

Considerando dunque tutta la realtà CRH come realtà educativa, meglio come comunità educativa, mi piace terminare con un contributo di Carlo Maria Martini "... educare è difficile; educare è possibile; educare è prendere coscienza della complessità; educare è cosa del cuore; educare è bello. Si tratta, cioè, di partire dal riconoscimento delle difficoltà dell'impegno educativo, per affermare che anche di fronte ai problemi l'educazione rimane possibile..."

Privilegiamo l'assistenza alle persone

a cura del gruppo ASA del CRH

Al C.R.H. di Tirano lavora un gruppo di nove Ausiliari Socio Assistenziali alla prima esperienza con persone portatrici di handicap. Crediamo di riportare, con questo scritto, il punto di vista di chi si ritrova finalmente nel ruolo che spetta alla figura professionale rivestita dall'Ausiliario Socio Assistenziale.

Il nostro lavoro al C.R.H. consiste infatti nella cura della struttura e nell'effettiva relazione con l'utente. L'A.S.A. lavora a stretto contatto con le altre figure professionali presenti al centro: con l'infermiere per l'igiene e "la buona salute" dei ragazzi, con l'educatore per le varie attività educative.

Il fatto di avere un addetto alle pulizie, ci lascia molto tempo da dedicare ai ragazzi, a differenza dalla Casa di Riposo dove il lavoro è impostato soprattutto sulla pulizia della





persona e in particolare della struttura.

Dalla nostra abbiamo anche rapporto PERSONALE/UTENTI che permetti agli operatori di seguire adeguatamente tutti i ragazzi.

Un altro nostro punto di forza è il fatto di lavorare in un gruppo affiatato e aperto, che crede profondamente in ciò che fa. Stiamo facendo insieme un cammino che ci aiuta a crescere, nonostante gli ostacoli che si possono presentare. Stiamo inoltre imparando a conoscere profondamente questi ragazzi, vivendo con loro le gioie e le difficoltà quotidiane, ed entrando in una vera e propria "dimensione" che si riesce a cogliere pienamente solo nel momento in cui ci si mette in gioco.

Ed è proprio stando sullo stesso loro piano che ci si riesce a percepire che siamo TUTTI quanti degli esseri umani, ciascuno con la propria dignità, i propri difetti, le proprie debolezze, insicurezze, ma soprattutto con i propri doni, che possono essere piccoli o grandi, ma che comunque sono più che mai personali, caratteristici e preziosi.

Lavorare al C.R.H. significa riuscire a cogliere in un gesto, in un sorriso, in uno sguardo, l'incredibile bisogno d'amore di queste persone particolari e speciali. Bisogno che allo stesso tempo diventa anche voglia di donare amore.

Crediamo, infatti, che non ci sia persona che esca da un centro per handicappati senza aver ricevuto qualcosa che ti segna dentro e che ti spinge a credere che la vita sia comunque un dono prezioso.

Assistenza ai portatori di handicap: un rinnovato modo di essere infermieri

a cura del gruppo infermieri del CRH

Il gruppo infermieristico, che attualmente presta servizio al C.R.H. di Tirano, non ha mai operato nel mondo handicap e nei centri adibiti all'assistenza dei disabili, quindi per tutti noi è stata la scoperta di un nuova realtà e di un rinnovato modo d'essere infermieri.

I ragazzi che risiedono nel nostro centro sono afflitti, oltre che dalle patologie specifiche del loro handicap, anche da altri significativi disturbi che necessitano di costante professionalità ed attenzione.

Dopo otto mesi di stretto contatto con i ragazzi è nato, dentro di noi, un nuovo modo di vivere e considerare la nostra professione: l'infermiere del C.R.H. non è colui che si limita ad applicare una fleboclisi, ma sa cogliere con attenzione e sensibilità tutti gli aspetti che caratterizzano la persona.

L'operato dell'infermiere. spazia dal soddisfacimento dei bisogni primari e della somministrazione delle terapie alla capacità d'intervenire ed affrontare qualsiasi situazione sanitaria che si presenti senza trascurare l'importanza di un relazione umana con l'utenza e le famiglie della stessa.

Questo ci ha reso consapevoli delle difficoltà e degli ostacoli, determinati dalle caratteristiche psico-fisiche dei soggetti, che si possono incontrare e nell'instaurare delle relazione significative con loro, abbiamo così imparato a vivere il quotidiano e a far fronte ai problemi che giornalmente si presentano.

Un lavoro reso più semplice ed efficace dalla forte unione e accordo che caratterizza l'eterogeneo gruppo delle figure professionali, che quotidianamente sono sostenuto e stimolato da una forte affettività che i ragazzi con grande generosità ci offrono.

La possibilità di operare in questa struttura rappresenta per noi un'occasione unica per sperimentarci e sperimentare non solo come infermieri, ma anche come persone.

Esperienza di un allievo ASA al CRH

a cura di Valeria Marchesi

Per quanto riguarda la mia considerazione personale posso esprimermi dicendo che dissento con la definizione classica di "handicappato" che ritiene il soggetto "diverso", "il risultato dell'interazione tra la disabilità dell'individuo e le sue aspettative di normalizzazione che la società esprime" in quanto "l'handicappato", secondo me, è un mondo a se stante che va rispettato profondamente ed è ingiusto spingerlo ad omologarsi alla nostra cosiddetta società di "normali"

L'umanissimo sconforto che colpisce la maggior parte dei genitori dei ragazzi con problemi di handicap a volte si può trasformare anche in rabbia,ma spesso rimane sconforto e basta ed infinta disperazione che sembra senza usci-

Tutti i sogni e le aspettative cosiddette "normali" crollano sotto il peso di un evento inaspettato. Arrivano domande che macerano: "che cosa abbiamo fatto di male per meritarci una simile disgrazia?"

Occorre uscire al più presto da questo periodo di angoscia e permettere alla speranza di farsi strada. Occorre affrontare il più possibile positivamente l'aspetto psicologico del problema, liberandoci delle immagini stereotipe di perfezione fisica ed intellettiva che ci vengono offerte ogni giorno.

Occorre che il "disabile" possa vivere serenamente la sua "diversità". "Handicappato" o "ritardato" non significa stupido o inutile, malgrado il nostro sforzo per non giudicarli come tali, finiamo per farlo comunque.

Aiutare "l'handicappato" significa, a mio parere, aver ben presente ciò che è in grado o non i grado di compire e rispettarlo in modo profondo per com'è.

Dategli sorrisi perché possa vivere una vita che non sia un'appendice della vostra. La via di tutti ha un senso. Diamo valore alla differenza!

Ho portato via la ricchezza che questi ragazzi hanno saputo trasmettermi ed è allora che ho avvertito il mio limite e la mia impotenza: limitata fra i cosiddetti "diversi". Non li ho spinti a compiere quello che io avrei desiderato o mi sarei aspettata da loro, mi sono limitata ad osservare i mille modi nei quali loro comunicavano: questo era un miracolo che spesso noi, nel rincorrere la normalità, non riusciamo ad apprezzare, la bellezza e la rara spontaneità che questi ragazzi sanno regalarci.



IL RUOLO DELL'EDUCATORE AL RESIDENZIALE DI TIRANO

a cura delle educatrici dott.sa Macoggi Manuela e dott.sa Moroni Sara

educatore professionale, nel corso dei suoi studi, arriva ad acquisire una precisa formazione culturale e sociale che lo aiuta a proiettarsi, con preparazione, criticità e coscienza, in diversi contesti lavorativi.

Questa professione si situa entro un complesso sistema di servizi, in cui è necessario dotarsi di strumenti che permettano di capire e soddisfare i bisogni espressi o latenti dell'utenza che si ha a proprio carico.

Essere educatore implica il diventare parte integrante e attiva dello sviluppo della persona di cui s'intende avvalorare l'unicità, personalizzare il vissuto riscoprendo l'individuo nel suo essere se stesso e nel suo collocarsi entro un contesto di vita particolare.

I diversi criteri metodologici propri del bagaglio culturale dell'educatore gli permettono di sperimentare e attuare progetti relativi alla persona, al Centro e alle diverse attività strutturate.

Lo strumento principale che gli consente di operare efficacemente sull'individuo è il P.E.I., (progetto educativo individualizzato) in cui è rappresentato l'utente in tutte le sue caratteristiche, sono espressi obiettivi e finalità su cui lavorare e sperimentare con lo scopo di migliorare la qualità della vita del soggetto.

Le principali variabili cui l'operatore fa riferimento per strutturare un efficace intervento sono:

la persona

- il contesto di vita interno (CRH) ed esterno (famiglia e persone significative per l'utente interessato)
- le diverse figure professionali che operano entro il ser-

Con la premessa che il P.E.I. è un elaborato dinamico e soggettivo, nasce la necessità di sottolineare la capacità dell'educatore di porsi su piani differenti nel riesaminare tutte le variabili che caratterizzano questo particolare stru-

L'educatore deve essere capace di gestire la quotidianità in tutti i suoi aspetti adattando, con dinamicità e prontezza, la sua professionalità alle diverse situazioni. Un esempio, in tal senso, può essere individuato dall'attuazione di strategie ad hoc con cui affrontare le differenti problematicità delle ammissioni e dimissioni degli utenti. L'operatore segue e gestisce l'ingresso o il momento del distacco cercando di controllare le loro ansie e le preoccupazioni dei familiari. Fondamentale è la cooperazione con le diverse équipe di riferimento per rendere questo passaggio il meno traumatico possibile.

Le relazioni che l'educatore instaura non si limitano al solo sistema interno del centro, ma si aprono anche a coloro che fanno parte del vissuto della struttura come i familiari, i diversi professionisti che interagiscono con lui e soprattutto il territorio, considerato una risorsa importantissima e indispensabile per giungere ad proficuo sviluppo. L'educatore deve a tal proposito essere capace di spogliarsi di sé, rimettendosi continuamente in discussione soprattutto alla luce dei feed-back che riceve. Egli, infatti, diviene soggetto insostituibile della dinamica relazionale tra i diversi sistemi di convivenza che costituiscono una

fitta e ricca rete di rapporti interdisciplinari. Per noi educatori, la stretta collaborazione, la relazione e il personale contributo che le diverse figure professionali proiettano su di noi e sugli utenti rappresentano delle risorse importantissime e degli elementi essenziali per la realizzazione e l'attuazione dei diversi progetti.

Questa realtà così significativa e indispensabile fortunatamente rappresenta la principale caratteristica e il punto di forza del nostro centro.







Momenti di vita e vacanza al nuovo CRH



ASSISTENTI DI TIROCINIO

di I.I.D. L.Baraglia*, I.P. A. F. D. M. Nonini**

Introduzione

Si discute spesso sul fatto che la principale differenza tra una occupazione professionale e una non professionale sta nella maggiore qualificazione della prima. Si suppone che l'esercizio di una professione richieda una serie di operazioni complicate e non comuni e che per padroneggiarle sia necessario un lungo tirocinio. Tuttavia limitarsi a mettere a fuoco gli elementi dell'abilità in sé e per sé nella descrizione delle professioni significa perdere di vista il nocciolo della questione.

La distinzione fondamentale è

che l'assistenza infermieristica, come tutte le attività professionali, ha origine e si sostiene su una base di conoscenze organizzate in un sistema internamente coerente, chiamato corpo di teoria.Un corpo di teoria che costituisce la base di una professione è un sistema di proposizioni astratte che descrivono in termini generali le classi di fenomeni contenenti il punto focale d'interesse della professione.La teoria serve come una base nei cui termini il professionista razionalizza le sue operazioni in concrete situazioni. L'abilità professionale è dunque intellettuale oltre che pratica. Dal momento che l'acquisizione della teoria è di tale importanza per la qualifica professionale, la preparazione ad una professione deve essere nello stesso tempo un'esperienza di tipo intellettuale e pratico.

Il comune apprendistato, attraverso cui si accede a un gran numero di occupazioni, non determina l'acquisizione della qualità professionale: per arrivare a quest'ultima occorrono studi teorici fondati su un metodo scientifico, che assicura la razionalità e il fondamento conoscitivo dell'esercizio professionale. Ecco quindi apparire la scuola professionale, spesso affiliata all'università, la cui struttura è in contrasto con quella della scuola artigianale. E' più difficile acquisire la conoscenza teorica che impadronirsi delle procedure operazionali; in effetti è più facile ad esempio imparare a riparare un'automobile che conoscere i principi della combustione interna di un mo-

Per formulare delle teorie atte a produrre una solida base per le tecniche professionali, si richie-

La seguente relazione è la copia in versione integrale di quella presentata in occasione del 1° Corso di aggiornamento dal titolo: "La formazione degli assistenti di tirocinio: un approccio metodologico", tenutosi presso la Sezione del Corso di Laurea per Infermiere di Sondrio in data 31 maggio 2002 (n.d.r.)



de dunque l'applicazione del metodo scientifico ai problemi relativi alla professione. La pratica costante del metodo scientifico rafforza, in cambio, gli elementi della razionalità. Orientativamente la razionalità è l'antitesi del tradizionalismo. In una professione lo spirito razionale incoraggia l'attitudine critica, in opposizione a quella reverenziale, verso il sistema teorico. Questo implica una continua prontezza nello scartare ogni residuo di tale sistema, non importa quanto rispettabile per anzianità, con una formulazione dimostrata più valida. Lo spirito razionale genera gruppi di autocritica e controversie teoriche. L'effetto degli sviluppi in senso professionale è di prolungare la preparazione giudicata necessaria per entrare nella professione e spiega il significato del tirocinio professiona-

Il tirocinio rappresenta una forma di apprendimento professionale che riconosce e sostiene l'importanza del rapporto cliente-studente e il contesto in cui esso ha luogo. Sebbene ci siano diversi modi per esprimere che cos'è il tirocinio o insegnamento clinico, le definizioni contengono sempre generalmente dei riferimenti al trasferimento alla pratica delle conoscenze teoriche di base.

Una definizione di tirocinio che ha raccolto il nostro consenso è la seguente:" Il mezzo che dà

agli studenti l'opportunità di trasferire le conoscenze teoriche di base nell'apprendimento di una varietà di abilità intellettive e psicomotorie necessarie per offrire un'assistenza infermieristica di qualità centrata sulla persona." (Schweer 1972) Una definizione più completa di insegnamento clinico è:" Preparare gli studenti ad integrare le informazioni scientifiche di base precedentemente assimilate con capacità orientate all'attività e con competenze associate all'assistenza delle persone, e ad acquistare quelle capacità professionali e personali, quegli atteggiamenti e quei comportamenti ritenuti indispensabili per entrare nel sistema sanitario e per essere coinvolti nella formazione permanente. Il tirocinio, incentrandosi sul rapporto tra teoria e pratica, può

> e personale. Non ci sono dubbi che la presenza della persona renda il tirocinio un'efficace occasione di apprendimento. Allo stesso tempo tuttavia ciò rende il lavoro di progettazione arduo; è infatti possibile che una sessione programmata per raggiungere determinati obiettivi debba essere abbandonata a causa di un improvviso mutamento nelle condizioni della persona o nell'ambito clinico; ancora non è sempre possibile conoscere anticipatamente la storia di ogni paziente, né essere sicuri di ciò

> aiutare lo studente non solo ad

applicare la teoria, ma anche a

ricercare i modi in cui la teoria

In contrasto con l'ambiente

controllato di un'aula universi-

taria, l'ambiente dell'insegnan-

te e dello studente clinici è im-

prevedibile, mutevole, riservato

emerge dalla pratica clinica.

Sebbene gli studenti non siano, in genere anche dei dipendenti dell'istituzione in cui si trovano, essi sono comunque coinvolti in una realtà lavorativa con delle caratteristiche ben precise. Spesso i compiti, i programmi di lavoro e le attività di routine prendono il sopravvento sugli obiettivi di apprendimento. L'Assistente di tirocinio deve

affrontare un dilemma: gli stu-

che succederà durante la tera-

litazione e di sostegno. Le abilità che rientrano nel ruo-

denti hanno bisogno di essere preparati per il "mondo reale" del lavoro e nel contempo devono essere in grado di distinguere tra schemi di lavoro più o meno efficaci. Gli scopi della pratica clinica infermieristica sono l'assistenza alla persona e l'efficienza gestionale; nell'insegnamento e nell'apprendimento clinico lo scopo è educativo. Se a livello teorico la differenza sembra essere chiara, in realtà c'è un confine molto sottile tra il compito infermieristico che deve essere svolto e l'apprendimento raggiunto dagli studenti durante questo stesso compito. Analizzati dall'ambiente sicuro e lontano dell'aula, i problemi clinici hanno quasi sempre delle risposte più o meno standardizzabili. Nella realtà dell'ambiente clinico ogni problema richiede immediatamente risposte personali: vengono coinvolti dei valori morali, oltre ad aspetti pratici, emotivi e cognitivi.

Non è più sufficiente programmare semplicemente di trascorrere un certo periodo di tempo in un'area clinica, bensì si richiede il raggiungimento di espliciti obiettivi didattici, come specificato nel curriculum. Perché un ambiente clinico sia educativo, è necessario che gli insegnanti sappiano come incanalare la prontezza di apprendimento degli studenti in risultati raggiungibili e realistici.

Nell'ambiente clinico sono richieste, oltre alle capacità intellettive, anche capacità attitudinali e pratiche. E' dato per scontato che gli studenti imparino la pratica clinica con il "fare", ma questo presupposto è stato probabilmente la causa dell'opinione diffusa che l'apprendimento clinico sia automatico o frutto di un'abitudine. Imparare dall'esperienza non significa semplicemente imparare facen-

Il ruolo dell'assistente di tirocinio dovrebbe essere chiaramente definito al fine di utilizzare il tirocinio al meglio; questo ruolo deve essere di guida, di faci-

lo di assistente di tirocinio sono:

1. Presentazione: proporre, fare da modello, spiegare.

2. Interrogazione: innalzare il livello, soffermarsi, indagare, fare domande divergenti.

3. Problem solving: delineare il problema, identificare i fattori e raccogliere le informazioni, ricercare le soluzioni, mettere in pratica e valutare le soluzioni.

4. Colloquio: programmare il colloquio, guidare la discussione, chiudere il colloquio. Nessuno mette in dubbio l'importanza dell'ambiente clinico per l'apprendimento degli studenti. Una minore intesa emerge invece quando si esamina ciò che gli assistenti di tirocinio devono fare quando gli studenti si trovano in un ambiente di pratica. Gli stessi assistenti di tirocinio sono spesso incerti riguardo a ciò che ci si aspetta da loro. Tra le attività quotidiane che tali figure sono chiamate a svolgere è possibile riconoscere le seguenti:

1. assicurarsi che lo studente sia pronto a procedere;

2. fare attenzione agli studenti che potrebbero essere in difficoltà

3. porre attenzione agli eventi più importanti che si verificano in reparto, che costituiscono una valida opportunità di apprendimento, e spingere gli studenti ad essere presenti e partecipi;

4. essere pronti a guidare gli studenti quando sono insicu-

5. conferire e negoziare con lo staff clinico e facilitare le relazioni interpersonali;

6. valutare le attività degli studenti ed il tempo impiegato per portarle a termine.

In riferimento a quanto sopra è possibile individuare due tipologie di attività:

• attività di gestione, che garantiscono l'esecuzione regolare del programma clinico per tutto il giorno, attività che, assommate costituiscono una "routine di mantenimento"

non scritta; attività di previsione delle situazioni contingenti, anticipando le difficoltà e gli ostacoli e tenendo conto delle conseguenze dei mutamenti ambientali che potrebbero influire sulla pratica degli stu-

Una sintesi delle attività dell'assistente di tirocinio è la seguente: sostenere, osservare, guidare, facilitare, assistere, indagare, ricercare, valutare, gestire le risorse, istruire. Sostenere

E' importante rassicurare lo studente sulla costante presenza di una persona cui fare riferimento; il sostegno rende possibili accordi che liberano lo studente dall'ansia di essere lasciato senza le direttive, senza le informazioni e senza il sostegno necessari in una situazione di tensione o di qualche difficoltà, e tuttavia offre l'opportunità di decisioni e di creatività individuali. Il sostegno ha inoltre lo scopo di evitare che gli studenti evitino di chiedere aiuto ritenendo questo un segno di incompetenza per chi impara. Il sostegno può essere di tipo:

· emotivo: si mostra partecipazione e si dà ascolto

valutativo: si offre una conferma ed un feedback

• informativo: per mezzo di consigli, ragguagli e assistenza durante le fasi di risoluzione di un problema clinico

strumentale: offerto attraverso la disponibilità di risorse, come la possibilità di mettersi in contatto con altre persone.

Osservare

E' importante sottolineare il fatto che l'obiettivo dell'osservazione dovrebbe essere quello di descrivere la performance dello studente piuttosto che valutarla, così facendo il giudizio sulla prestazione è sospeso fino a quando lo studente avrà, in seguito, la possibilità di interpretare la descrizione dell'assistente di tirocinio secondo il suo punto di vista.

Guidare

Nell'ambiente clinico ci possono essere occasioni in cui è necessario guidare gli studenti, piuttosto che insegnare nuovamente ciò che hanno già appreso. Tutte le azioni che assolvono il compito di dirigere, influenzare, consigliare e suggerire indicano che si sta guidan-

Facilitare

Il facilitatore approfondisce i concetti con cui lo studente è alle prese; quando l'attenzione dello studente è puntata sull'azione, il facilitatore procede a guidare lo studente perché raggiunga conoscenze e prestazioni ulteriormente sviluppate.

Gestire le risorse

L'assistente di tirocinio dovrebbe essere in grado di scorgere negli eventi ambientali le opportunità di apprendimento e di impiegarle per assicurarsi che gli studenti imparino a trarre un significato dalle loro osservazioni. La pratica dell'osservazione "basata sulle opportunità" offre la possibilità di ampliare le abilità percettive ed interpretative degli studenti ed accrescere le loro capacità di collegare ciò che viene osservato con le nozioni teoriche sottostanti

Le principali azioni educative dell'assistente di tirocinio sono sembrate relative a:

• creare un ambiente formativo, favorire l'accoglimento e l'inserimento dello studente;

• informare e coinvolgere tutti gli operatori del servizio nel progetto di tirocinio;

• selezionare le attività da far sperimentare allo studente in coerenza con gli obiettivi for-

partecipare con i tutor alla progettazione dei tirocini;

offrire allo studente occasioni per sperimentare una progressiva ma graduale responsabilizzazione;

stimolare lo studente ad esplicitare le conoscenze scientifiche e tecniche nel momento della loro applicazione;

motivare ed esplicitare i processi decisionali che sottendono l'azione di un infermiere esperto durante gli interventi assistenziali;



Ospedale medioevale, Parke-Davis Division of Warner-Lambert

Co., Morris Plains, Jersey.



Suore all'opera in una corsia dell'Hotel Dieu di Parigi, c. 1650.

- attivare la riflessione durante l'azione attraverso la decodificazione dell'esperienza e la comprensione della situazione;
- addestrare lo studente all'esecuzione di specifiche manovre;
- far riflettere sull'errore, offrire allo studente la possibilità di un confronto;
- stimolare lo studente all'autovalutazione, fornire costantemente un feedback;
- contribuire con il tutor alla valutazione formativa;
- svolgere attività specifiche di orientamento professionale.

Gli studenti sono spesso sopraffatti dai loro sentimenti quando sono posti di fronte all'impatto emotivo dell'assistenza infermieristica ai malati "veri". Essi contano sul rapporto instaurato con i loro insegnanti e si rivolgono a loro per prevenire le difficoltà, per essere incoraggiati e per trovare un supporto personale.

La scelta delle esperienze didattiche che devono affiancare ed esemplificare le basi teoriche studiate in classe ha mutato la natura dell'apprendimento negli ambiti clinici. I compiti clinici devono essere programmati e definiti come mezzi per arrivare ad apprendere, piuttosto che come una serie di incarichi da portare a termine.

Una definizione di apprendimento è:"cambiamenti nel comportamento derivanti da precedenti comportamenti in situazioni analoghe". Nei suoi termini più ampi, dunque, l'apprendimento descrive gli aspetti dell'esperienza, sia diretta che simbolica, sul comportamento successivo. Per il formatore, nel significato di apprendimento sembrerebbero essere implicite questi aspetti:

- conoscere intellettualmente o concettualmente qualcosa che prima non si conosceva;
- essere capace di fare qualcosa (comportamento o abilità) che prima non si era in grado di fare
- combinare due elementi appresi in una nuova comprensioni di una abilità o pezzo di conoscenza o concetto o comportamento;
- essere capaci di usare o applicare una nuova combinazione di abilità, conoscenze, concetti o comportamenti,
- essere capaci di capire e/o applicare ciò che si conosce, si tratti di conoscenze, abilità o comportamenti.

Parlando di apprendimento riteniamo utile ricordare le condizioni e le aree di apprendimento.

Le condizioni che influenzano l'efficacia del processo di ap-

prendimento sono:

- maturità preparatoria del singolo studente: stato di sviluppo o di prontezza per intraprendere un nuovo sforzo di acquisizione autoperfettiva;
- attributi di diversità: distinguono le caratteristiche individuali, biologiche e/o di personalità dei singoli discenti; il messaggio didattico, se mantenuto uniforme, viene dunque ricevuto con diverse modalità da "recettori" differenti.
- 3. gradualità del processo stesso: prescindendo dalle modalità individuali, l'iter di apprendimento può essere visto come un procedere graduale della conoscenza dell'oggetto in esame; un passaggio da una percezione globale del fenomeno ad una sua specifica analisi, per giungere poi ad una sintesi.
- Le aree di apprendimento, ossia i sottosistemi di personalità modificati dalla situazione educativa sono:
- a) le conoscenze, concernono principalmente i fatti, le teorie, gli strumenti e le tecniche applicabili ad una situazione definita per comprendere e risolvere un certo problema;
- b) le abilità: si identificano con le capacità di affrontare un problema, di elaborare alternative di soluzione, di scegliere e di realizzare la linea di azione prescelta, il tutto facendo ricorso a strumenti conoscitivi molteplici ed all'esperienza maturata nel risolvere situazioni analoghe;
- c) gli atteggiamenti, che, sulla base di ipotesi di valore o di fatto, determinano il modo di reagire positivo o negativo nei confronti di oggetti, persone, concetti, situazioni.

Tra i vari modelli disponibili

che tentano di interpretare il

complesso processo di apprendimento, si vuole ricordare quello "esperienziale" elaborato da Kolb, che illustra l'apprendimento come un processo circolare e lo descrive come trasferimento dell'esperienza in concetti, che, a loro volta, vengono impiegati come guida nella scelta di nuove esperienze. Come affermato da Dewey tuttavia non è sufficiente includere l'esperienza nell'apprendimento: tutto dipende dalla qualità dell'esperienza . E' dunque importante programmare le esperienze e garantire la conti-

duati quattro stadi:

1. l'esperienza concreta di una data realtà che avvia il processo ed è anche il momento conclusivo dell'apprendimento:

nuità. Nel ciclo di apprendi-

mento di Kolb vengono indivi-

- 2. osservazioni e riflessioni, relative all'esperienza, che vengono effettuate analizzando la stessa da differenti prospettive a seconda del proprio "campo" percettivo (schemi di riferimento operativi e concettuali);
- formulazione di concetti astratti atti ad integrare le osservazioni e le riflessioni precedenti in teorie preesistenti e a dar loro un significato di generale validità;
- 4. verifica empirica delle teorie formulate attraverso la sperimentazione della estensibilità di tali teorie in nuove situazioni di decisione.

La teoria di Kolb ha fatto da base per lo studio del modo in cui l'esperienza può essere trasformata in conoscenza.

Il modello di Boud dell'esperience-based learning, espone il processo di riflessione che può essere utilizzato per aiutare gli studenti a trarre un significato dalle loro esperienze cliniche. La riflessione sull'esperienza permette di afferrarne il significato e di indagarne le potenzialità per la pratica futura. Si dice che l'assistenza infer-

mieristica è SCIENZA E AR-TE. Schon utilizza il termine di "arte professionale" e ne descrive gli strumenti nei seguenti termini: "Noi diventiamo abili nell'uso di uno strumento quando impariamo ad apprezzare, direttamente e senza un ragionamento immediato, le qualità di un oggetto che vogliamo conoscere attraverso le tacite sensazioni date dall'oggetto stesso, mentre lo teniamo in mano." Sebbene sia per lo più impossibile descrivere il riconoscimento spontaneo che si fa. o come lo si fa, la possibilità di imparare nuove capacità è in parte attribuibile a queste tacite sensazioni. Schon dà degli esempi, come imparare ad andare in bicicletta senza essere in grado di descrivere come ci riusciamo. Egli chiama questo fenomeno knowing-in-action (conoscere durante la pratica). In relazione a ciò, utilizzando l'espressione di Benner, si intende per "conoscenza clinica esperta" quella insita nella pratica infermieristica. Come l'intenditore è in grado di fare sottili distinzioni senza però saper descrivere come si possa giungere ad un giudizio critico, così gli infermieri clinici esperti diventano degli "intenditori" dei minimi cambiamenti che avvengono nello stato dei pazienti. Come è possibile incoraggiare tutto questo nell'apprendimento clinico? Schon, descrivendo il metodo di insegnamento di una nuova abilità, fa l'esempio dell'imparare a giocare a tennis: si deve insegnare ad avere la sensazione di "colpire bene la palla", distinguendo questa sensazione da quella opposta.

La formazione di nuovi professionisti infermieri coinvolge ovviamente persone adulte.

L'andragogia, teoria nuova che si interessa appunto della formazione agli adulti e il cui termine deriva dalla combinazione dei termini greci che significano "uomo" e "guida", si basa su almeno quattro ipotesi principali, che differiscono da quelle della pedagogia:

- 1. cambiamenti nel concetto di sé: man mano che una persona cresce e matura, il suo concetto di sé passa da un senso di totale dipendenza ad un senso di crescente indipendenza ed autonomia: la persona matura un profondo bisogno psicologico di essere percepito come autonomo dagli altri e quindi di autogovernarsi.
- 2. il ruolo dell'esperienza: man mano che un individuo matura, accumula una riserva crescente di esperienza, che diventa una risorsa sempre più ricca per l'apprendimento, e costituisce allo stesso tempo una base sempre più ampia a cui rapportare i nuovi apprendimenti. Le differenze individuali importanti nei bambini diventano ancora maggiori negli adulti per effetto dell'esperienza.
- 3. disponibilità ad apprendere:

l'andragogia postula che i discenti siano disposti ad imparare ciò che "hanno bisogno" di imparare in funzione delle fasi in cui si trovano nel loro ruolo di lavoratori.

orientamento dell'apprendimento: l'adulto tende ad orientarsi verso un apprendimento centrato sui problemi.
 La sua prospettiva temporale è quella della immediata applicazione.

La valutazione della prestazione clinica degli studenti genera negli assistenti di tirocinio il bisogno di essere consapevoli dei criteri di valutazione di una pratica che sia efficace

tica che sia efficace. L'assistente di tirocinio ha un ruolo fondamentale nel valutare la performance degli studenti soprattutto in relazione al raggiungimento degli obiettivi formativi prefissati. Ma altrettanto importante è la valutazione intesa come feedback, vera e propria strategia, che ponga enfasi su un certo tipo di guida che porta ad un miglioramento. Altro ruolo è quello di osservatore, elemento fondamentale per la valutazione dell'impatto che l'ambiente ha sull'apprendimento e parte integrante dell'abilità nel dare determinati feedback agli studenti e nell'aiutarli ad interpretare ciò che vedono.

Sebbene la pratica dell'assistenza infermieristica sia complessa, essa corre comunque il rischio di rimanere una pratica basata su un repertorio di riti ed abitudini fino a quando il suo indirizzo teorico non sarà più chiaro. Il problema è ancora vivo e alimenta interessanti dibattiti: molti infermieri sostengono debba ancora essere inventata una teoria infermieristica che prenda le mosse dalla pratica; ancora che ogni teoria rappresenta il mondo infermieristico come dovrebbe o come potrebbe essere, cosa assai diversa dal mondo in cui gli infermieri devono esercitare la loro professione. Per quegli infermieri ai quali "nel pieno della loro attività, l'espressione teoria infermieristica sembra uguale a tante altre parole" Storch ricorda il valore di guida della teoria per aumentare il livello della conoscenza e della comprensione, ai fini di migliorare l'assistenza del paziente. La presenza formalizzata di legami tra il programma teorico e l'apprendimento clinico, è importante per determinare il successo dello studente nel coordinare ed applicare il contenuto concettuale alla pratica clinica.

Abbiamo già accennato all'importanza di utilizzare un quadro teorico come guida per la pratica infermieristica.

All'interno del Corso di Laurea per Infermiere di Sondrio è stato scelto come modello concettuale di riferimento l'elaborazione teorica di Virginia Henderson.

Il punto di partenza dal quale l'autrice americana ha sviluppato la sua teoria è costituito dalla domanda a cui la Henderson ha cercato di dare una risposta: "Esiste per l'infermiera una **funzione specifica** e in caso positivo qual'è?".

La risposta dell'autrice è affermativa: ella ritiene che esiste una funzione specifica dell'infermiera, intendendo con ciò una funzione essenziale propria dell'infermiera, quella cioè che essa può esercitare di sua propria iniziativa e in cui è **preminente**, più competente di altri. La definizione di funzione specifica secondo Henderson è la seguente:

"Funzione specifica dell'infermiera è quella di assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione (o a prepararlo ad una morte serena); atti che compirebbe da solo se disponesse della forza, della volontà, o delle cognizioni necessarie e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza."

Cercheremo ora di illustrare brevemente il modello teorico di cui sopra, sulla cui base è stata elaborata, all'interno della Sezione di Corso di Sondrio, la scheda di valutazione del tirocinio degli studenti.

Il modello teorico della Hendorson, successivamente adottato e ulteriormente specificato da si basa su alcuni postulati e valori di seguito riportati.

- I postulati, che costituiscono il supporto teorico e scientifico del modello, quei principi cioè su cui si basa il modello concettuale stesso, sono:
- 1. Ogni uomo tende all'indi-



Infermiere a lezione, c. 1900.



W.L. Taylor, Infermiera che somministra la medicina a una giovane paziente.

- pendenza e la desidera;
- L'uomo costituisce un insieme, caratterizzato da bisogni fondamentali;
- Quando un bisogno rimane insoddisfatto, ne consegue che l'individualità non è completa, intera, indipendente.
- I valori, che costituiscono il "perché" del modello, lo giustificano, non sono dimostrabili, ma devono essere accettati dagli infermieri che vogliono utilizzare l'elaborazione teorica sono:
- 1. L'infermiere ha delle funzioni che gli sono proprie (anche se ne condivide alcune con altri operatori);
- L'infermiere può essere tentato di assumere il ruolo del medico, di conseguenza delega le proprie ad un personale meno qualificato;
- I beneficiari desiderano ricevere un servizio che derivi dalla competenza dell'infermiere.

Nella disciplina infermieristica si riconoscono quattro concetti fondamentali che sono quelli di: uomo, ambiente, salute/malattia, assistenza infermieristica. La Henderson li definisce come segue.

UOMO

Individuo che tende all'indipendenza e una volta ottenutala fa di tutto per mantenerla. Egli desidera l'indipendenza e ha in sé tutte le risorse per conquistarla se avrà forza, volontà e conoscenze necessarie.

L'essere umano non è mai del tutto indipendente. Egli si trova fra l'indipendenza e la dipendenza, ma spesso è in situazione di interdipendenza, una sorta di "sana indipendenza".

L'individuo è un essere a diverse dimensioni: biologica, fisiologica, psicologica, sociale e culturale. Tutti questi elementi sono inscindibili, essi formano un insieme: non è possibile agire su una dimensione senza influenzare le altre.

Henderson sostiene che l'assistenza infermieristica ha le sue radici nei bisogni fondamentali degli esseri umani.

E' importante capire che tali bisogni comuni a tutti vengono soddisfatti con modelli di vita infinitamente vari, dei quali nessuno è simile all'altro.

I bisogni fondamentali identificati dall'autrice sono quattordici:

- 1. Respirare
- 2. Bere e mangiare
- 3. Eliminare
- 4. Muoversi e mantenere posizioni adeguate
- 5. Dormire e riposarsi
- 6. Vestirsi e spogliarsi
- 7. Mantenere la temperatura del corpo entro limiti normali
- 8. Essere puliti e proteggere i tessuti cutanei
- 9. Evitare i pericoli
- 10. Comunicare con gli altri
- Praticare la propria religione o agire secondo le proprie credenze
- 12. Occuparsi in modo da sentirsi utili
- 13. Divertirsi
- 14. Apprendere

AMBIENTE

V. Henderson non fornisce una propria definizione di ambiente. Tuttavia esplicita, attraverso un atto assistenziale infermieristico come aiutare il malato ad evitare i pericoli dell'ambiente e proteggere gli altri da eventuali pericoli provenienti dal malato stesso, quali infezioni o atti di violenza.

L'ambiente è sempre visto in funzione dell'uomo: la persona sana è libera di modificare il suo ambiente o di cambiarlo quando lo ritiene pericoloso, mentre al malato questa libertà può mancare. Pertanto l'ambiente viene analizzato per evitare i pericoli che può comportare al malato.

La conoscenza che l'infermiera ha dell'ambiente in cui vive la persona è fondamentale al fine di saper evitare:

- pericoli reali
- pericoli controllabili, quali ad es. le cadute
- pericoli ipotetici, legati a credenze religiose cui l'infermiera saprà dare spiegazioni rassicuranti
- pericoli fisici, come il fuoco e le sostanze tossiche.

Ancora l'ambiente può essere causa di sofferenze che accompagnano la malattia per la separazione dalla famiglia e per il timore di dover trattare con estranei.

Henderson sostiene che un'amministrazione competente riduce sensibilmente i pericoli dell'ambiente e dato che la prevenzione degli infortuni dovrebbe far parte della formazione infermieristica, l'infermiera per conoscenza e competenza sarà in grado di promuovere la costruzione di fabbricati, l'acquisto di attrezzature e di suggerire il tipo di manutenzione atto a ridurre al minimo le probabilità di danno fisico.

Henderson sottolinea, inoltre, come un personale adeguatamente formato possa prevenire le infezioni conoscendo i procedimenti per la sterilizzazione e disinfezione, rendendo così innocuo l'uso comune di mobilio, attrezzature sanitarie ed oggetti di ogni genere.

SALUTE E MALATTIA

La definizione di salute è basata sulla capacità dell'individuo di essere indipendente, cioè di essere in grado di fare delle scelte in modo da soddisfare i propri bisogni fondamentali senza bisogno di aiuto.

Henderson spiega come sia ancora difficile definire fino a che punto lo stato di salute risulti attribuibile ad eredità o ad acquisizione e come vari fattori tipo l'età, la cultura, le capacità fisiche ed intellettive, l'equilibrio emotivo influenzino la salute. Poiché la buona salute è un obiettivo difficile da raggiungere e una sfida per gli individui, l'autrice deduce che è ancora più difficile per l'infermiera aiutare la persona a raggiungere tale scopo.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Consiste principalmente nell'aiuto che si dà al paziente supplendo alle cognizioni, alla volontà alla forza che gli fanno difetto, in modo da consentirgli di svolgere le sue attività quotidiane.

L'assistenza infermieristica delega all'infermiera la responsabilità di farsi carico del malato ed assisterlo nel suo normale regime di vita, aiutandolo a compiere quegli atti necessari alla sopravvivenza e quelle attività che rendono la vita superiore ad un semplice processo vegetativo; atti ed attività che in condizioni di benessere fisico e mentale eseguirebbe da solo. La funzione dell'infermiera è completata da un elenco di quattordici elementi di base dell'assistenza infermieristica, il cui scopo è quello di ristabilire e mantenere l'indipendenza.

- 1. aiutare l'ammalato a respi-
- rare
 2. aiutare l'ammalato a mangiare e bere
- 3. aiutare l'ammalato nelle sue funzioni eliminatorie
- aiutare l'ammalato a mantenere una retta posizione, sia camminando, sia seduto o sdraiato e a cambiare posizione
- 5. aiutare l'ammalato a riposare e dormire
- 6. aiutare l'ammalato a scegliere i suoi indumenti, a vestirsi e a spogliarsi
- 7. aiutare l'ammalato a mantenere la temperatura del corpo a livello normale
- 8. aiutare l'ammalato a tenersi pulito, ordinato e a proteggere la pelle
- aiutare l'ammalato a proteggersi dai pericoli dell'ambiente, ad evitare di essere di pericolo per gli altri: infezione o violenza
- aiutare l'ammalato a comunicare con gli altri, ad esprimere le proprie necessità, a manifestare i suoi sentimenti
- 11. aiutare l'ammalato nella pratica della propria religione o ad agire secondo la sua concezione del bene e del male
- 12. aiutare l'ammalato a lavo-

- rare o ad occuparsi in modo utile
- 13. aiutare l'ammalato a dedicarsi ad attività ricreative
- 14. aiutare l'ammalato ad apprendere

L'infermiera è inserita in una èquipe sanitaria, con cui collabora. La figura centrale è sempre il malato o l'individuo.

Se il malato non comprende il programma di cura stabilito per lui, non lo accetta o non collabora alla sua attuazione, il lavoro dell'èquipe va in gran parte perduto.

Quanto prima l'individuo potrà provvedere a se stesso, ricevere informazioni e consigli, o eseguire personalmente le cure prescritte, tanto prima riuscirà a riconquistare la propria indipendenza.

- * Docente di Inf. Generale e Tutor Corso di Laurea per Infermieri Univ. Milano - Bicocca
- ** Tutor Corso di Laurea per Infermieri Univ. Milano

BIBLIOGRAFIA

Ruth White, Christine Ewan: "Il tirocinio, l'insegnamento clinico del nursing", Edizioni Sorbona Milano, 1991;

Associazione Italiana Formatori: "Professione formazione", Franco Angeli, 1995;

- J.E. Schweer, K.M. Gebbie: "L'insegnamento creativo del nursing clinico", USES Edizioni Scientifiche Firenze, 1983;
- L. Saiani: "Tutorato, tirocini e rapporto teoria-pratica: i nodi aperti", Rivista dell'infermiere, 1998, 17, 3.

L'assistenza oltre il dolore

a cura di Daniela Ussia*

Questo il titolo del terzo Convegno svoltosi in Val Poschiavo presso il cinema Rio in data 24.05.02.

La giornata è stata organizzata dall'ospedale S. Sisto ed é stata patrocinata dal collegio IPASVI di Sondrio. Alla sua realizzazione hanno inoltre collaborato gli enti locali quali: la spitex Val Poschiavo, la casa anziani

e l'incontro(laboratorio e centro diurno vallerano) che ha contribuito alla realizzazione della locandina e all'abbellimento dell'entrata del cinema Rio.

L'iniziativa è partita da un gruppo di lavoro che presta servizio presso l'ospedale.

Il tema del convegno era "l'assistenza oltre il dolore". L'argomento è stato suggerito

dal sondaggio che ogni volta proponiamo ai partecipanti Presa visione del risultato noi

stessi ci siamo sentiti impreparati, abbiamo così accolto la richiesta come una sfida e anche come un'opportunità per informarci al riguardo e creare una filosofia di lavoro all'interno del nostro ospedale.

Abbiamo chiesto aiuto al servizio di cure palliative di Lugano che gentilmente si é messo a disposizione ,di ciò siamo molto grati anche perché la giornata è stata realizza grazie alla loro disponibilità,

sponibilita, Li abbiamo invitati ad organizzare un corso intensivo di tre giornate in valle, i partecipanti avevano gli obiettivi di: -apprendere -trasmettere nell'ente ospedaliero e di moderare nei workshop Per approfondire le conoscenze

Per approfondire le conoscenze abbiamo partecipato al congresso di cure palliative svoltosi recentemente in Ticino

L'intenzione del gruppo organizzativo che ha creduto e portato avanti con entusiasmo la sfida era di rendere consapevoli i colleghi che operano in un team del loro potere, inteso come potere d'azione nelle proprie competenze professionali, quest'aspetto è stato approfondito dividendo in gruppi i partecipanti che durante il pranzo hanno potuto discutere e lavorare.

E' stata per noi una nuova esperienza, lo scopo era di rendere gli spettatori partecipi e dare l'opportunità di riflettere, scambiare esperienze quotidiane, vissute ognuno nel proprio ruolo professionale; poi ritrovarci nel pomeriggio con le domande per il dibattito finale.

In ogni sede erano organizzati due cartelloni: il primo riassumeva i concetti dell'ultima relazione mentre il secondo esponeva i punti che volevamo considerare nel Terminal Care vi era inoltre dello spazio da poter compilare con frasi . I cartelloni sono poi stati esposti nella sede principale.

Tutte le domande che ogni gruppo portava sono state proiettate su uno schermo principale. Le domande sono state molte ed

Le domande sono state molte ed hanno animato il dibattito finale nel quale diversi colleghi hanno dato dei suggerimenti d'aiuto concreto.

La giornata si è chiusa alle ore 16 come previsto con la distribuzione degli attestati.

I risultati del sondaggio sono stati positivi e c'incoraggiano a proseguire in questa direzione; molto apprezzati i workshop svolti

sul mezzogiorno I gruppi hanno lavorato sul *TER-MINAL CARE* approfondendone alcuni punti con la discussio-

ne.
Alcune frasi riportate sui cartelloni sono le seguenti:

1. rispondere al paziente

Dai lavori presentati si dà molta importanza al rispetto della volontà del malato e quindi all'informazione dello stesso; molti hanno messo in discussione se il dire sempre la verità sia un bene, se il rispettare sempre la volontà' sia giusto, soprattutto quando vi è un rifiuto delle cure palliative.

Un gruppo ha scritto che si deve dire la verità concordata con un linguaggio appropriato al malato.

Alle domande che un paziente pone va data una risposta vera, l'importante è essere flessibili adattarsi ai tempi ed alle esigenze della persona; a noi il compito di creare il giusto rapporto tra aspettative e realtà.

La persona va rassicurata con la nostra presenza e disponibilità.

2. parlare con i famigliari

Creare un rapporto di fiducia con una linea di cura comune nell'équipe.

Capire se i famigliari hanno dato una giusta dimensione alla morte, aiutiamoli comprendendo certi atteggiamenti quando cercano di fuggire dalla realtà. Prepararli al prossimo evento. La famiglia decide per il malato ed il più delle volte decide di non dire e il malato dall'altra parte della porta ha già capito e vuole che lo si dica alla famiglia.....e chi è nel mezzo deve raggiungere un compromesso fra le parti. Rimane cosi' poco tempo a volte per appianare certe situazioni

3. supporto ai famigliari

Far partecipe alle cure la famiglia, richiedere la loro presenza nei piccoli atti di assistenza . Sfruttiamo le risorse che abbiamo anche per far riposare i famigliari o semplicemente per farli parlare. Rispettiamo la privacy della famiglia e cerchiamo di togliere quei sensi di colpa.....

4. bisogni a livello fisico

Anamnesi infermieristica con un buon colloquio d'entrata magari alla presenza dei famigliari. Programmiamo un buon piano di cura discutendo nel team. Favoriamo un ambiente confortevole.

Controllo dei sintomi per lenire il dolore fisico e garantire la qualità di vita



Valutazione periodica della situazione nell'èquipe .

5. bisogni a livello psicologico

Entrare in punta di piedi nella casa o nella stanza nel pieno rispetto della sfera intima.

Ascoltare, ci vuole tempo per creare un rapporto di fiducia, rispettare, valutare la persona. Favorire con piccoli gesti d'assistenza quotidiana il contatto umano e i piccoli gesti di affettività.

6. bisogni a livello spirituale

Assecondare le esigenze nel ri-

spetto d'ogni credo

7. sofferenza

di difficoltà.

Contribuire ad alleviare la sofferenza utilizzando più risorse (musicoterapia, contatto fisico)

8. supporto all'equipe

L'equipe è il presupposto fondamentale per un processo di cura per permettere il raggiungimento d'obbiettivi comuni. Lavorare in modo interdisciplinare supportandosi nei momenti

* Infermiera Ospedale San Sisto Consigliera Collegio IPASVI

IL PROBLEMA DELLE PATOLOGIE MENTALI IN CARCERE

a cura del Prof. Claudio Mencacci* e Dott.ssa Marina Loi**

a psichiatria penitenziaria si occupa di pazienti con problemi psichici che per motivi giuridici sono ospitati nelle carceri o in altre istituzioni che hanno carattere coercitivo, per esempio gli OPG.

Sostanzialmente accade che si sovrappongano un disturbo psichico e un disturbo comportamentale in un individuo che ha violato la legge e sta scontando la pena.

Alcuni dei problemi insorgono sia nelle carceri dove si scontano pene definitive, sia all'interno delle case circondariali – dove la popolazione è più varia e più mobile perché viene trasferita con frequenza in cui sussiste un livello di ansia e aggressività molto più alto perché si affronta l'atmosfera dell'attesa del giudizio. In ogni caso, poiché alla base dello stare in comunità sta il concetto del rapporto con l'altro, molte delle patologie carcerarie possono essere prese in considerazione come aventi significato diverso da quello universalmente riconosciuto in un altro ambito esterno: sono spesso un modo di comunicare in contesto dove invece la libertà di rapporto e il contatto con l'altro e con l'esterno sono inibiti per legge.

Il detenuto si trova ad essere frustrato nelle sue aspettative e nel desiderio che le sue richieste vengano prese in considerazione.

Esistono sì piccoli moduli dove si scrivono le domande che di volta in volta vengono poste, ma i tempi di attesa sono lunghi, o la richiesta è inficiata e resa inutile dallo stesso personale carcerario.

Allora il veicolo verbale e quello grafico sono inutilizzabili e il detenuto non si sente ascoltato.

L'AUTOLESIONISMO

Il corpo diventa il veicolo della comunicazione più primitiva, un foglio attraverso il quale il paziente scrive in termini cruenti il proprio messaggio. Ricattatorio e disperato, il gesto autolesivo ottenuto con le ferite autoinferte è un richiamo, e assume anche il significato di un tentativo di sentirsi vivo: il dolore fisico serve come mezzo di contatto con la realtà.

Il corpo, in un luogo dove la mente viene misconosciuta, è l'unico mezzo preso immediatamente in considerazione in un ambito carcerario dove si privilegia il custodialismo rispetto alla relazione.

I DISTURBI PSICOTICI E LA SCHIZOFRENIA

In carcere spesso si rilevano disturbi che comprendono tutto le spettro depressivo e che talvolta compaiono con manifestazioni differenti a seconda della fase attraversata nell'iter carcerario.

Altre volte si rilevano intensi disturbi d'ansia, che sopravvengono come crisi d'ansia

- Il detenuto è frustrato nelle sue aspettative e nel desiderio che le sue richieste vengano ascoltate e prese in considerazione
- In ambito carcerario si rilevano le più comuni e gravi patologie psichiatriche
- In carcere, ancor più che in altri luoghi, il "matto" è un "diverso" da isolare perché può essere pericoloso.

generalizzata, più frequentemente all'inizio della carcerazione e soprattutto durante la prima. Assumono la connotazione dell'attacco di panico, accompagnato da claustrofobia, quando il disadattamento persiste dopo il periodo iniziale di detenzione.

Più frequenti di quanto non ci si aspetti sono i disturbi psicotici e la schizofrenia.

In un contesto di isolamento e costrizione della libertà quest'ultima emerge come sinto-

matologia eclatante e anomala che desta subito timori e reazioni di allontanamento e rifiuto. Il "matto", ancor più in carcere, è un "diverso" da isolare perché pericoloso e può suscitare reazioni di panico o di ribellione nei compagni.

verbali o dal passaggio all'azione fisica da parte di persone dello stesso sesso. I ruoli della coppia possono essere rigidamente fissati e determinare rapporti duraturi oppure instabili ed effimeri. Abitualmente un individuo della coppia è dominante, mentre l'altro è francamente più passivo.

L'ENTRATA E L'USCITA DAL CARCERE

Il trauma dell'ingresso causa spesso disturbi gastrointesti-



L'AUTOAGGRESSIVITA' E L'ETEROAGGRESSIVITA'

Autoaggressività e eteroaggressività sono i fenomeni più temuti in un carcere.

Sono elementi espressivi di patologia mentale di cui deve essere presa in considerazione non solo l'interazione con patologie pregresse o latentizzate e cristallizzate in ambito carcerario, ma anche il significato di fattori espressivi di valenza culturali e sociali specifiche (l'autolesionismo come sfida al potere, per esempio, o come dimostrazione di coraggio) che devono integrarsi con l'ambiente.

Alcune manifestazioni patologiche sono simili o comuni a quelle che si rilevano nelle comunità forzatamente chiuse, altre sono specifiche dell'ambito carcerario.

LE MANIFESTAZIONI DI SOFFERENZA LEGATE ALLA SESSUALITA'

Il 70-80% dei detenuti è dedito a pratiche omosessuali. Inizialmente avvengono vere e proprie reazioni di panico in chi si sente adescato, minacciato, ricattato da proposte nali, disturbi respiratori e cardiaci accompagnati da ansia, depressione, paura, isolamen-

Ben nota è la sindrome di Gull (un disgusto per i cibi con impossibilità ad alimentarsi) che accompagna il detenuto specie se è la sua prima carcerazione. Da qualche settimana a qualche mese prima del rientro in libertà, si verifica invece la cosiddetta "sindrome dell'uscita", caratterizzata da sintomi psichici e comportamentali (agitazione psicomotoria e clastia, angoscia e depressione, somatizzazioni, possibili attacchi suicidari.)

I MECCANISMI DI DIFESA CONTRO LA VITA DEL CARCERE

Durante la carcerazione spesso avvengono quei moti regressivi in cui il paziente assume anche posizione fetale, rifiuta il cibo o permane in uno stato di totale dipendenza da altri detenuti o dagli agenti di custodia.

Il tempo in carcere è spesso impiegato in lunghe affabulazioni o discussioni in cui i de-



tenuti continuano a descrivere i crimini commessi o si dilungano ad architettarne altri. Ecco che allora il crimine diventa una vera e propria scuola di crimine.

In un ambito ristretto alcuni pazienti trovano una nicchia accogliente nell'istituzione dove tendono a incistarsi perché si sentono sicuri e protetti. A volte non escono dall'angusta cella per lunghi periodi, rifiutano le attività all'esterno e mantengono un discreto tono dell'umore, distribuendo la loro attenzione a un universo ristretto come se si sentissero in un nido protettivo. E' questa la sindrome da radicamen-

Più rara è la sindrome da congelamento, in cui il paziente presenta quasi un blocco psicomotorio nel quale predilige la dimensione del non fare e sta ad osservare, estraniandosi, ciò che accade intorno a lui.

IL SUICIDIO

Uno degli elementi più pericolosi all'interno del carcere è il comportamento suicidario. In carcere il tasso di decesso per suicidio è senz'altro inferiore a quello dei pazienti appena dimessi da un reparto psichiatrico (l'1% rispetto al 7% della prima settimana post dimissioni), ma le pure cifre non rassicurano chi in carcere lavora e si trova di fronte all'impatto di un evento così traumatico e destruente che influenza anche i compagni del deceduto.

ALCUNI DATI

Per evitare il più possibile atti anticonservativi, in Italia sono state poste alcune misure precauzionali che intervengono effettuando uno screening dei pazienti a rischio già all'ingresso in carcere.

Un esperto - sia esso psicologo, criminologo o altro svolge un colloquio anamnestico con il detenuto cercando di individuare momenti o fasi critiche della vita, precedenti suicidari o probabili patologie psichiche. Lo colloca in particolari sedi protette all'interno del carcere o lo invia quanto prima allo specialista perché intervenga terapeuticamente. Ecco allora che il primo filtro riesce a evitare spesso agiti autolesivi fungendo come valido elemento preventivo contro di essi.

Anche per questo si rilevano in Italia tassi di suicidio di gran lunga inferiori ad altri paesi.

Basti pensare che in Francia il tasso di mortalità negli anni 1985-1995 è sempre stato maggiore e ha raggiunto, rispetto all'Italia, nel 1995, il 19,9 per 10.000 detenuti contro il 9,9.

- * Dipartimento di Psichiatria A.O. Fatebenefratelli Oftalmico Mi-
- ** Convenzione con C.C. San Vittore, Milano

PER CHI HA QUALCHE CHILO IN PIU'



Poiché spesso le diete troppo rigide falliscono ed è impensabile mangiare con la bilancia sempre sul tavolo, si elencano una serie di semplici consigli facilmente attuabili per ricondurre il peso corporeo entro valori accettabili:

- 1. Fai la spesa subito dopo aver mangiato, non quando hai fame;
- 2. Fai una lista dei cibi che devi comprare. Tieni la lista in mano e seguila rigidamente.
- 3. Prendi con te solo il denaro necessario per comprare i cibi della lista;4. Elenca i negozi in cui intendi acquistare i cibi e non
- entrare in altri negozi di generi alimentari; 5. Evita di avere troppa fame stabilendo il numero
- regolare di pasti e non mangiare fuori pasto; 6. Mangia solo quando hai fame;
- 7. Quando mangi a casa mangia sempre in una sola stanza;
- 8. Mangia sempre nello stesso posto della tavola;
- 9. Mangia solo quando sei seduto a tavola;
- Non mettere niente in bocca (tranne lo spazzolino da denti) quando sei in piedi;
- 11. Mentre mangi chiediti periodicamente "ho ancora fame?" Se la tua risposta onesta è "no", smetti di mangiare;
- 12. Non fare nient'altro mentre mangi;
- 13. Usa sempre coltello, forchetta o cucchiaio per pochi istanti quando hai la bocca piena;
- 14. Posa il coltello, forchetta o cucchiaio per pochi istanti quando hai la bocca piena;
- 15. Taglia il cibo in piccolissimi pezzetti;
- 16. Servi il cibo in un piatto piccolo e spargilo su tutto il piatto;
- 17. Non tenere i piatti con le pietanze in tavola, mentre mangi;
- 18. Mastica ogni boccone il più a lungo possibile;
- 19. Riduci il numero dei bocconi al minuto, così mangi più lentamente;
- 20. Dopo aver mangiato, metti subito via gli avanzi;
- 21. Alzati da tavola il più presto possibile dopo che hai finito di mangiare;
- Lascia che siano gli altri a prendere cioccolatini e i dolci dai vassoi (meglio ancora non tenerli in casa);
- 23. Adotta un atteggiamento mentale costruttivo. Invece di introdurre calorie mangiando, cerca di consumarle con l'attività fisica. Cerca di cambiare il tuo modo di vivere per raggiungere questo scopo e ti piacerà molto più vivere.





Sport e agonismo nei bambini: come e quando

a cura del Prof. Marco schiantarelli*

I bisogni motori del bambino

I bambini hanno un innato impulso a muoversi ed hanno una buona disponibilità ad apprendere nel campo della motricità. Se nell'ambiente che circonda il bambino si dà scarsa importanza all'attività motoria, e le sue possibilità di movimento sono ridotte al minimo, si avrà, di conseguenza, una minore disponibilità agli sforzi di tipo fisico, un minore adattamento dell'apparato motorio e di sostegno e delle funzioni organiche e la formazione di possibili atteggiamenti paramorfici precoci.

Nei giovanissimi, inoltre, è presente anche il bisogno di considerazione (posizione sociale) dove sono visibili l'aspirazione al risultato e quella a confrontarsi e a competere con gli altri. Si crea dunque una forte voglia di mettere alla prova il proprio corpo, le proprie capacità e di misurare le proprie forze. Con la pratica sportiva il bambino impara presto a sperimentare successi ed insuccessi, vittorie e sconfitte, impara a sopportare queste ultime, creandosi un certo grado di tolleranza delle frustrazioni.

I rischi dell'allenamento infantile

"Lo sport con i bambini è un crimine"... "Lo sport infantile è lavoro forzato"... Sono alcune tesi sostenute da istituzioni, in genere esterne allo sport, come certa stampa, che si appiglia ai casi più spettacolari per trarne argomenti contro l'allenamento infantile, ma che spesso rappresentano la generalizzazione di casi isolati clamorosi e non la realtà dello sport infantile.

Si mette in dubbio che lo sport infantile non sia nocivo, per la perdita dell'infanzia, per la scomparsa del tempo libero, per la mancata possibilità di acquisire competenze sociali. Si temono effetti collaterali dannosi allo sviluppo della personalità: ambizioni troppo elevate, atteggiamenti divistici, stati di ansia, delusione, angosce. Si parla di problemi nei rapporti sociali causati da pressioni sociali, motivazioni estranee all'individuo, atteggiamenti dettati dall'interesse da parte dei genitori, allenatori, organizzazioni sportive.

Dall'analisi di dati e ricerche su questo problema molto dibattuto, è comunque possibile dimostrare che lo sport, praticato anche ad alto livello, può avere effetti positivi sul bambino, purchè svolto con la necessaria assistenza e competenza pedagogica.

Quando le sollecitazioni date dallo sport diventano troppo elevate, e il rischio di insuccesso è troppo grande, i bambini non sono più pronti a sottoporsi a un confronto. Gli eccessi di carico in campo fisicoorganico sono dannosi soprattutto in presenza di un'esagerata unilateralità dei programmi di allenamento, di una continua sollecitazione di un apparato di sostegno non maturo o quando si persegue l'ipertrofizzazione di certi gruppi muscolari. Generalmente, però, non sono i carichi fisici che rendono conflittuale il rapporto agonismo – bambino, bensì i fenomeni psicologici che accompagnano l'allenamento, che diventano controproducenti nel momento in cui non sono più compatibili con i bisogni e l'ambiente del bambino stesso. L'essere obbligati a "rendere", la prospettiva di obiettivi da raggiungere troppo a lungo termine, la monotonia dell'allenamento, le selezioni cui bisogna assoggettarsi, sono "norme" da seguire per ottenere uno sviluppo, spesso però a scapito dei bisogni infantili che vengono trascurati.

I vantaggi dell'allenamento infantile

"Generalmente lo sport favorisce la maturazione, la crescita e lo sviluppo sia dei bambini sia degli adolescenti. Dannosa è solo la pratica unilaterale dello sport, già in età infantile" (Cotta 1979). In effetti, lo sport infantile è una possibilità di realizzare le proprie capacità di prestazione e può fornire una possibilità reale di trovare sé stessi e di realizzarsi. Si può affermare che l'attività motoria, l'attività sportiva e anche l'attività agonistica concorrono al processo di formazione generale del giovane, favorendone la maturazione sia fisica sia psichica. In ambito motorio c'è la possibilità di influenzare, con relativa efficacia, attraverso stimoli esterni, le capacità motorie di base e le capacità funzionali ad esse collegate, circolazione cardio-circo-





latoria, respirazione, metabolismo, muscolatura. I processi di apprendimento sono, inoltre, provocati anche dalla ripetizione di movimenti che sono stati positivamente rafforzati e dalla rimozione di movimenti che non vengono ricompensati. Nel processo di socializzazione, vengono acquisiti e consolidati modelli socialmente approvati mentre vengono dimenticate forme socialmente poco seguite e comportamenti sottoposti a divieti. Il bambino, attraverso l'interazione con i coetanei e con gli adulti, integrandosi in un gruppo, apprende le regole principali che reggono il comportamento sociale e impara quale sia l'importanza delle varie funzioni sociali. La realizzazione di sé, inoltre, avviene quando i propri sforzi possono essere messi in rapporto con i successi ed è legata all'esperienza soggettiva di un miglioramento del proprio valore.

Ricordiamoci che i bambini praticano sport perché piace loro muoversi, anche se dietro, talvolta, c'è una certa costrizione dei genitori. Prevale, alla fine, il piacere di agire in comune, il divertimento a migliorare, soprattutto se in un gruppo di coetanei. Il miglioramento della prestazione porta a sensazioni di gioia e di piacere, che devono accompagnare il processo di apprendimento provocando le motivazioni a voler continuare nella pratica sportiva.

Un progetto di ricerca dell'Università di Kassel (9600 bambini dai 7 ai 10 anni facenti parte dei gruppi per la formazione del talento - Ministero pubblica istruzione e Federazioni degli sport) e una ricerca sovvenzionata dall'Istituto di scienza applicata all'allenamento di Lipsia (2600 bambini dai 9 ai 14 anni facenti parte di gruppi di allenamento di Atletica leggera di tre Federazioni regionali) hanno portato a queste conclusioni:

la capacità di prestazione sportiva del bambino, ovvero quell'insieme di capacità che sono rilevanti per l'attività sportiva, si accresce con continuità, di pari passo con l'andamento temporale dello sviluppo. Se però i presupposti della prestazione dei bambini, che dipendono dal livello di sviluppo e da fattori ambientali, vengono sottoposti a sollecitazione mediante richieste di prestazione motorio-sportiva, l'incremento della prestazione stessa procede pur sempre di pari

passo con l'andamento temporale dello sviluppo, ma a un livello superiore. Quali sono questi presupposti individuali della prestazione? Possono esa. di carattere psichico-cogni-

- tivo, si basano cioè sul livello di sviluppo delle funzioni psichiche implicate nell'agire, nel comportamento, nei processi motivazionali e sulle caratteristiche volitive.
- b. neuromuscolari, caratterizzati dall'interazione del sistema nervoso e la muscolatura durante le prestazioni motorie: processi di regolazione motoria (capacità coordinative) e meccanismi che regolano la produzione della forza (inter e intra-muscolari).
- c. organico-energetici, che comprendono le condizioni qualitative e quantitative delle strutture e dei sistemi che assicurano la trasformazione e la produzione di energia per le prestazioni motorie.

E' indispensabile allora che nella preparazione psicomotoria nell'età infantile ci sia uno sviluppo motorio molto ampio, con un vasto repertorio di movimenti e il piacere del gioco e dello sport. In particolare un avviamento motivazionale e motorio nello sport deve prevedere un addestramento delle capacità coordinative e della destrezza, una formazione allargata di abilità sportive e un apprendimento graduale della tecnica sportiva. Presupposto fondamentale dell'allenamento sportivo infantile e giovanile è mantenere il piacere e il divertimento, seguendo poi alcune regole per rendere l'attività sportiva consona alla fascia di età considerata.

- · l'allenamento deve essere in-
- teressante
 nell'allenamento bisogna

avere un'idea di ciò che si sta facendo

- a fine seduta il bambino deve avere un senso di riuscita (prestazione)
- successo e insuccesso devono essere commisurati alle possibilità reali del bambino
- un clima positivo del gruppo produce gioia

Le gare

Spesso giovani atleti e atlete che si mettono in evidenza nel-

allenamento specifico unilate-

rale e problemi motivazionali

ostacolano, od impediscono

del tutto, che le loro possibilità

le categorie giovanili, perdono poi la strada che li potrebbe portare ai vertici nazionali ed internazionali. Il decremento degli effetti ottenuti con mezzi di allenamento specifici applicati troppo precocemente, basi della prestazione troppo scarse, problemi provocati da un

di risultati si sviluppino ulteriormente a lunga scadenza. Ne consegue la necessità di impostare anche il sistema delle gare in modo che possa offrire un supporto a un allenamento a misura di bambino, si opponga alla specializzazione precoce e promuova una costruzione sistematica a lunga scadenza della prestazione. Le gare, nella formazione di base e nell'allenamento di base, hanno un significato fondamentalmente diverso che nell'allenamento di alto livello e debbono contribuire allo sviluppo di una multilateralità sportiva, favorendo l'accrescimento della capacità di carico generale e specifica, l'arricchimento del bagaglio di esperienze motorie e, non ultimo, aumentando il divertimento e quindi la voglia di allenarsi. Nei primi anni dell'allenamento giovanile, le gare dovrebbero promuovere la formazione di quei presupposti coordinativi, tecnico-tattici ed organico-muscolari della prestazione che consentono all'atleta di raggiungere risultati agonistici di rilievo nell'età dei massimi risultati. E' vero che il valore emozionale delle gare sullo sviluppo della motivazione, soprattutto per gli atleti del settore giovanile, è indiscusso, ma è altrettanto dimostrato come le gare stesse costituiscano un carico psico-fisico elevatissimo, per cui una frequenza troppo alta di competizioni può portare anche a fenomeni di saturazione psi-Probabilmente l'aumento del-

l'impegno competitivo deve avvenire principalmente attraverso l'evolversi dei contenuti di gara e non attraverso l'aumento numerico delle competizioni stesse.

Funzione di rinforzo e responsabilità di genitori e allenatori

I genitori possono creare motivazioni importanti verso lo sport, sostenendo le ambizioni dei figli e motivandoli. Talvolta, però, si possono identificare fattori negativi, sfavorevoli all'intero sviluppo del bambino. I genitori non devono esercitare troppa costrizione sulla partecipazione all'attività né organizzare loro lo sport dei figli, ma neanche iperproteggere i figli o, peggio, condizionare l'allenatore, stimolandolo a raggiungere più presto risultati. L'allenatore, dal canto suo, è una figura importantissima nell'intero sistema di sviluppo delle prestazioni. Va data molta più importanza alla sua responsabilità di educatore, piuttosto che a quella di puro conduttore dell'allenamento tecnico-fisico. L'allenatore, soprattutto di atleti giovanissimi, dovrà perciò dedicare particolare attenzione alle forme di base del processo motoriosportivo ed evitare una specializzazione precoce prevedere uno sviluppo multilaterale di chi allena. La formazione professionale dei tecnici sportivi, inoltre, dovrebbe consentire loro di agire in modo adeguato, anche dal punto di vista pedagogico, nei confronti dei giovanissimi, in particolare:

- trovare forme di sviluppo delle prestazioni adatte al bambino
- sollecitare la disponibilità allo sforzo dei bambini illustrando scopi e prospettive dell'attività
- orientare i contenuti dell'allenamento sui progressi dei bambini, che hanno gradi diversi di rapidità di apprendimento
- · non trascurare un vero e proprio allenamento alla motivazione
- contrastare i piani troppo ambiziosi dei genitori.

La società, infine, (istituzioni, famiglia, scuola, organizzazioni sportive) ha l'obbligo di favorire l'impegno "sportivo" dei giovanissimi, alla luce dei benefici sopra esposti e deve garantire che la costruzione a lungo termine della prestazione, per chi vuole dedicarsi più intensamente allo sport, inizi in maniera adeguata, cioè multilaterale

* Già preparatore atletico Squadre Nazionali di sci alpino, responsabile tecnico della rivista sci



arliamone N. 1 • Luglio 2002

S.O.S.! Neonato cerca nido: responsabilità e ruolo dell'infermiere nella cura del piccolo paziente in cerca di famiglia

di Palma R.*

uando un neonato si affaccia presso la nostra divisione di patologia neonatale, pur peccando di immodestia, oserei dire che viene "accolto" nella nostra piccola famiglia dove tante mamme, e ultimamente anche alcuni papà infermieri, si prenderanno cura di lui nel suo breve o lungo passaggio in neonatologia.

A maggior ragione se il piccolo che arriva, ha alla spalle una famiglia in crisi o ahimé. già persa al momento della nascita nel caso in cui sia abbandonato.

Anche se questi eventi non si verificano spesso, perlomeno nella nostra struttura, ma pur accadono, noi infermieri dobbiamo essere in grado di gestire tali situazioni.

"Meditando sul significato della parola "civiltà", potremo intenderla come un progressivo aiuto per rendere facile all'uomo l'adattamento al suo ambiente; dunque chi fa un cambiamento di ambiente più radicale di quello di un bambino che nasce?

Certo la nascita è il momento più difficile che l'uomo debba superare, e l'esperienza ci fa coscienti di una terribile verità: "i mali della prima infanzia ce li portiamo con noi per il resto della vita " (M.Montessori).

Per il neonato, il totale distacco dalla madre al momento del parto rappresenta un dramma poiché egli deve compiere da solo tutte le funzioni della

Certo ritroverà subito "l'attaccamento" con la figura materna; talvolta, però, questo legame si spezza inesorabilmente perché per varie ragioni il piccolo può essere abbandonato e, pur sano, rimane in "sosta" in ospedale.

Si possono inoltre verificare situazioni famigliari particolari dove il neonato, pur non abbandonato, non riceverà quelle carezze, quelle dolci parole della mamma e del papà, perché questi non saranno sempre presenti.

Ogni volta che i genitori entrano nel nostro reparto, si affacciano all'incubatrice del loro piccolo, l'infermiere, per quanto sia possibile, favorisce l'intimità di una famiglia, allontanandosi discretamente; egli ritorna poi nel ruolo di assistenza quando i genitori non ci sono, esprimendo anche nelle "manipolazioni terapeutiche", una "CARE" oserei dire materna.

Alla notizia della nascita di un neonato abbandonato, un leggero stato di agitazione pervade gli animi degli infermieri di turno che penseranno a dare un nome provvisorio al piccolo, fino a quando rimarrà da

Il neonato sin dalla nascita ha

molti bisogni non solo primari, infatti, possiede una sua vita psichica e bisogna riconoscere in lui una personalità umana di "un essere nuovo"; ovviamente l'allattamento materno, il calore del corpo della mamma, l'intima unione fisica, favorisce abbondantemente lo sviluppo del piccolo e contestualmente inizia ad instaurarsi quella "fase di fiducia" da parte del neonato con

E' proprio la fiducia verso il mondo e verso se stessi, una delle componenti fondamentali della personalità che si sta formando; se manca il rapporto con la madre è evidente che per il piccolo ciò rappresenta un trauma che si somatizzerà, probabilmente in precoci sintomi patologici, come continue tensioni muscolari, pallori o disturbi gastrointestinali. Per quanto sia possibile, l'infermiere dovrebbe offrire ai piccoli abbandonati un supporto psicologico che vada oltre la soddisfazione dei bisogni fisiologici, infatti, l'affetto, la delicatezza, la comprensione per un pianto improvviso, aiuteranno in parte il piccolo a superare questa delicata fase.

Se noi riusciamo ad essere per lui un punto di riferimento in modo da infondergli senso di sicurezza, favoriremo quella fase della fiducia che il neonato stabilisce con chi si prende cura di lui.

Qualunque sia il motivo, la rottura del legame con la madre, provoca gravi conseguenze con ripercussioni durature sulla personalità del piccolo: infatti, seguendo degli studi sulla psicologia comportamentale, si è rilevato che il soggiorno prolungato in ospedale, e successivamente in un istituto porta molte volte ad alterazioni irreversibili della personalità, con disadattamento sociale ed emotivo.

Risulta fondamentale dunque il tipo di cure che il neonato riceverà dopo la separazione, soprattutto se appena nato. Se in questo periodo egli è sufficientemente stimolato e riceve cure di tipo materno, come parlargli dolcemente, prenderlo in braccio al momento della poppata o consolarlo quando piange, le conseguenze della separazione sa-

ranno certamente attenuate. Se la mamma con contesta la sua genitorialità entro un determinato periodo, questi neonati acquisiscono, secondo la legge lo status di adattabilità, e il Tribunale dei minori predisporrà la collocazione in istituto e successivamente l'individuazione di una famiglia per una possibile adozione.

E' importante sfatare quel luogo comune secondo il quale, quando si pensa ad un incontro adottivo, si ritiene che ciò sia più facile con un neonato poiché questi non ha vissuto esperienze negative ed è in lui meno profonda la cicatrice dell'abbandono non avendo conosciuto i suoi generanti.

Le ricerche in tal merito hanno dimostrato che ciò non è per niente vero: tutti i bambini hanno un passato, anche se minimo, a partire dai nove mesi di gravidanza.

L'esperienza intrauterina, infatti, mette il feto e la madre in un rapporto intimo stabilito attraverso modalità sensoriali e cinestetiche, importanti, importanti nella successiva evoluzione della personalità.

Si può ritenere dunque che l'esperienza dell'abbandono provochi uno stato di fragilità ancora prima della nascita dovuto ai vissuti della madre in gravidanza.

Il ruolo di noi infermieri di patologia neonatale va ben oltre il lavoro puramente assistenziale, anche quando non si tratta di una situazione di abbandono ma di un disagio famigliare: è il caso di Margherita una bambina nata alla trentaduesima settimana di gestazione, di 1700 grammi che ha presentato si dalla ventiduesima ora di vita sintomi riferibili ad una sindrome di astinenza neonatale.

Figlia di madre tunisina e padre italiano non coniugati, la piccola Margherita ha un vissuto difficile: la madre, infatti, denunciava maltrattamenti da parte del compagno che, come lei, faceva uso di sostanze stupefacenti.

Nell'ultimo mese di gravidanza raccontava di essersi nutrita unicamente di frutta raccolta in campagna e di aiuti offerti da una vicina.

La piccola nasce in un clima assai precario; il padre nei primi tempi è praticamente assente, la madre ha seri problemi di salute e Margherita rimane sola a combattere sin dall'inizio i suoi mali fisici e le sue carezze affettive.

Nonostante la terapia con metadone, l'ipertono muscolare, l'irritabilità, il pianto inconsolabile saranno una costante di questa piccolina che ci farà correre da lei ogni qualvolta avevamo un momento libero per poterla accarezzare e coccolare.

Dopo essersi ripresa, la madre ha potuto incontrare sua figlia, ma l'approccio con Margherita non è tranquillo, è agitato, incoerente, e ciò rende la piccola irrequieta.

La responsabilità principale è probabilmente del padre,il quale apparendo talvolta in stato di alterazione psicofisica, mette in atto continui comportamenti minacciosi ed interperanti verso la madre e verso noi infermieri, tanto da richiedere l'intervento di personale di polizia nel reparto e da mettere in stato dall'erta tutti quanti.

Responsabilità infermieristiche di tutela della piccola subentrano soprattutto quando ci siamo trovati di fronte ad un uomo, non propriamente in possesso delle sue facoltà, che pretendeva di portarsi via la piccola.

I genitori incontravano la piccola separatamente e Margherita si accorgeva di ciò; ogni qual volta andava via la madre ed entrava il padre, ella interrompeva il pasto, s'irrigidiva, piangeva, quasi avvertisse la sensazione delle mani di due genitori che forse non si sono

mai amati e che non le avrebbero mai costruito un nido sicuro dove crescere e sviluppare serenamente la sua perso-

Margherita è stata affidata alla mamma e insieme vivono in un istituto.

Il padre potrà vederla solo secondo i tempi e le modalità che la struttura impone.

A conclusione di questa mia relazione che non vuole essere certo un lavoro scientifico né tantomeno un insegnamento morale per chi lavora nell'assistenza ai minori, vorrei esprimere un concetto che si accompagnerà nel nostro percorso infermieristico assistenziale: il bambino sente profondamente e teneramente ogni espressione di vita e chiede solo di essere amato e compreso; se quando nasce non ha la fortuna di avere subito tutto ciò, sta a noi aiutarlo anche se per poco, nel momento più difficile della sua vita.

* Infermiere Professionale Unità di terapia intensiva neonatale Ente Ecclesiastico Ospedale Regionale "E. Miulli"- Acquaviva delle Fon-

FINALMENTE E' ARRIVATA LA "SCALA"

Riceviamo dalla fondazione Livia Benini il documento che proponiamo quale valido contributo all'assistenza ai bambini con dolore (ndr)

Carissimi,

la fondazione Livia Benini ha realizzato e donato ad ognuno di noi una scala di tipo V.A.S., "faccine" e numerica, per la misurazione del dolore.

E' un piccolo, semplice strumento che, se utilizzato regolarmente, rappresenta il primo passo perché il nostro ospedale diventi veramente un "ospedale senza dolore": la fondazione Livia Benini ed il COSD (Comitato Ospedale Senza Dolore) hanno bisogno dell'aiuto di tutti per raggiungere questo obiettivo.

Ci auguriamo che la scala diventi un prezioso alleato nell'attività di tutti i giorni.

COSD Ospedale Pediatrico Meyer Firenze



Istruzioni per l'uso della scala

Le scale VAS sono scale in cui è il bambino che, in base a delle immagini o a dei numeri, riconosce il suo di dolore.

La scala si usa chiedendo al bambino quale faccina esprime il suo dolore; il punteggio numerico che corrisponde alla faccina scelta, ci indica l'intensità del dolore.

Questo tipo di scala può essere usato con bambini che parlano e il dolore deve essere trattato se I punteggio è maggiore di 2.

La parte della scala in cui ci sono i numeri può essere usata direttamente come una V.A.S. numerica chiedendo al bambino più grande e all'adolescente di esprimere il suo dolore con un numero: O corrisponde all'assenza di dolore e 10 al dolore massimo e anche in questo caso è necessario trattare il dolore se il punteggio è maggiore di 2.

Per bambini molto piccoli che ancora non parlano stiamo sperimentando in alcuni reparti delle scale comportamentali.

La misurazione del dolore deve essere eseguita a tutti i bambini ad ogni turno, esattamente come si misura la temperatura, riportandola in cartella come gli altri parametri. In casi specifici il dolore deve essere misurato più volte, come dopo la somministrazione di un analgesico, per verificarne l'efficacia.

VOLONTARIATO IN KENIA

Presso ST JOSEPH COTTOLENGO **CENTER - CHAARIA**

Se sei interessato a un'esperienza di volontariato internazionale, presso un ospedale rurale del Kenya (Chaaria – Meru), rivolta principalmente a infermieri, medici, fisioterapisti, odontoiatri, odontotecnici, igienisti e assistenti dentali, contatta:

Loredana Bosso

011.505061

Fratel Giuseppe Meneghini

011.522.5050

349.841.81.61 8 ore serali)

Suor Anna Maria Derossi 011.522.54.80



CONVEGNI CORSI DI AGGIORNAMENTO

■ AISLeC- Corso di Laurea per Infermieri sez. Sondrio Università Milano Bicocca

"Evidence based nursing, evidence based medicine

nella prevenzione e riparazione tissutale nelle lesioni da pressione"

Corso interdisciplinare per infermieri e medici **Passo dello Stelvio, 22/26 luglio 2002** Per informazioni ed iscrizioni: Tel. 0382/422133 –

Fax 0382/523203 Corso accreditato ECM

■ Medicus Mundi Italia

"Corso di aggiornamento in malattie tropicali" Brescia, dal 7 al 25 ottobre 2002

Per informazioni ed iscrizioni: Tel. 030/3752517 – Fax 030/43266

■ Azienda U.S.L. n. 7 Carbonia (CA) – Servizio per le tossicodipendenze

"I° congresso nazionale su disturbi mentali e tossicodipendenza. La scelta terapeutica nella doppia diagnosi"

Centro congressi Hotel Chia Laguna, Domus de Maria (CA) 15-19 ottobre 2002

Per informazioni: 070/4992420-043 Fax 070/485402 – e-mail: doppiadiagnosi@consulcongressi.it E' stato richiesto l'accreditamento per i crediti formativi ECM

■ Meeting Internazionale

"Mamma neonato – presente e futuro. Problematiche neurologiche perinatali e la "care" del neonato critico"

Milano, 11/13 dicembre 2002

Per informazioni: 039/2315593 – Fax 039/2328501 E' in corso la richiesta di accreditamento presso ECM

■ Collegio IPASVI La Spezia

"Internet e la ricerca infermieristica: le opportunità on-line"

La Spezia, 31 ottobre 2002

Per informazioni: CELL 338/2069625

■ U.O. Emergenza Territoriale 118 Ravenna "Corso di formazione per operatori di centrale" Ravenna, 1/3 ottobre 2002

Per informazione, 0544/693127 – Fax 0544/693002

■ Regione Emilia Romagna. Assessorato alla Sanità "Le Cure Primarie nel Distretto. Esperienze a confronto"

Reggio Emilia, 25-26 ottobre 2002 Per informazioni, fax 0522/335380 e-mail: rosanna.carbognani@ausl.re.it E' stato richiesto l'accreditamento per i crediti formativi ECM

■ Federazione Coloproctologica Italiana – Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia "6° Meeting congiunto di Colonproctologia e Stomaterapia"

Milano, 4-5 dicembre 2002

Per informazioni, Tel. 02/48009700 – Fax 02/48009801 – e-mail: ip@ideapromotion.com

■ Federazione nazionale Collegi IPASVI

"XIII° congresso nazionale. Le nuove frontiere
della salute: Il progetto degli Infermieri per una
sanità al servizio dei cittadini"

Roma, 19-20-21 settembre 2002

Per informazioni Tal. 06/95301301, pa maili

Per informazioni, Tel. 06/85301301 – e-mail: vdp@iviaggidelperigeo.it – sito www.ipasvi.it

■ GRG – Gruppo di Ricerca Geriatrica
"XIII° corso nazionale per Infermieri. L'assistenza
all'anziano tra miti ed evidenze."
Folgaria (TN), 26/29 settembre 2002
Per informazioni, 030/3757538 – Fax 030/48508 –
sito www.grg-bs.it e-mail... e.zanetti@iol.it
E' stato richiesto l'accreditamento per i crediti
formativi ECM

■ VII° INCONTRO "INSIEME PER CRESCERE"

Aggiornamento multidisciplinare in ambito

Pediatrico Ostetrico – Neonatologico – pediatrico

Riccione (RN) 4-5-6- dicembre 2002

E' stato richiesto l'accreditamento per i crediti

formativi ECM

LE COSE CHE HO IMPARATO DALLA VITA

di Paulo Coelho

" Ecco alcune delle cose che ho imparato dalla vita:

Che non importa quanto sia buona una persona, ogni tanto ti ferirà. E per questo, bisognerà che tu la perdoni.

Che ci vogliono anni per costruire la fiducia e solo pochi secondi per distruggerla.

Che non dobbiamo cambiare amici, se comprendiamo che gli amici cambiano.

Che le circostanze e l'ambiente hanno influenza su di noi, ma noi siamo responsabili di noi stessi.

Che, o sarai tu a controllare i tuoi atti, o essi controlleranno te.



Ho imparato che gli eroi sono persone che hanno fatto ciò che era necessario fare, affrontandone le conseguenze.

Che la pazienza richiede molta pratica.

Che ci sono persone che ci amano, ma che semplicemente non sanno come dimostrar-lo.

Che a volte, la persona che tu pensi ti sferrerà il colpo mortale quando cadrai, è invece una di quelle poche che ti aiuteranno a rialzarti.

Che solo perché qualcuno non ti ama come tu vorresti, non significa che non ti ami con tutto se stesso.

Che non si deve mai dire a un bambino che i sogni sono sciocchezze: sarebbe una tragedia se lui lo credesse.

Che non sempre è sufficiente essere perdonato da qualcuno. Nella maggior parte dei casi sei tu a dover perdonare te

Che non importa in quanti pezzi il tuo cuore si è spezzato; il mondo non si ferma, aspettando che tu lo ripari".

NEL RICORDO DI MARIA TOGNI, LA COLLEGA CHE PREMATURAMENTE CI HA LASCIATO L'8 GIUGNO 2002

Ciao Maria

Carissima, siano tutti qui, stretti intorno a te ed ai tuoi cari per portanti il nostro ultimo saluto terreno.

In una grigia mattina di primavera, colui che guida le nostre vite ti ha chiamato a sé e noi, impotenti davanti al mistero della morte, non possiamo fare altro che rassegnarci.

Hai portato con dignità e coraggio la tua croce fino all'ultimo e noi che volevamo aiutarti in qualche modo ad alleggerire il peso di quella croce e magari distruggerla definitivamente, non ce l'abbiamo fatta.

Maria, ci mancherai immensamente, ci dicevi sempre che non volevi finire con una foto ricordo appesa al muro e noi non appenderemo mai quella foto, ma tu rimarrai sempre viva nei nostri cuori.

Ci mancheranno molte cose di te: la tua serietà e dedizione al lavoro che fino all'ultimo non hai voluto abbandonare, i tuoi silenzi pieni di riflessione, l'amore e la tenerezza per la tua famiglia e i tuoi figli, i tuoi modi un po' burberi pieni di dolcezza e di bontà, le tue concitate discussioni sportive, le tue esultanze per la squadra del cuore, la tua voglia di vivere e, soprattutto, la tua sincera e vera amicizia.

Vorremmo che questa nostra amicizia continuasse a vivere concretamente anche attraverso i tuoi cari.

Siamo molto vicino a Mario, Serena e Nicola e vogliamo dire loro che in noi troveranno sempre degli amici sinceri e disponibili, in qualsiasi momento.

Maria, ti salutiamo con un semplice ciao, è una piccola parola di sole quattro lettere ma racchiude in sé i più grandi e sinceri sentimenti d'amore ed amicizia per un'amica eccezionale

Gli amici della Riabilitazione Pneumologica e gli Infermieri dell'Azienda Ospedaliera "Eugenio Morelli" di Sondalo Un giorno il saggio disse: «Seguiro la regola d'oro e convertirò tutti gli uomini. Ma da dove comincerò? Il mondo è così grande. Comincerò dal paese che conosco meglio, il mio. Ma è così vasto il mio paese!
Comincerò dalla città più vicina, la mia. Ma è così grande la mia città!
Allora comincerò dalla mia strada...
No, comincerò dalla mia famiglia.
No, ho finalmente capito che cosa vuole la regola d'oro: comincerò da me stesso».

Caractricero della mia strada...

SPAZIO PER LE CANDIDATURE

Si ricorda a tutti gli iscritti che nel mese di novembre si terranno le nuove elezioni del Consiglio direttivo per il triennio 2003 - 2006.

La Redazione di Parliamone, come da tradizione metterà a disposizione di tutti i candidati adeguato spazio, pertanto gli interessati sono pregati di inviare da settembre le proprie foto e curriculum

Il più bello dei mari
è quello che non navighiamo.
Il più bello dei nostri fiori
non è ancora cresciuto.
Il più belli dei nostri giorni
non li abbiamo ancora vissuti.
E quello
che vorrei dirti di più bello

non te l'ho ancora detto.

Nazim Hikmet

Quota associativa anno 2002

Si ricorda agli iscritti che è scaduto il termine di pagamento della quota dovuta al Collegio per l'anno 2002. Chi non avesse ricevuto il bollettino di pagamento può richiederlo alla segreteria che lo recapiterà alla residenza dell'iscritto a stretto giro di posta.

L'orizzonte naturale della professione infermieristica

spazio a cura di Marco Francesco Doria

LA PREVENZIONE, **UN'AREA** DI AUTONOMIA PER LA **PROFESSIONE**

Questo contributo nasce dalla consapevolezza di 20 anni di attività, svolta tra ospedale e territorio tra sanità pubblica e privata, per approdare infine alla collaborazione di un Centro per il Benessere psico-fisico nella cittadina di Sondrio. La scelta di occuparmi di prevenzione sempre piu' assiduamente è dettata da semplici e fondamentali motivi:

- 1) L'attività sanitaria è un parametro dello sviluppo di una società: il tipo di disagi e cure adottate per trattarli rappresentano i termini di sviluppo della società nel suo insieme.
- 2) Le azioni di prevenzione, primaria in particolare, sono spinte evolutive. La salute è al centro.
- 3) L'espletamento delle funzioni preventive vede l'infermiere in prima linea,

senza una formazione adeguata al livello del compito istituzionale indicato dalla legge.

- 4) La formazione in prevenzione primaria è di interesse so-
- 5) La formazione in prevenzione primaria bioenergetica utilizza in minima parte il modello medico attuale, attingendo dalla tradizione di culture e stili di vita millenari e dalla Fisica moderna.

Da queste 5 considerazioni si evince il ruolo che mi attribuisco nel giornale, e piu' in generale nel dibattito sulla Sanità che gli infermieri propongono all'interno dei Collegi Provinciali e della Fe-

derazione Nazionale: stimolare cittadini,colleghi dirigenti a volgere lo sguardo e le azioni verso la prevenzione, primaria in particolare. Quindi



"Parliamone", per iniziare, ma: facciamo ricerca e studio sulla morbilità presente in Provincia e agiamo di conseguenza con interventi ad hoc,

capaci di incidere sullo stile di vita della popolazione. Iniziamo con osservare i nostri "acciacchi" interni, familiari e sui rischi conseguenti. Personalmente vi porto la mia esperienza nell'ambito dell'energetica umana, e vi chiedo di partecipare a un gruppo di studio su: "prevenire è possibile "Sono certo che ognuno di voi, colleghi, nel corso della sue esperienza professionale ed umana avrà elaborato idee e proposte utili a questa comunità Valtellinese. Queste pagine messe a disposizione dal direttivo sono APERTE alla PREVENZIONE, ma non solo, anche a tutte le esperienze in medicina complementare (M.C), ambito di intervento più vicino alla persona nella sua globalità. Quindi uscite allo scoperto, voi colleghi che avete avu-

to a che fare con le cosi dette medicine Complementari, o per meglio dire medicine per lo sviluppo della persona. ovvero:

• la floriterapia di Bach

- lo shiatsu
- la cromoterapia
- · la bioenergetica
- il massaggio anti-stress
- la reflessologia plantre
- e altro, nel rispetto della dignità della persona

La dignità rende la persona integra e capace di superare prove esistenziali, che spesso sono una componente importante nell'alterazione del Campo Energetico Umano (di seguito CEM). La dignità umana inizia con l'ascolto dato dall'uomo all'uomo, dal genitore al figlio, dal terapeuta al paziente. Alla base di ogni processo evolutivo umano c'è la capacità di ascolto. Ascolto in un contesto adeguato all'intimità che un rapporto terapeutico comporta. Il CEM struttura l'organismo rendendolo coeso e coerente aderente alla vita di relazione nell'oceano della Realtà. In questo spazio, spero, di essere in compagnia di storie vissute, comincio con darvi in Visione una serie di interventi fatti in ambito Provinciale, Nazionale ed Europeo.

La formazione sull'energia vitale e umana: una proposta pratica per qualificare la prevenzione e favorire la cura in ambito oncologico

intervento di Marco Doria al Convegno di Venezia dell'Eons (European Oncology Nursing Society) dell'11-13 Aprile 2002

Introduzione

La fiducia ricevuta all'interno dei Servizi Formativi dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori e il Centro Eva Reich di Roma, mi hanno spinto a realizzare un modello informativo e formativo per la popolazione e i professionisti della salute.

La particolarità del modello è di valorizzare le potenzialità umane

Materiale e metodo.

L'approccio bioenergetico, secondo la mia formazione e ricerca attuale si caratterizza, per tre originalità:

- è semplice
- è gentile • è creativo

Semplice, perché attiva le funzioni vitali dell'organismo. Gentile, perché invita la persona ad ascoltarsi ed agire at-

traverso il proprio sentire. Creativo, perché favorendo la relazione stimola l'evoluzione personale.

Una breve sintesi storica ed epistemologica

Il modello che vi propongo è una sintesi armonica tra le conoscenze di base dell'antica tradizione medica cinese, e il lavoro pionieristico occidentale di W.Reich. Durante il mio percorso formativo sono ve-



nuto a contatto con il Maestro Sun jun quing, continuatore degli insegnamenti del Wudang-qi.gong, e gli eredi del lavoro scientific di Wilhem Reich: l'esperienza di sua figlia Eva e di Silja Wendelstadt del Centro Eva Reich di Roma.

Questi ed altri incontri, nell'ambito della tradizione cinese e della psicologia somatica uniti alla mia esperienza infermieristica e terapeutica mi hanno fatto arrivare a voi a presentarvi un contributo alla prevenzione e alla cura in oncologia.

La vita, dal punto di vista bioenergetico è pulsazione: dai livelli infinitesimali della materia a quelli più grandi presenti negli organismi pluricellulari e nel mondo naturale.

Su questo tema c'è convergenza e l'esperienza la dimostra inequivocabilmente.

Quando la pulsazione viene a meno, e questo puo' avvenire già all'inizio della vita, l'organismo si predispone alla malattia o al disagio fisico, psichico e sociale.

La pulsazione bioenergetica nell'uomo si esprime nel movimento globale.

Un movimento che coinvolge corpo, anima e spirito. Sistole e diastole, tensione e rilassamento, inspirazione ed espirazione sono il livello fisi-

L'uomo si apre e si chiude come un fiore in ogni istante. Si apre: nel dare e nel ricevere, ma anche nel prendere la propria parte nel grande teatro della vita.

co evidente.

Si chiude: nel trattenere dentro il proprio essere ciò di cui ha bisogno, ma anche per difendersi dalle avversità del del mondo.

Aprirsi e chiudersi costantemente e continuamente se la relazione umana e ambientale

L'energia vitale è alla base del movimento primario pulsatorio, un ritmo costituito da onde condensate in tutte le forme viventi,a partire dagli elementi primari quali:acqua,terra,fuoco,aria. La sua conoscenza e gestione è fondamentale per il mantenimento della salute.

La qualità della relazione bioenergetica, in particolare di madre-neonato influenza profondamente la pulsazio-

I due organismi creano un vero e proprio campo energetico, un'atmosfera umana carica di vita, che è la base

del ritmo pulsatorio, dove i movimenti emozionali pongono le basi per la salute del futuro uomo.

Le famiglie in armonia sono in contatto, pulsano, vibrano nel corpo, nelle emozioni nei pensieri, come un grande organi-

Vivono la natura umana dei suoi membri ; il flusso di energia si manifesta in una sorta di

Al contrario, il disagio si sviluppa quando si presentano intoppi,barriere, dighe nella relazione.

Questi veri e propri "ingorghi", nel movimento energetico famigliare, si imprimono nell'organismo umano del neonato e nel futuro uomo.

Un operatore, che sia in grado di: sentire, condividere, calibrare, praticare e gestire l' espressione dell' energia vitale nell'impatto sulla salute, fin dalla nascita, è una grande risorsa per la comunità.

Il modello formativo e informativo utilizza sistematicamente i concetti espressi e li articola cosi':

- esperienza di contatto bioenergetico umano: **sentire**
- · esperienze di contatto bioenergetico in coppia e in gruppo: condividere
- applicazione del contatto bioenergetico gentile all'interno del proprio luogo lavorativo: calibrare
- apprendimento del massaggio bioenergetico dolce,come strumento di prevenzione primaria delle malattie: praticare
- Stimolo all'uso creativo della propria energia vitale nella relazione adulta come prevenzione primaria e secondaria delle malattie umane: **gestire**

Risultati e discussione

Sono arrivato alla realizzazione di ciò attraverso il contatto con la natura umana.

Una natura vissuta in diversi contesti: personali e professionali,individuali e collettivi I risultati sono stati tali da desiderare la condivisione nella forma di seminari che stimolano: nonni,

genitori e figli al piacere di vivere attraverso il contatto, il massaggio,il movimento.

Dai seminari alla proposta formativa in Corso di Specializzazione in Prevenzione Primaria il passo è stato natura-



PATTO INFERMIERE GIORNATA INTERNAZIONALE CITTADINO DELL'INFERMIERE

IO INFERMIERE MI IMPEGNO NEI TUOI CONFRONTI A:

PRESENTARMI al nostro primo incontro, spiegarti chi sono e cosa posso fare per te

SAPERE chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome

FARMI RICONOSCERE attraverso la divisa e il cartellino di riconoscimento

DARTI RISPOSTE chiare e comprensibili o indirizzarti alle persone e agli organi competenti

FORNIRTI INFORMAZIONI utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari

GARANTIRTI le migliori condizioni igieniche e ambientali

FAVORIRTI nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari

RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini

ATUTARTI ad affrontare in modo equilibrato e dignitoso la tua giornata supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare, lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei in grado di farlo da solo INDIVIDUARE i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi

INSEGNARTI quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita

GARANTIRTI competenza, abilità e umanità nello svolgimento delle prestazioni assistenziali

RISPETTARE la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza

e disponibilità quando hai bisogno

STARTI VICINO quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano

PROMUOVERE e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione

SEGNALARE agli organi e figure competenti le situazioni che ti possono causare danni e disagi



