

3/2003

Infermiere

a P A V I A

ancora sui *isensi*



Il programma del Consiglio Direttivo

Aggiornamenti E.C.M.

Per fare chiarezza

Da alcuni mesi il Collegio IPASVI della Provincia di Pavia è tempestato di richieste di delucidazioni e di chiarimenti in merito ad un bando di valutazione comparativa di titoli pubblicato da parte dell'Università degli Studi di Pavia.

La riflessione che sovviene immediatamente prima di una risposta, se ne esiste una che possa essere gradita a tutti, è che ancora una volta il "cambiamento" comporta senso di smarrimento e rincorsa alla ricerca di "vacue" occasioni, ma soprattutto il timore di rimanerne esclusi.

Il bando in oggetto consente un riconoscimento dei percorsi precedentemente conseguiti prima della emanazione del Corso di Laurea Triennale.

La laurea di base è ormai una realtà consolidata nel mondo accademico, e l'Università di Pavia offre la possibilità di ottenere una valutazione accademica dei crediti maturati precedentemente (purchè in possesso del diploma di scuola media superiore).

La domanda che in questi giorni riceviamo più frequentemente è se a seguito di questa comparazione di titoli, potrà esserci differenziazione nel proseguimento della carriera accademica.

Infatti il percorso biennale per la laurea specialistica sta per essere attivato e potrebbero sorgere ragionevoli dubbi in merito a futuri criteri di ammissione.

Ricordiamo a tal proposito che per la professione infermieristica tutti POSSONO ACCEDERE alle selezioni per il proseguimento degli studi, senza alcuna esclusione, purchè in possesso di due requisiti fondamentali :

1) DIPLOMA DI MATURITÀ; 2) TITOLO DI INFERMIERE.

Ciò è sancito da specifica normativa relativa all'equipollenza dei titoli, la legge 1/2002, che consente di opporre ferma resistenza ad ogni tentativo di discriminazione d'ac-

cesso agli Infermieri non possessori la laurea di 1° livello.

Concordiamo comunque sulla necessità di provvedere ad una accurata regolamentazione dei criteri di selezione, attraverso griglie comparative che analizzino equamente sia il curriculum studi che il percorso professionale e culturale dei candidati e offriamo la nostra completa disponibilità a collaborare in merito.

Per ciò che concerne i corsi di Perfezionamento, e i Master, abbiamo notizie che sono già attivi in molte parti d'Italia (Firenze, Ferrara, Brescia, Trento, Genova per citarne alcuni, senza che siano state effettuate prioritariamente valutazioni di equipollenza), mentre l'università di Pavia nonostante operi una valutazione di curriculum, non ha ad oggi attivato percorsi post formazione di base.

Il Collegio Infermieri ha da tempo trasmesso una serie di proposte e progetti in merito alla Presidenza di Facoltà.

Fino ad ora abbiamo invitato i nostri iscritti ad attendere pazientemente l'attivazione di tali corsi senza rivolgersi altrove, in quanto siamo fiduciosi in una rapida soluzione del problema, ma soprattutto perché abbiamo la consapevolezza che l'Università di Pavia abbia la possibilità di valorizzare la cultura professionale Infermieristica al massimo livello.

Ci auguriamo che tali indicazioni possano a breve essere contraccambiate da fatti positivi che dipanino l'attuale confusione sviluppando i contenuti disciplinari della professione infermieristica con conseguente miglioramento della qualità assistenziale offerta alla popolazione.

Certamente tale percorso sarebbe estremamente più rapido se l'Università chiarisse quali passaggi conseguenti intende affrontare con la valutazione curriculare pubblicata e nel contempo venissero banditi prima un Posto per Professore Associato Infermiere, e successivamente di ricercatore relativamente alla Disciplina Med 45 (Infermieristica).

Enrico Frisone

Infermiere a Pavia

Rivista trimestrale del Collegio IP.AS.VI. di Pavia
Anno XIII n. 3/2003 maggio-luglio 2003

Editore Collegio Infermiere professionali,
Assistenti Sanitarie, Vigilatrici d'Infanzia
della Provincia di Pavia

Direttore Responsabile Enrico Frisone

Capo Redattore Giuseppe Braga

Segreteria di Redazione M. Bergognoni

Comitato di Redazione M. Bergognoni, G. Braga, M. Cattanei,
S. Conca, S. Giudici, R. Rizzini, A.M. Tanzi

Hannop collaborato a questo numero S. Concardi, C. Gorrini, G. Lombardi
S. Quattrocchi, C. Sorisi

Impianti e stampa Gemini Grafica snc - Melegnano (MI)

Direzione, Redazione, Amministrazione Via Lombroso, 3/B - 27100 Pavia
Tel. 0382/525609, Fax 0382/528589
CCP n. 10816270

I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore.
Manoscritti e fotografie, anche se non pubblicati, non saranno restituiti.

Registrazione presso il Tribunale di Pavia n. 355 del 08.02.1989.
Spediz. abb. post. art. 2, comma 20, lettera C Legge 662/96 - Fil. Pavia
La rivista è inviata gratuitamente agli iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Pavia. Finito di stampare nel luglio 2003 presso Gemini Grafica snc di S. & A. Giropini, Melegnano (MI)

Indice

I COLORI: LO SPECCHIO DELL' UOMO	3
Una riflessione sul Gusto	9

Condizioni di Polizza relative alla copertura tutela giudiziaria dell'Infermiere Professionale iscritto IP.AS.VI.	10
---	-----------

Chi non si è mai incantato alla vista di un tramonto sul mare?

11

Stress nei caregivers di familiari affetti da malattie

I COLORI: LO SPECCHIO DEL-

Marisa Bergognoni *

PERCHÉ VEDIAMO I COLORI

L'uomo primitivo probabilmente non distingueva i colori e vedeva solo in bianco e nero, come vedono attualmente molti animali e come vedono i bambini nel primo mese di vita.

Ci si riferisce a quando il progenitore dell'Homo Erectus conduceva una vita arboricola e la foresta era il suo habitat, la sua posizione non era ancora perfettamente eretta ed il suo olfatto era molto sviluppato.

In tale situazione infatti non aveva bisogno della visione a colori. A lui bastava distinguere il chiaro dallo scuro, il giorno dalla notte, la luce dalle tenebre. Per le altre informazioni, necessarie alla sua sopravvivenza, l'olfatto lo guidava in modo molto più sicuro e preciso.

Fu solo quando l'Australopiteco (la scimmia-uomo vissuta circa un milione d'anni fa) volle uscire dalla foresta che si sviluppò la necessità della visione a colori.

Nella savana infatti l'olfatto non arriva così lontano come le necessità di difesa richiedono; anche la visione in bianco e nero, la figura e il movimento non sono più sufficienti a far distinguere in lontananza un erbivoro da un carnivoro.

In tale habitat la necessità di difendersi e di procurarsi il cibo fece progressivamente sviluppare ed acuire la vista rispetto all'olfatto.

In primo luogo con il consolidamento della posizione eretta l'uomo primitivo aumentò il proprio orizzonte temporale (stando in piedi si vede più lontano che stando prono) e contemporaneamente il continuo sforzo di distinguere bene il più lontano possibile acuì la vista, che gradualmente iniziò a distinguere il blu dal giallo, il rosso dal verde, e poi tutti gli altri colori.

Nella sua retina avvennero infatti lentamente delle trasformazioni: accanto ai bastoncelli (per la visione in bianco e nero) sorsero sempre più numerosi i coni (per la visione a colori infatti la forma conica o piramidale di un solido trasparente rifrange la luce bianca nei colori dell'iride).

Contemporaneamente la corteccia cerebrale si andò sviluppando e nel giro di un milione di anni la capacità cranica degli ominidi si accrebbe fino a triplicarsi.

Verosimilmente quanto sopra è il processo evolutivo che portò l'uomo alla visione del mondo a colori.

MA CHE COSA SONO I COLORI?

I colori sono delle lunghezze d'onda variabili da 380 nanometro del violetto a 760 nanometro del rosso.

I colori si possono definire delle sensazioni non qualità degli oggetti.

Quando le radiazioni solari dello spettro colpiscono l'occhio attraversano la cornea, l'umore acqueo, il cristallino, l'umore vitreo e stimolano la retina. A questo livello troviamo due tipi di terminazioni nervose: i coni e i bastoncelli.

Nei coni e nei bastoncelli sono contenuti dei pigmenti fotochimici che danno inizio all'impulso nervoso nelle fibre del nervo ottico.

Tale impulso prosegue oltre il chiasma ottico sino ad arrivare nei corpi genicolati laterali del talamo.

E' proprio a livello del talamo che viene rielaborato ed inviato alla proiezione finale dell'area striata del lobo occipitale, dove il colore viene "letto".

Mentre la lunghezza d'onda compie questo percorso: retina, nervo ottico, corpi genicolati, lobi occipitali, esso invia informazioni anche in numerose altre direzioni: ai lobi temporali, al talamo, all'ipotalamo, alla funzione reticolare, all'ipofisi, al sistema endocrino, al simpatico, al parasimpatico.

Naturalmente ogni distretto reagirà con le modalità che ad esso sono proprie, sempre in coordinazione con l'insieme.

E' importante sottolineare che il colore, nel suo percorso subisce due importanti elaborazioni: la prima EMOTIVA "mi piace- non mi piace", a livello del talamo e ipotalamo (diencefalo), la seconda RAZIONALE: "lettura" del colore, nell'area occipitale.

Per questo motivo si può affermare che razionalmente, il colore è uguale per tutti, perché si tratta della stessa lunghezza d'onda che va a colpire gli stessi recettori, compie il medesimo percorso e viene letta dalle stesse cellule nervose.

Però emotivamente, non è uguale per tutti, perché produce effetti diversi, a secondo dello stato neurovegetativo del soggetto.

Per esempio il colore rosso e giallo in un soggetto allegro e dinamico susciterà una reazione piacevole, mentre in quello depresso o esaurito susciterà repulsione, rifiuto.

NOTA DELLA REDAZIONE

Completiamo, con questo numero, la pubblicazione dei numerosi articoli sui "Sensi" iniziata nel precedente numero.

Viene inoltre pubblicata una interessante ricerca effettuata nel Distretto di Cortelona sullo "Stress dei Caregivers di familiari affetti da malattie cronico degenerative". Vengono inoltre proposti altri corsi accreditati o in fase di accreditamento presso la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina per il conseguimento dei crediti ECM, a fronte delle numerose richieste pervenute in Collegio, è stato attivato un Corso di aggiornamento in fase di accreditamento anche per i Collegi iscritti agli Albi di Assistente Sanitaria e Vigilatrice d'Infanzia (oggi Infermiere Pediatrico).

LE REAZIONI EMOTIVE SUBCONSCIE CHE PROVOCANO I COLORI

Posto che la distinzione dei colori si è verificata nell'uomo nella prima fase del suo ciclo evolutivo contemporaneamente al suo progressivo sviluppo cerebrale è inevitabile che l'uomo primitivo abbia istintivamente "fissato" in maniera definitiva nel suo subconscio la percezione di un determinato colore ad una situazione nella quale tale colore era ricorrente ed a tale situazione era inoltre abbinato uno suo preciso stato d'animo.

Tale abbinamento colore-stato d'animo, pur adattandosi alle modificate situazioni esterne, è stato trasmesso per una specie di ereditarietà da uomo ad uomo e lo si ritrova ancor oggi nel subconscio dell'uomo contemporaneo.

In particolare:

IL BLU NOTTE

L'uomo primitivo, dopo una giornata vissuta con alterne vicende, trovava riposo, la notte, dormendo sotto il cielo stellato. Si sentiva protetto dalla volta celeste, come se la divinità vegliasse su di lui.

L'ultimo colore, che rimaneva impresso nei suoi occhi prima di addormentarsi, era il colore **blu notte**.

Tale colore ricorreva anche quando scopri una grotta come rifugio più sicuro; nella sua intimità passava la notte, accovacciato accanto alla sua donna ed ai suoi figli.

Per questo motivo il **blu notte** ha finito per richiamare in maniera subconscia sempre nell'uomo il ripristino delle energie, una dolce intimità, mistiche unioni, il bisogno di quiete, di tranquillità, di armonia, di delicatezze.

Questo stato d'animo che determina il colore blu notte si è "fissato" nel subconscio dell'uomo ed è entrato a far parte degli "archetipi fondamentali" di tutta l'umanità (ovvero di quelle forme mentali subconscie che, in un certo senso, costituiscono il DNA del pensiero umano).

Anche nell'uomo contemporaneo il blu notte richiama il bisogno di un legame affettivo soddisfacente, di un ambiente calmo e sereno, di rapporti stabili e cordiali, di consuetudini e tradizioni su cui poter contare.

IL VERDE

L'uomo primitivo cammina nella foresta; il suo occhio si riposa guardando il verde degli alberi, ma il suo animo è vigile. Nel **verde** della vegetazione egli si muove guardando: qualche animale pericoloso potrebbe sbucare all'improvviso e minacciare la sua vita.

Vi sono però delle zone conosciute, circoscritte, all'interno delle quali si sente sicuro. Ad ogni primavera, quando le piante si risvegliano e la terra si copre di un verde mantello e l'uomo comincia a sperare che i frutti saranno abbondanti.

Il **verde** si è pertanto "fissato" nel subconscio dell'umanità con l'abbinamento allo stato d'animo di guardingo attenzione abbinata alla speranza di cibo.

Nell'uomo contemporaneo il **verde** richiama il bisogno di autoaffermazione, di dimostrare il proprio valore, di avere riconoscimenti di raggiungere il fine proposto con costanza e un continuo controllo su di sé, di perseguire valori fissi e stabili nel tempo.

IL ROSSO

L'uomo primitivo deve lottare per sopravvivere. Fin dagli albori dell'umanità è subito chiaro che per vivere occorre uccidere.

L'uomo della pietra cacciava gli animali per vivere ed era, a sua volta, preda per i carnivori.

Gli animali da cacciare però si difendevano ed attaccano a loro volta. La lotta era cruenta. Ogni combattimento era abbinato a spargimento di sangue; anche l'uomo colpito, graffiato, ferito, perdeva sangue.

Lo stato d'animo che si è legato al **rosso** è stato pertanto: lotta, violenza, conquista.

Anche l'eroticismo si è legato al **rosso** in quanto le femmine dei mammiferi perdono sangue quando sono in calore e la donna lo perde con la deflorazione e a cicli lunari.

Nell'uomo contemporaneo il **rosso** si è "fissato" nel subconscio con il bisogno intenso di fare esperienze, con il carattere focoso, impulsivo e competitivo, con il prestigio e il potere, con la forza e l'azione.

IL GIALLO

Quando l'uomo primitivo risolse i problemi fondamentali della nutrizione e della difesa iniziò ad esplorare la terra che lo ospitava sotto la piena luce del sole. Il suo atteggiamento era di curiosità: voleva scoprire, sapere, stabilire dei contatti.

In questa fase era molto ricettivo, sotto il sole **giallo** egli ascoltava i mille messaggi che la natura gli mandava, era ottimista, avvicinava i suoi simili, scambiava i suoi prodotti e le sue informazioni; anche con la donna il rapporto era cambiato: era finita la fase di sopraffazione (**rosso**) e iniziava quella del dialogo, del mutuo scambio, dell'aiuto reciproco.

Nell'uomo contemporaneo il **giallo** si è "fissato" nel suo subconscio con il biso-

gno "solare" di liberarsi da qualsiasi tensione. L'uomo che ama il giallo è un individuo dinamico, estroverso, ottimista per natura, vuole cambiare, migliorare, conoscere. È proiettato verso il futuro, ama l'avventura; è in cerca di nuove esperienze, nuove emozioni.

ANALISI DEI COLORI PRINCIPALI

Quanto sopra accennato sulle reazioni emotive fissate nel subconscio dell'uomo dalla percezione dei colori consente di effettuare un'analisi approfondita (anche di tipo diagnostico-terapeutico) dei legami tra lo stato d'animo, la psiche, il carattere di ogni individuo ed il suo atteggiamento nei confronti dei singoli colori.

I colori tuttavia si presentano in natura con infinite tonalità e sfumature per cui è necessario ricondurre gli schemi di analisi ad un numero limitato di colori ad ognuno dei quali far corrispondere le varie categorie di atteggiamenti, di caratteri, di sensazioni ecc.

In genere i colori principali si riducono a tre o quattro: il blu, il rosso, il giallo e il verde (alcuni studiosi non riconoscono il verde come colore principale in quanto esso è la combinazione del giallo e del blu).

Tali colori sono ulteriormente scomponibili e, naturalmente, aumentando il numero di colori aumenta il dettaglio delle relazioni tra: colore - analisi psicosomatica - terapia somministrabile in ogni singolo soggetto.

Al riguardo uno dei test di analisi più noti e riconosciuti è il "**test di Max Lusher**" che si basa su otto diversi colori.

Nel presente articolo ci si limiterà, qui di seguito, ad illustrare le caratteristiche dei primi tre colori (il giallo, il blu e il rosso) nelle loro diverse implicazioni di analisi, diagnosi e terapia.

IL GIALLO SIGNIFICATO

La sua vibrazione caratteristica lo rende gaio e luminoso e ne fa il colore della comunicazione, dello scambio, dell'apertura al rapporto con gli altri. Il giallo protegge dalla solitudine e dall'isolamento, è il colore più prossimo alla luce, esso simboleggia la spiritualità ed è sinonimo di indipendenza e di libertà. Nella tradizione ebraica le sinagoge sono gialle e nella tradizione cristiana Gabriele, l'Angelo dell'Annunciazione, è raffigurato in giallo, a conferma del significato spirituale e comunicativo di questo colore.

Per gli astrologi il giallo rappresenta il segno del Leone, il cui astro dominante è il Sole. L'astrologia classica attribuisce al segno del Leone la maggiore capacità comunicativa fra i dodici segni zodiacali.

Il colore giallo possiede una natura simile a quella dello spirito: non ha confini rigidi, si disperde facilmente in altri colori e si può mescolare ad essi mentre, se coperto da un velo di un qualsiasi altro colore, esso lo fa brillare.

Secondo la filosofia indiana dei chakras, che in sanscrito significa ruote di vita, il colore giallo corrisponde al terzo chakra chiamato Manipura (gemma rilucente), la sua localizzazione è situata tra l'ombelico ed il plesso solare.

PSICOLOGIA

Il giallo aiuta a prendere coscienza del proprio subconscio e dei pensieri repressi. Oltre ad un effetto chiarificatore il giallo esercita, grazie alle sue caratteristiche di colore brillante ed "estroverso" un'azione rassereneante sui sentimenti, un effetto liberatorio.

Le vibrazioni cromatiche del giallo liberano di nuovo le energie bloccate dell'individuo e le sue potenzialità di autoguarigione vengono accresciute.

Per contro, quando una persona è dominata da sentimenti egoistici e da desiderio di potere, oppure si trova in uno stato d'ira, il colore giallo ha un effetto negativo su tale persona.

PSICOANALISI

Nella psicoanalisi il giallo corrisponde alla "fase genitale". E' la meta dello sviluppo della libido che domina e organizza tutti il futuro sessuale dell'individuo.

L'uomo esce dal suo narcisismo per andare verso l'altro. La sessualità si organizza su basi di scambio e di reciprocità. Vi è l'ansia e la gioia di avventurarsi in un mondo nuovo nel quale occorre essere recettivi e tenere conto anche delle esigenze dell'altro.

E' l'atteggiamento trepidante dell'esplore che si inoltra verso un popolazione sconosciuta per stabilire dei contatti e per fare delle conoscenze.

MALATTIE PSICOSOMATICHE CORRELATE AL GIALLO

Quando le convenzioni sociali bloccano il corretto sviluppo della genialità, essa può esprimersi in forme sublimato o devianti. In tali casi le aree più colpite del corpo saranno il sistema respiratorio e quello digestivo: asma, gastrite, dispe-

psia, ecc. Tutte le perversioni sessuali si manifestano nell'area creativa che corrisponde al colore giallo.

CARATTERISTICHE DELL'INDIVIDUO CHE AMA (ACCETTA) IL GIALLO

Il soggetto che ama (in termine diagnostico: accetta) il colore giallo ha bisogno di liberarsi da una forte tensione. E un individuo dinamico, estroverso, ottimista per natura, vuole cambiare, migliorare, conoscere. E' proiettato verso il futuro, ama l'avventura; è in cerca di nuove esperienze, nuove emozioni.

Non conosce un argomento in profondità, ma tanti in superficie. Il suo raggio d'esplorazione è limitato ed è aperto ad una molteplicità d'interessi. Sa ascoltare, sa capire, ma gli riesce difficile stringere legami profondi e duraturi.

GLI AFFETTI DELL'INDIVIDUO CHE ACCETTA IL GIALLO

Attento e premuroso col partner, sa amare e donarsi, ma non riesce ad instaurare un legame profondo. Allegro, originale, creativo, anche sul piano erotico, sa rendere vivo ed interessante il rapporto di coppia. La fedeltà però gli è difficile, portato com'è alla ricerca di nuove esperienze.

I suoi amori, improvvisi e repentini, sono quasi sempre passeggeri. Gli amici lo cercano e lo stimano. Estroverso, dinamico, giocoso, ama ridere e scherzare. Circondato sempre da gruppi di persone, sa interessare raccontando barzellette, aneddoti, facendo giochi o scherzi al fine di stupire, di sorprendere gli ascoltatori.

Non gli è facile avere amicizie profonde e di lunga durata.

IL LAVORO DELL'INDIVIDUO CHE ACCETTA IL GIALLO

Superattivo e ambizioso, sa lavorare in gruppo, dialogare e collaborare con colleghi, ascoltare i consigli, apportare innovazioni.

Rispetta la volontà degli altri, sollecita la loro franchezza, provoca interazioni e scambi d'opinioni; mira più a convincere che a vincere. Ha bisogno del consenso per procedere; è attento all'aspetto umano e sociale. Il suo non è l'agire del toro che a testa bassa va verso l'obiettivo, calpestando chi si trova in mezzo.

Non ha infatti la grinta necessaria per dirigere un'azienda con ferrea autorità. Se ha un lavoro manageriale, la sua direttiva sarà morbida; se è dipendente, preferirà lavorare in "équipe" o in un ambiente in

cui siano possibili buone relazioni con colleghi e il personale dirigente.

CARATTERISTICHE DELL'INDIVIDUO CHE NON AMA (RIFIUTA) IL COLORE GIALLO

Deluso, pessimista, fissato, angosciato; le sue aspettative sono andate deluse e lui non sa rassegnarsi. Ora sta in disparte, ha paura di brutte sorprese, preoccupato e teso ha perso ogni allegria, ogni vivacità; qualche disturbo nervoso comincia a farsi sentire.

IL ROSSO SIGNIFICATO

La parola rosso è legata etimologicamente alla fonte della vita ed al sangue; tale parole ha origine tal termine sanscrito "rub-ira", che venne mutuato nelle parole latine "ruber" e "rutilus" le quali esprimono i concetti di sangue e di vita.

Il rosso richiama l'attività che riscalda il sangue (fino a farlo bollire), dona vitalità e fertilità. Si noti che questo concetto è atavico ed ha validità interculturelle; ad esempio gli aborigeni australiani (civiltà che è rimasta isolata dal resto del mondo fin dai tempi della preistoria) si colorano il corpo di ocre rosse per curarsi da diversi disturbi ed hanno l'abitudine di seppellire in un campo da coltivare una pietra rossa nella convinzione che essa lo renda più fertile.

Nell'esoterismo occidentale il rosso rappresenta la forza maschile, l'azione fecondatrice, l'attività creatrice forte ed intelligente (il dio del rosso è Marte).

Secondo la filosofia indiana dei chakras, il colore rosso corrisponde al primo chakra chiamato muladhara (radice/sostegno), corrisponde alla zona del perineo, base della spina dorsale.

PSICOLOGIA

Dal punto di vista psicologico, il rosso è sinonimo di sicurezza di sé e richiama il senso di vitalità e di forza.

Nella tradizione orientale le divinità femminili raffigurate in rosso (come ad esempio la dea tibetana Kurukulla) avevano il potere di liberare dalle paure e dai dubbi chiunque le invocasse.

Poiché nelle più antiche civiltà mediterranee il rosso era il simbolo del corpo, nella tradizione ebraico cristiana il rosso divenne anche il colore della lussuria e del peccato.

Il rosso era pertanto nell'antichità un colore simboleggiante la vita nelle sue più forti espressioni corporee e carnali per cui,

nel medioevo, periodo di massima mortificazione della carne, divenne inevitabilmente un simbolo di morte: ad esempio i carnefici portavano in tale periodo vesti rosse e gli inferi iniziarono ad essere rappresentati come luoghi rosso-infuocati.

Allo stesso tempo il rosso (al pari del nero) divenne un colore dotato di attributi magici con forti poteri di difesa.

Ma già ai tempi degli antichi Egizi il rosso veniva utilizzato per proteggersi dal fuoco (ancora oggi i mezzi dei pompieri e gli estintori sono colorati di rosso).

D'altronde già nelle culture ancestrali i cacciatori ed i guerrieri erano soliti dipingersi il corpo di rosso in quanto tale colore, oltre al potere di aumentare la forza fisica, si riteneva avesse anche le capacità magiche di proteggere dalle ferite e dalla morte.

PSICOANALISI

Nella psicanalisi il rosso rappresenta la "fase fallica" ovvero quella fase durante la quale i bambini iniziano a trarre piacere dalla manipolazione dei propri organi genitali (pene e clitoride).

E' il periodo dove domina il fallo, sia nel maschio che nella femmina, con impulsi ad un comportamento attivo, violento, che cerca di penetrare, di rompere, di aprirsi un varco.

E' una fase importante nel ciclo di sviluppo dei bambini ed è contemporanea al complesso edipico, che il maschietto supera con la paura dell'evirazione e la bambina con la paura di dispiacere alla madre.

MALATTIE PSICOSOMATICHE CORRELATE AL ROSSO

Se la fase fallica non viene superata correttamente, si possono determinare delle disfunzioni a carico del sistema nervoso e cardiocircolatorio: insonnia, colite, palpitazioni, convulsioni, agitazione psicomotoria, infiammazione agli occhi ed agli orecchi, cefalea vasomotoria, disordini mentali (isteria, ciclotimia, ipocondria, allucinazioni varie), disfunzioni sessuali (eiaculazione precoce, eretismo, impotenza, satiriasi, ninfomania, ecc.).

CARATTERISTICHE DELL'INDIVIDUO CHE AMA (ACCETTA) IL ROSSO

E' un soggetto con un bisogno intenso di fare esperienze. Focoso, impulsivo, competitivo. Ama il prestigio e il potere. Dotato di attitudini pratiche e intellettive, sa di orientare la sua azione verso un obiettivo preciso e lo sa raggiungere.

Nel teatro della vita, non può fare lo spettatore, deve essere attore. Deve dirigere personalmente il proprio destino e quello degli altri. Può essergli congeniale qualsiasi attività: lavorativa, erotica, sportiva, spirituale, mistica.

Ha fiducia in se stesso e nelle proprie capacità. Deve lottare, conquistare, vincere.

GLI AFFETTI DELL'INDIVIDUO CHE ACCETTA IL ROSSO

Per l'individuo che ama il rosso, l'eroticismo è fondamentale per l'amore. Portato al dominio, impone al partner le regole del gioco. Geloso, possessivo, conquistatore, infedele per natura, si trova facilmente a vivere amori appassionati e travolgenti, nei quali la passione, l'eroticismo, le liti violente, le separazioni e i ricongiungimenti si mescolano insieme.

Nella vita stabile di coppia i piccoli o i grandi contrasti gli sono necessari, altrimenti perde ogni interesse; per lui "l'amore non è bello se non è litigare".

Simpatico, generoso, allegro. Estroverso. Abile parlatore, sa affascinare e farsi molti amici; non riesce però a mantenerli: il suo carattere egocentrico, invadente, con scarsa sensibilità, a poco a poco li allontana.

IL LAVORO DELL'INDIVIDUO CHE ACCETTA IL ROSSO

Sicuro di sé e motivato al successo, possiede elevate capacità direttive. Ha qualche difficoltà a collaborare e delegare, perché ama gestire in modo personale un potere assoluto. Sa fornire le istruzioni necessarie e sorvegliare l'esecuzione delle sue direttive.

Ha chiarezza d'idee sugli obiettivi da raggiungere e li persegue con razionalità e senso di responsabilità. Lavoratore instancabile, con spirito d'iniziativa e carica di entusiasmo, sa coinvolgere i dipendenti, imporre le sue decisioni. Nel lavoro è più stimolato dall'obiettivo da raggiungere che dalla remunerazione.

Se è costretto da un lavoro dipendente, ha bisogno di autonomia e di incentivi per far fruttare al massimo le sue capacità, altrimenti perde ogni interesse.

CARATTERISTICHE DELL'INDIVIDUO CHE NON AMA (RIFIUTA) IL COLORE ROSSO

E' un soggetto fondamentalmente oppresso. Soffre perché si sente impotente contro gli ostacoli.

E' scontroso e irritabile. Le sue energie

sono scarse; è sull'orlo di un esaurimento fisico e psichico. Non ha più entusiasmo per la lotta; l'eroticismo lo spaventa. Si sente debole, sfinito, incompreso.

IL BLU SIGNIFICATO

Il blu rappresenta il movimento tendente verso l'interno; il blu spinge l'osservatore verso sé stesso, verso la propria anima.

In modo analogo, il blu simboleggia l'unione di ciò che è lontano e ciò che è profondo, è al tempo stesso simbolo della profondità del mare e dell'immensità del cielo.

Per gli esoteristi il blu rappresenta il colore simbolico dell'elemento acqua e quindi del sentimento.

Anche la Chiesa Cattolica collega il blu alla profondità dei sentimenti, all'anima ed alle virtù teologali (fede, speranza e carità): infatti, la Vergine Maria che impersona tali virtù, tradizionalmente indossa il mantello celeste.

Il blu è il simbolo dell'Eterno: nel Vecchio Testamento Dio si mostra a Mosè sul Monte Sinai in piedi su piastre di zaffiro.

Nella mitologia Zeus, nella lotta fra Cielo e Terra, trova la sua collocazione appoggiando sicuro i piedi sulla Pietra Azzurra.

Secondo la filosofia indiana dei chakras, il colore blu corrisponde al quinto chakra chiamato Visuddha che significa "purificazione", la sua localizzazione è a livello della gola.

PSICOLOGIA

Il colore blu aiuta a trovare il centro di noi stessi e nella psicologia dei colori il blu indica la persona equilibrata e soddisfatta.

Ma il blu, come simbolo dell'anima, evoca anche le tenebre e il blu può essere anche concepito come qualcosa che si contrae come avviene nei casi di paura e di depressione dove si verifica un'esclusione del mondo esterno.

Gli Inglesi hanno l'abitudine di usare l'espressione "I feel blue" (mi sento blu) per indicare che si sentono depressi. In Tibet gli dei irati vengono raffigurati in blu e sono simboli di paura e di malinconia.

Il blu viene anche associato ai sogni in generale poiché e nei sogni che l'anima prende la parola.

Se un individuo è attirato dal blu come simbolo dell'ombra e delle tenebre significa che tale colore lo colpisce nel suo aspetto magico e misterioso; in tale individuo il blu esprime diffidenza, mancanza di fede e fiducia indebolita.

PSICOANALISI

Nella psicanalisi il blu rappresenta la fase orale; il soddisfacimento sessuale legato alla zona delle labbra, della bocca e connesso con l'assunzione del cibo. Il bambino succhia il capezzolo e si abbandona al piacere della suzione, in un atteggiamento di totale dipendenza e massima predatorietà nei confronti della madre.

Questo soddisfacimento orale originario rimane il prototipo di ogni futuro rapporto amoroso: incorporare l'oggetto d'amore, con fantasie d'identificazione e di distruzione.

MALATTIE PSICOSOMATICHE CORRELATE AL BLU

Quando la fase orale non viene superata correttamente, rimangono tracce di un rapporto simbiotico, che provoca le stesse patologie che si riscontrano nell'area del rifiuto del colore blu: disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia), bolo isterico, nodo alla gola, conati di vomito, ricorso agli alcolici, al fumo, alla droga, dermatosi, eczemi, pruriti, brufoli, alopecia, vitiligine, ecc.

CARATTERISTICHE DELL'INDIVIDUO CHE AMA (ACCETTA) IL BLU

In tale individuo è preponderante il bisogno di quiete, di tranquillità, di armonia, di delicatezze.

Cerca attivamente un legame affettivo soddisfacente, un ambiente calmo e sereno, rapporti stabili, cordiali, consuetudini e tradizioni su cui poter contare.

La riflessione, lo studio, la meditazione, la concentrazione, sono le attività preferite.

GLI AFFETTI DELL'INDIVIDUO CHE ACCETTA IL BLU

Non può assolutamente condividere il detto "L'Amore non è bello se non è litigioso".

Per lui l'amore è fatto di tenerezze, fiducia, fedeltà, stabilità, senza scosse ed imprevisti.

Verso il partner dimostra una grande sensibilità: sa ascoltare, sa capire, sa donarsi e tende ad identificarsi con la persona amata.

Con gli amici è leale, sincero, disponibile, costante, e vorrebbe che anch'essi lo fossero con lui. Con tutti sa tenere legami profondi e duraturi.

IL LAVORO DELL'INDIVIDUO CHE ACCETTA IL BLU

Ha difficoltà ad organizzare e a dirigere; per questo ama un lavoro dipendente in cui sia già tutto predisposto. Le sue buone capacità logiche e di riflessione possono rendere il massimo se l'ambiente è sereno, amichevole, sicuro, con schemi di riferimento ben precisi e con direttive chiare, dove non vi siano cambiamenti oppure siano minimi e prevedibili.

Le regole stabilite devono essere rispettate da tutti; egli ama chi le fa rispettare, anche se lui personalmente non ha la forza di imporsi.

CARATTERISTICHE DELL'INDIVIDUO CHE NON AMA (RIFIUTA) IL COLORE BLU

E' un soggetto inquieto e insoddisfatto. Fugge da un legame vissuto come oppressivo. Non può riposarsi, non può fermarsi, deve correre, deve agire.

Sente il pericolo dell'isolamento, ha già perso il contatto con le persone significative della sua vita affettiva: forse considera il partner come oppressivo, forse sente l'ambiente di lavoro come ostile, forse vive il suo "nido" come insoddisfacente.

La quiete ed il rilassamento sono temuti, sarebbero una resa senza condizioni, un pericoloso cedimento depressivo.

Deve ricercare stimoli ed evasioni e lo fa in modo inquieto ed impulsivo. Le sue capacità di riflessione, di studio, di concentrazione, risultano disturbate.

I COLORI COME STRUMENTO DI DIAGNOSI PSICOLOGICA

Quanto sopra illustrato, sia pur limitatamente ai tre colori fondamentali, consente di evincere che, in ogni individuo, esiste una relazione biunivoca tra un colore e la sua situazione psichica (intesa in senso ampio: componenti caratteriali, stato d'animo, turbe psichiche, malattie psicosomatiche, ecc.).

Posto che i diversi colori corrispondono ad una ben preciso "stimolo" di natura psichica che è presente nel subconscio di ogni persona per una sorta di meccanismo di ereditarietà mentale possiamo considerare un colore come una "pulsazione viva" che si manifesta in ogni individuo tanto nella postura di lavoro come in quella di riposo, nella mente rilassata come in quella attiva e reattiva. Essa è in grado pertanto di fornire informazioni sullo stato organico dell'individuo, sul suo mondo emozionale, sul suo modo di pensare.

Nelle persone "sintoniche" (in sintonia con messaggio subconscio di ogni colore) i colori agiscono in sinergia e vivono una relazione complementare di attrazione, mentre le persone "diatoniche" (che non sono in sintonia con il messaggio di un colore) vivono una relazione di opposizione.

Ne consegue che:

- il colore che piace stimola e favorisce le funzioni ad esso correlate.
- il colore che provoca disagio frena le funzioni ad esso correlate.
- Il più noto metodo di psico-diagnosi basata sui colori e il "Test di Max Luscher" elaborato dal celebre psichiatra da cui ha preso il nome.

I colori usati da M. Luscher per il suo test sono otto e secondo la sua convenzione vengono abbinati ad determinati numeri:

1B Blu scuro 2V verde bosco 3R Rosso arancio 4G Giallo brillante 5F Violetto 6M Marrone 7N Nero 0Gr Grigio

I colori fondamentali sono quattro:

1 - BLU 2 - VERDE 3 - ROSSO 4 - GIALLO

Il violetto è un colore ausiliario. La loro posizione all'interno degli otto colori potenza, riduce o cambia il loro significato.

I colori anomali sono tre:

6 MARRONE 7 NERO 0 GRIGIO

La loro posizione all'interno degli otto colori, modifica il significato degli altri colori.

Si invita il paziente a scegliere gli otto colori in ordine di preferenza, mettendo i colori più graditi all'inizio e quelli meno graditi alla fine.

L'operazione viene effettuata 2 volte seguendo una particolare tecnica.

Il paziente dovrà ascoltare la maggiore o minore attrattiva che il colore esercita su di lui, senza associarlo ad oggetti o vestiti o altro.

Si viene pertanto a determinare una scala dei colori di quel paziente che saranno:

Ideale. Il primo colore rappresenta l'aspirazione dell'individuo, il fine a cui tende il suo operare; il suo ideale.

Reale. Il secondo colore rappresenta la realtà psicologica, consolidata nell'individuo da molto tempo. E' il sistema di abitudini acquisite che costituiscono il suo modo di essere, il suo carattere.

Attuale. Il terzo colore rappresenta la reattività dell'individuo. Il suo modo attuale di confrontarsi con il mondo esterno (eventi) e con il mondo interno (abitudini consolidate) E' il presente.

Cambiamento. Il quarto colore rappre-

sentita lo stimolo che porta al cambiamento. È la fonte della tensione, orientata alla soluzione del problema. Può essere un desiderio o un bisogno rimosso o represso; può essere un vuoto che produce disagio; può essere un'esperienza piacevole, che produce conseguenze dolorose o altro.

Ogni colore ha una posizione "naturale". Più un colore si allontana dalla sua posizione naturale, più il suo significato diventa negativo; più un colore si avvicina alla sua posizione "naturale", più il suo significato diventa positivo.

I COLORI COME TERAPIA

Nota in Oriente da almeno mille anni, la

"Cromoterapia" venne introdotta in Occidente nel secolo scorso ed a tutt'oggi è appurato che attraverso il colore si può non soltanto arrivare ad una diagnosi dello stato emotivo del paziente, ma anche ad una terapia per i suoi disturbi di natura psicologica.

Secondo alcuni studiosi la luce colorata può essere anche assorbita dagli occhi e dalla pelle, attraverso specifiche terminazioni nervose.

Una "iniezione" di colore, comunque somministrata, produce variazioni nell'individuo, a livello fisico (organi), energetico (emozioni), mentale (pensieri) e il colore piacevole è il punto di partenza mentre quello spiacevole è l'obiettivo terapeutico.

CONCLUSIONI

I colori e le loro varie combinazioni, possono avere una ben precisa influenza sulla nostra salute fisica e psichica. Possono risollevarci, ispirare, stimolare, guarire, ma anche inquietare, opprimere, fare ammalare. Ciascuno di noi può riflettere e capire. Quante volte nella vita di ciascuno di noi, un colore ha fatto da sfondo a una precisa decisione, ad un particolare sentimento? Quante volte più che una saporita ciliegia, mangiamo il rosso della sua buccia? Non l'insalata ma, il suo verde? Potremmo andare avanti ancora per molto. Come da molto tempo, il linguaggio comune associa determinati colori, a precisi sentimenti e situazioni. Una vita piatta e monotona si definisce grigia e priva di colori. Chi è molto arrabbiato sta vedendo tutto rosso, mentre colui che è sprofondato in una depressione colora il mondo di nero, al contrario di chi, magari innamorato e corrisposto, vede tutto rosa! Il colore ha quindi un grande potere su di noi. I pubblicitari conoscono bene questa nostra debolezza e magari rivestono di magnifico verde, i loro prodotti non proprio tutti naturali...

Osservare e sentire, dunque. Ciascuno di noi può sviluppare il proprio senso in queste cose, sentire cosa ci "dicono" i colori, quali effetti hanno su di noi ed in quali situazioni precise; come possono aiutarci nella nostra vita quotidiana.

Cieco dalla nascita l'uomo seduto sulla panchina percepì la presenza umana dal calore che essa emanava.

Un altro uomo infatti, silenzioso, si era avvicinato e seduto accanto a questo suo 'simile', che viveva nel buio senza che si vedesse.

L'uomo che viveva nel buio avvertì, attraverso questo calore, la vita e provò il forte desiderio di assaporarla, parlando a questa presenza.

E così ad un tratto, con voce calma e profonda domandò: "che cos'è un arcobaleno?."

Ne ho sentito parlare molto nella mia oscurità, ma oggi mi hanno detto che è apparso; in molti me lo hanno descritto, ma io non ho capito di cosa si tratta perché non ho la percezione di ciò che chiamano 'colore'. Posso comprenderlo come fenomeno fisico, ma sembra che sia molto di più di tutto questo!"

"E' vero!" rispose l'uomo che viveva nei colori, rendendosi conto di quanto fosse difficile descrivere qualcosa che si poteva solo immaginare. "L'arcobaleno è meraviglioso, è molto di più di un fenomeno fisico!"

Allora cominciò a parlare all'uomo delle tenebre del blu, descrivendogli il mare.

"Il mare, oh sì il mare io lo conosco, ho annusato il profumo del mare in ogni stagione, l'ho annusato nei momenti di calma e durante la burrasca e ho sentito il suo sapore salato. So cosa intendi quando parli del colore blu".

E poi gli parlò del giallo e dell'arancione, descrivendogli il sole e, con suo stupore, l'uomo nelle tenebre, gli rispose che conosceva questi due colori. Perché conosceva il colore del sole durante le tappe della sua vita diurna.

Ma ancora più grande fu la sua emozione quando descrivendogli il colore 'verde', l'uomo gli descrisse la bellezza dell'erba. Di un prato. Delle fronde di un albero che le sue mani attente tante volte aveva accarezzato.

Queste mani che tante volte avevano colto il rosso di una rosa, o gli altri suoi sensi che gli avevano regalato il colore delle viole, di una strada bagnata, di un tramonto infuocato, delle nuvole trasportate dal vento.

Ora era l'uomo nelle tenebre che, con trasporto, spiegava cosa fosse l'arcobaleno e quanto bello e meraviglioso fosse questo fenomeno e quanta vita fosse racchiusa nei suoi colori.

Fu così che l'uomo che viveva nei colori pianse, perché per la prima volta nella sua vita si accorse di quanto fosse rimasto nel buio fino a quel momento.

(MARINA, tratto dal n.30/1993 del mensile New Age)

L'autore

* Infermiera
Day hospital Ginecologia, 24 - O.S.M. Pavia

Bibliografia

- Clark, "Cromoterapia" ed. Red
Sponzilli, "Iniziazione alla cromoterapia", ed. Mediterranee
AAVV, "I colori della vita", ed. La stampa
Wauters e Thomson, "Terapia dei colori", ed. Gruppo Armenia
Luscher, "Il test rapido dei colori Luscher", ed. Demetra
Angeli, "Il tuo bambino lo dice con i colori"
Guerra Iis, "Il metodo della globalità dei linguaggi", ed. Borla
Andrei Stanway, "Guida alle medicine naturali", ed. Red
Anodea Judith, "Chakras ruote di vita", ed. Armenia

Una riflessione sul Gusto

Stefano Concardi *

Spezzatino alla giuliese, sanguinaccio alla chietina, cardone e fagioli, fregnacce con sugo di carni, pecorino di farindola, timballo di scrippelle, seppie ripiene, bocconotti, 'ndocca 'ndocca, tacchinella alla canzanese, frittata nobile con tartufi, cavolfiore alla piemontese borghese, antico tortino di funghi uova e tartufi, tabarin delle langhe con frattaglie di cortile, rotelle al burro e rhum con le noci, intingolo di funghi e fegatini alla Cavour, coniglio accomodato in tegame di coccio, stufato di manzo al barbera d'asti, involtini con erbetto del cacciatore, nostrale della val vigezzo, robiola di bossolasco, robiola di coccolato, seirass di latte, seirass di siero di pecora, toma di lanzo, tomino di talucco, bale d'aso, cappone di morozzo, cappone di vesime, mocetta del canadese, mocetta della valsesia, mortadella di fegato cotta, mortadella di fegato cruda, pancetta con cotenna, prosciutto montano della val vigezzo, salame cotto, salame del cios, salame d'oca, salame 'd la douia, salame di capra, salame di cavallo, salame di cinghiale, salame d'asino, salame di patate, salame di turgia, salsiccia al formentino, salsiccia di bra, salsiccia di cavolo o sautissa 'd coi, sanguinaccio con pane, sanguinaccio con patate, sanguinaccio con riso, susiccia 'd la vacca, susiccia 'd la crava, violino d'agnello, violino di camoscio, violino di capra, il peco-

rino abruzzese, le virtù, il controguerra, fagottini con fagioli, papicci, aglianico di puglia, saggiciottu, pera madernazza cuneese, marrone della val pellice, fegato dolce, ciufulitti, gnocchi carrati, prosciutto aquilano, mostaccioli abruzzesi, nocino aquilano, piedini di maiale in gelatina, fragole delle valli cuneesi, ciliegia bella di garbagna, aglio di molino dei torti, bietola rossa di castellazzo bormida, sedani di Alluvione Cambiò, verdicchio di jesi, bianchetto del Metauro, verze e patate alla marchigiana, bianco dei colli maceratesi, pancetta della val borbera, pisello di casalborgone, salame di trippa, rosso piceno, il salame di Turgia, cupola di formaggio, salame di tonno. Bagna caoda, pane bagnato, brasato al barolo, "civet" alla lepre con cipolline alla casalinga, finanziaria piemontese, leprotto alla cacciatore, trippa frita alla casalinga, cardi gratinati al tartufo, salsa con tartufi bianchi per cardi crudi, pesche cotte, ratafià di mele cotogne, oca arrosto, minestra di castagne bianche con riso, zuppa alla puree di navoni e di patate, , surcitti, mestecanza, le mele rosa dei monti sibillini, rosso del conero, rombo pilotato alle acciughe, bianchetto del Metauro, ciauscolo, ravioli dolci al formaggio, scrocchafusi, vernaccia di serrapetrona, bucatini con ragu di quaglia, Est!Est!Est! di montefiascone, cesanese dei piglio, cinghiale alla romana, pasta e broccoli in brodo d'arzilla, frittura mista alla romana, Risotto ai funghi. Torcetti dell'abbazia, Taglierini fatti in casa conditi con sugo di carne, Salame dolce della Val Tinella, Gran fritto misto di Callianetto, Insalata del contadino con rape rosse, cavoli e bagna cauda, Agnolotti d'asino, Salamini d'asino, Frittata di farina di ceci con erbe aromatiche, Torta di nocciole e Moscato d'Asti, polenta e merluzzo in umido, Salame dolce di Casabianca, Agnolotti di coniglio, Baci di Catorzo, Lasagnette della vigilia, Torta dell'abbondanza, Frittelle salate alla campagnola, Tagliatelle all'uovo con tartufo, Polenta arrostita con gorgonzola, "Baciua" (soffice zampino di maiale lessato, posto sotto aceto aromatizzato e quindi impanato e fritto in padella) con bagnetto, Anvertujà 'd limun (dolci di pasta sfoglia glassata al limone), Ravioli con il "plin", Carpionata di cotolette e frittatine alle erbe con contorno di fagioli "bumbaradin", Focaccia di mele, Polenta arrostita

con gorgonzola, Stufato d'asino con polenta arrostita, Tradizionale bunet (dolce di latte, cioccolato, uova, amaretto), Pane arrostito alla fiamma con pomodoro, Bocconcini di tacchino con salsa isolana, Robiola di Roccaverano con pane cotto nel forno a legna, Risotto al barbera d'Asti, Antico mun (mattoncino dolce), Zuppa di ceci con costine di maiale, Bagnèt e anciùe (tradizionale bagnetto con acciughe), Gran fritto misto alla moda di Montegrosso, Coniglio del vignaiolo, Lasagne quadre di Montemagno, Zabaglione al moscato d'Asti, Paste 'd meria (biscotti di meliga), Antipasto campagnolo di lingua in salsa verde, peperoni arrostiti con bagna fredda, uova e zucchine in carpione, Finocchini e zabaglione, Carpionata di cotolette e frittatine alle erbe con contorno di fagioli, Gran bollito misto di Villanova, Bunet al cioccolato, Agnolotti alla moda di Viarigi conditi con sugo di arrosto, Salamini di cinghiale, Polenta con bocconcini di cinghiale, Polenta arrostita sulla brace con salsiccia e peperonata, Brasato al Barbera d'Asti con cipolle, Gran fritto misto di Portacomaro, Suntuoso bollito misto di Moncalvo, "Puccia" di Monastero (soffice polenta sciolta nel minestrone di fagioli condita con burro e formaggio), Salamini di cinghiale, Lardo macinato, insaporito e spalmato sul pane, "Antico bodino di casa Savoia", Agnolotti al sugo di arrosto, Carne cruda all'Astigiana, Gran bagna cauda con peperoni e verdure di stagione, Tagliatelle condite con sugo di carne di cinghiale, Fagioli buoni di Refrancore con cotica e zampino.

Alcuni giorni fa, su di una spiaggia della Costa Azzurra, ammiravo una bambina di poco più di un anno di età che si portava alla bocca, uno dopo l'altro, i sassi che la attorniavano. La madre, con un'eleganza e una calma rare nelle donne in simili situazioni, osservava la bimba, allontanandole dalla bocca le pietre più pericolose (quelle più piccole), ammirando sempre più divertita come la figlia passasse in rassegna tutti quei sassi, quasi alla ricerca di quello più ... buono?

Che senso è il gusto? Che senso ha il gusto?

Scommetto che se qualcuno vi chiede di fare l'elenco dei cinque sensi, il gusto è quello che vi ricordate per ultimo. A me, almeno, capita così.

Aiutatemi a capire. I sensi mettono in contatto con ciò che ci sta attorno: siete d'accordo? Ma allora perché io, sdraiato sulla stessa spiaggia di quella bambina dagli occhi azzurri e dalla bellissima madre, non mi sono messo, magari furtivamente, a ciucciare quel sasso che stava alla mia sinistra? Averlo fatto non avrebbe forse arricchito la mia conoscenza di esso? Ho visto che è bianco, ho sentito il suono che emette cozzando con altri sassi, ho percepito che è liscio e senza odore: perché non sono andato oltre?

La risposta è che anch'io, che come voi

sono catalogato tra gli "adulti", uso il senso del gusto solo in ben definite situazioni: tipicamente, a tavola e nel sesso.

Certo, dite voi, questi sono i due principali piaceri della vita. Quindi, il gusto di cosa si dovrebbe lamentare: qui, lui è il vero sovrano! Vero. Ma ho l'impressione che se il gusto potesse parlare vi direbbe: "Siete degli ipocriti! Se non mi usate a tavola, quando?". Sì, ma sul sesso non puoi lamentarti. E ancora lui: "Beh, francamente, capisco che a voi possa piacere, ma di certi sapori ne faccio volentieri a meno...".

Alla fine non so cosa sia il gusto. Alla fine una cosa sola so: tornerò su quella spiaggia, prenderò un piccolo sasso e, senza fami vedere, lo metterò in bocca. Dopo averlo sputato, mi avvicinerò alla splendida madre della bambina dagli occhi azzurri, le proporrò di uscire a cena insieme, e poi magari... Ma sia chiaro: lo faccio solo per il mio senso del gusto!

L'autore

* Infermiere

CONDIZIONI DI POLIZZA RELATIVE ALLA COPERTURA TUTELA GIUDIZIARIA DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE ISCRITTO IP.AS.VI.

CONTRAENTE: COLLEGIO INFERMIERI PROFESSIONALI, ASSISTENTI SANITARI E VIGILATRICI D'INFANZIA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

Oggetto dell'Assicurazione – La Società assicura il pagamento di tutte le spese di assistenza extragiudiziale, giudiziale e peritale nonché informatore occorrenti alla tutela dell'Associato, sia in sede civile che penale, per vertenze in conseguenza di fatti commessi od attribuiti durante l'espletamento dell'attività di infermiere professionale.

La garanzia specificatamente comprende:

RECUPERO DANNI per lesioni subite alla persona dell'Assicurato per fatti illeciti di Terzi.

DIFESA PENALE per reati contravvenzionali e/o colposi.

DUPLICE DIFESA PENALE per imputazioni colpose indipendentemente dalla presenza del Legale nominato dalla Compagnia di R.C., a richiesta dell'Assicurato, la Società conferirà incarico ad altro legale prescelto dallo stesso.

SPESE DI GIUSTIZIA PENALE Ai sensi dell'Art. 535 cpp. 1° comma

RIMBORSO SPESE PER IMPUTAZIONI DOLOSE subordinatamente ad assoluzione in istruttoria, con sentenza definitiva perché il fatto non sussiste o non costituisce reato, per non averlo commesso, o in caso di derubricazione del reato colposo. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa.

ARBITRATO ED AZIONE LEGALE nei confronti di Società Assicuratrici per polizze infortuni nei casi di morte

o invalidità permanente. La garanzia è prestata per far valere il diritto al risarcimento e/o la quantificazione del medesimo.

CONTROVERSIE DI LAVORO in qualità di dipendente per fatti insorti 120 giorni dal perfezionamento del contratto, anche in sede amministrativa per ricorsi innanzi al TAR ed in sede di procedimenti disciplinari.

RETROATTIVITA' della garanzia per imputazioni penali colpose

GARANZIA POSTUMA per in sinistri insorti nel periodo di assicurazione, ma denunciati entro 12 mesi dalla cessazione del contratto.

LIBERA SCELTA DEL LEGALE, PERITO con studio nel Foro competente per la lite.

MASSIMALE: Illimitato per anno assicurativo. Euro 2.582,28 per controversia.

ASSICURATI: tutti gli iscritti al Collegio IP.AS.VI

ESCLUSIONI – Controversie tra Associazione ed Associati, reati contro il Patrimonio, materia fiscale, amministrativa, tributaria ed affine, sinistri stradali e nautici, recupero crediti, materia contrattuale salvo quanto previsto per l'arbitrato, infortuni, fatti della vita privata, controversie con Istituti ed Enti Previdenziali, contravvenzioni obbligate di importo inferiore ad euro 516,46, spese di consulenza se non seguite da azione giudiziaria esperita dallo stesso legale.

**Per ogni informazione rivolgersi a PAOLO BOSATRA - BFP s.r.l. Broker di Assicurazione
Strada Nuova, 86 - Palazzo Demetrio - 27100 Pavia - Tel. 0382-301893 / Fax 0382-538256**

Chi non si è mai incantato alla vista di un tramonto

Giovanni Lombardi *

Chi non si è mai incantato alla vista di un tramonto sul mare? Chi non ha chiuso gli occhi e respirato l'odore del mare o dell'erba appena tagliata? O ancora, chi non si è mai rilassato accarezzando il pelo di un animale domestico magari ascoltando la sua musica preferita?

Vista, olfatto, tatto...udito.

Ma il senso che nei nostri giorni tendiamo a sacrificare più sovente è il gusto.

Sacrificato a volte giustamente sull'altare della salute, ma molto più spesso ingiustamente in cambio di tempo, per rincorrere mode gastronomiche o per la pigrizia di lavare un paio di piatti in più.

Se gli altri sensi ci appagano in modo così completo, perché non ridare spazio a quello che ci consente di sopravvivere?

Senza scomodare paragoni sesso-cibo, temi sui quali il cinema, con autori più o meno qualificati, si è già cimentato, pare doveroso conferire al gusto un ruolo che lo pone almeno alla pari degli altri sensi che spesso, inconsapevolmente, privilegiamo durante la nostra vita quotidiana.

Siamo così sicuri che i momenti di aggregazione offerti da un concerto musicale, un cinema siano di livello migliore di quanto possa offrire una cena tra amici?

E le sfumature culturali legate alla provenienza, ai metodi di lavorazione, alla storia di vini e cibi sono forse inferiori a quanto sono avvincenti le scenografie cinematografiche?

Allora si potrebbe iniziare con un antipasto con lardo di Colonnata, (stagionato nelle cave di marmo) accompagnato da miele (acacia, millefiori, nocciolo) e noci, oppure da un culatello di Zibello, formidabile con scaglie di Parmigiano Reggiano e pere Abate.

Profumi autunnali che bene si sposano con un vino profumato come un Buttafuoco dell'Oltrepò o un Gutturmo piacentino.

Come primo piatto un risotto "del nimal", piatto che l'usanza contadina del secolo scorso imponeva all'uccisione del maiale, attività che per momento d'aggregazione e numero di commensali (amici, vicini, contadini, fittabili e il macellaio, che per l'occasione mangiava e beveva gratis) era seconda solo ai matrimoni.

Il "risot del nimal" (risotto del maiale) viene fatto con lo stesso impasto del salame crudo, che risulta molto più saporito della comune salsiccia usata per il risotto alla milanese per via delle spezie che contiene, inaffiato con il vino rosso che contiene.

Per gli amanti di cibi più sofisticati, gnocchi al tartufo, accompagnati da un vino più nobile come un Brunello o un Barbera riserva.

Per il secondo, le brume autunnali consigliano una selvaggina o meglio un cinghiale con la polenta.

Marinato il giorno prima nel vino, per fargli perdere il sapore di selvatico, al naturale per coloro i quali amano i sapori più decisi.

La carne del cinghiale prende diversi sapori secondo della provenienza dell'animale, in quanto, variando l'habitat, varia il menù di cui l'animale si nutre.

Per un cinghiale che viene da foreste di

lecci, querce, il sapore delle ghiande renderà la sua carne più amarognola con il sapore di selvatico o quasi speziata in presenza di bacche di ginepro.

Il tipo di carne consiglia vini più robusti, magari meno rotondi al palato, come l'Amarone o il Barolo.

Stapparli un paio d'ore prima e lasciare che il loro profumo invada gli ambienti è un piacere olfattivo unico.

Gli stessi vini, possono poi accompagnare i formaggi a lunga stagionatura, come il Castelmagno, formaggi di fossa (stagionati sotto terra) o, per gli esterofili, un Roquefort, "le fromage bleu" che viene fatto stagionare in ex ovili seminterrati, controllando l'aerazione del locale praticando fessure sulla porta, di modo da conferire la particolare muffa bluastra al prodotto.

Dolce a base di cioccolato.

Il cioccolato va assaporato delicatamente, possibilmente senza usare i denti, accarezzandolo con 5 passate della lingua in modo da coglierne tutti i retrogusti.

Da accompagnarsi preferibilmente con Porto invecchiato o Banyuls.

Dopo il caffè, una grappa secca o morbida, secondo i gusti, oppure un whisky, scozzese, single malt, con acqua e ghiaccio sempre rigorosamente a parte.

Nessuno vuole essere dissacrante o men che meno, blasfemo, ma....nostro Signore Gesù Cristo, una volta saputo che sarebbe stato tradito e ucciso, non ha mica organizzato una bella cena con gli amici? E se tra 12, poi uno è un pirla, ci si può anche stare, la prossima volta non lo si invita più !!!

L'autore

* Infermiere

Ricordiamo a tutti che possono partecipare agli eventi formativi esclusivamente le persone in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione agli Albi del Collegio IPASVI; a tal fine, per consentire una più rapida verifica, in allegato alla domanda di iscrizione deve essere inviato il bollettino che attesti il versamento della quota per l'anno 2003.

Stress nei caregivers di familiari affetti da malattie cronico-degenerative

Calogera Sorisi *
Cesare Gorrini **

Sono stata spinta dalla necessità di sapere come cambia la vita delle persone che per propria volontà, o per stretta necessità, si ritrovano ad assistere in maniera intensa e talvolta assoluta un proprio caro ammalato. Spesso mi sono sentita dire che chi ha dovuto affrontare un carico del genere ora si sente più forte, dicono anche: "Ora dopo che ho affrontato questo che altro vuole il Signore da me". Non si può rispondere a queste domande, è vero che chi si ritrova ad affrontare una situazione difficile spesso è in grado di portarla a termine...

Come a dire che il carico da trasportare è commisurato alle capacità di chi lo sta trasportando.

C.S.

La ricerca è stata condotta nell'anno 2001, nell'ambito di un progetto del Dipartimento Infermieristico dell'ASL di Pavia Distretto socio-sanitario di Corteolona.

Il responsabile del progetto è l'Infermiera Professionale Calogera Sorisi del Distretto di Corteolona.

Il responsabile Scientifico della ricerca è il Dr. Cesare Gorrini Psicologo del Dipartimento ASSI dell'ASL di Pavia.

Inoltre hanno collaborato:

Le Infermiere Professionali del Distretto di Corteolona: Anna Fortunato, Elena Castronuovo, Alessandra Rolandi

La AFD del Distretto di Corteolona Raffaella Di Martino.

PERCHE' E' NATO QUESTO PROGETTO

La riflessione sull'esperienza oramai pluriennale dell'assistenza infermieristica a domicilio ci ha portato ad interessarci del distress dei caregivers che in famiglia assistono malati cronici.

Chi ha rapporti costanti con questi familiari non può fare a meno di osservare malesseri, tensioni e disagi difficilmente affrontabili, soprattutto se tutta l'attenzione, propria e degli operatori sanitari è rivolta principalmente alla cura del paziente.

Le domande che ci siamo posti inizialmente sono state:

- i familiari sono in grado di prendersi cura adeguatamente dei loro malati a domicilio?

E' sufficiente l'intervento istruttivo degli operatori sanitari per soddisfare i loro reali bisogni?

Abbiamo riscontrato come i caregivers che assistono un familiare cronico spesso modificano radicalmente l'organizzazione della propria vita. Spesso tendono a ridurre gli impegni di lavoro o riducono la loro vita sociale, e non solo i caregivers, ma anche tutta la famiglia è costretta a ricercare nuovi equilibri compatibili con i nuovi bisogni. Ci siamo allora chiesti?

Come cambia e come è cambiata la loro vita?

Quanto costa loro, in termini di salute, assumersi la piena responsabilità dell'assistenza?

Il carico assistenziale, unito al carico emotivo delle relazioni interpersonali parentali anch'esse trasformate dalla malattia, ci presenta familiari che ci aprono le porte con i lineamenti del viso contratti, ansiosi, con il respiro affannoso, gli occhi un po' sgranati e che hanno sempre un'ultima domanda da fare.

Sono familiari che alle otto e trenta del mattino, possono raccontarti nei minimi particolari i propri disturbi fisici, l'ultimo intervento subito, la visita fissata dallo specialista.

Così ci siamo chiesti ancora:

Cosa si può fare per rispondere a questa loro richiesta di attenzione?

La condizione del familiare che assiste il congiunto in ambito ospedaliero appare diversa dalla cura domiciliare.

L'Ospedale funziona secondo un'organizzazione gerarchica, con compiti di diagnosi, di chirurgia e d'impostazione della prima cura. Il familiare nella struttura ospedaliera è considerato un ospite che può integrare il personale ospedaliero, senza che si creino conflitti di ruolo. La responsabilità dell'assistenza pesa tutta sull'organizzazione ospedaliera. Ogni gesto in più del familiare in ospedale non fa altro che confermare le proprie buone intenzioni, riconosciute direttamente dal malato e anche dagli altri ammalati. L'impegno del familiare in visita giornaliera è inoltre meno stressante per la possibilità di confrontarsi con chi sta condividendo un'analogha esperienza.

Al domicilio le cose stanno diversamente, sul caregiver spesso grava un carico emotivo e di responsabilità non indifferente, la solidarietà e l'apprezzamento di vicini di casa, amici e parenti sono importanti ma a volte col tempo si diradano. Entrano in gioco le componenti più intime delle relazioni parentali figlia - madre, figlia - padre, marito- moglie.

Negli equilibri e squilibri familiari che segnano la storia della famiglia, la malattia di un membro porta gli altri membri a ridefinire i propri rapporti e ruoli in funzione dei nuovi bisogni. La crisi necessita cambiamenti che non sempre si dimostrano del tutto funzionali, gli obblighi dell'assistenza possono esaurire e impoverire la vita del caregiver.

A volte ci siamo sentiti dire: "quando esco di casa mi sento strana, non ci sono più abituata a parlare con la gente fuori", molti caregivers tendono a non curare più il loro aspetto, si trascurano, c'è chi assiste da anni e diventa un forte fumatore, prende psicofarmaci per tirare avanti, mangia a dismisura.

Possiamo così chiederci:

com'è la famiglia tipo che accoglie il proprio congiunto ammalato a casa?

Come comprendere le cause del distress nell'assistenza familiare?

**RICERCA
PRESENTAZIONE**

La ricerca si è proposta di far luce sulla situazione assistenziale esistente nel nostro territorio. Le informazioni raccolte ci possono aiutare a rispondere a numerose domande, ci interessa sapere come riconoscere gli stati di distress dei caregivers e come fare, soprattutto ad essere utili senza rimanere coinvolti nella loro sofferenza, ma mantenendo la partecipazione emotiva necessaria a comprenderla.

La nostra esperienza professionale ci ha messo moltissime volte di fronte alla famiglia tipo che accoglie in se il familiare ammalato. In genere si tratta di una famiglia che individua un caregiver che vuole mantenere il ruolo fino alla fine. La famiglia è in grado di collaborare ed accetta gradualmente di responsabilizzarsi sempre più.

In alcuni casi invece tende a delegare ai servizi o a non assumersi le responsabilità, ma procedendo con gradualità e costanza acquista fiducia nelle sue capacità ed assolve il carico assistenziale. Una minima parte di famiglie cosiddette espulsive invece non trovano uno spazio, ne nell'abitazione, ne in loro stessi, per accogliere e provvedere al familiare ammalato.

La famiglia che accoglie generalmente cambia. Quando il caregiver ha buoni collaboratori tutti hanno l'opportunità di vivere una parentesi della loro vita in maniera diversa e più intensamente.

I familiari scoprono risorse e attingono ad energie che hanno radici lontane, ma il ruolo del caregiver e anche un ruolo delicato e spesso vissuto utilizzando tutte le loro energie disponibili senza avere la possibilità di ricaricarle, o trasformarle.

Se è vero che la malattia quando arriva costringe chi ne è affetto e chi l'assiste a "fermarsi" e a cambiare il caregiver spesso soffre per questo di uno squilibrio di risorse personali, emotive e fisiche, senza riconoscerlo o senza esserlo riconosciuto dagli altri.

**METODOLOGIA
PROCEDURE E STRUMENTI**

I fattori che possono influenzare il distress dei caregivers sono state rilevate attraverso diversi strumenti.

Un questionario anagrafico - familiare (proposto ai caregiver) riguardante variabili come età, sesso, durata dell'assistenza, tempo quotidiano dedicato all'assistenza, convivenza e parentela con l'assistito, presenza di altri caregivers e assistiti, riduzione degli impegni extrafamiliari e lavorativi, spese per l'assistenza.

Un questionario sanitario (compilato dal personale infermieristico) riguardante variabili come il livello di deterioramento funzionale dell'assistito, la frequenza di improvvisi aggravamenti, la frequenza del

supporto sanitario a domicilio.

Un questionario autovalutativo (proposto ai caregivers) che richiedeva risposte graduate secondo una scala Lickert e riguardava variabili come i rapporti con la rete sociale, la collaborazione con altri caregivers e con gli operatori sanitari, le istruzioni avute per l'assistenza ecc...

FATTORI CONSIDERATI

Il modello da noi utilizzato nella ricerca considera un certo numero di fattori associabili al distress.

Questi fattori (Tamanza G. 2001) possono essere divisi in primarie fonti di stress (età e sesso dell'assistito, tempo dedicato all'assistenza quotidianamente, gravità di deterioramento e frequenza di aggravamento) e fattori secondari o di mediazione, tra cui la durata dell'assistenza, l'età e il sesso del caregiver, la parentela tra il caregiver e l'assistito, il supporto della rete sociale, la presenza di altri assistiti, la riduzione degli impegni di lavoro per il caregiver, le spese per l'assistenza e la frequenza dell'assistenza sanitaria a domicilio.

I fattori primari di stress sono gli elementi direttamente riconducibili alla specificità del paziente e alla gravità della sua patologia.

Per fattori secondari o di mediazione si intendono gli elementi contestuali o socio-relazionali presenti nel processo di assistenza, che possono rendere più facili o più problematiche le cure, riducendo o amplificando gli effetti stressanti sul caregiver stesso.

Ci riferiamo alle risorse familiari e sociali, riferite alla disponibilità di persone che aiutano il caregiver, all'utilizzo dei servizi sanitari, alla rete parentale e amicale che ruota attorno al caregiver.

Le variabili riferite agli esiti delle condizioni di distress, ovvero i sintomi di distress, sono state rilevate attraverso un questionario sintomatologico proposto ai caregivers, il Symptom Rating Test (SRT) di Kellner e Sheffield (1973), nella versione italiana di Fava e Kellner (1982). Il SRT comprende 30 item ed è composto da quattro scale: ansietà, depressione, somatizzazione ed inadeguatezza; e stato presentato nella forma settimanale (in alternativa alla forma giornaliera) in cui il paziente segnala il tipo e l'intensità dei sintomi avvertiti durante la settimana precedente alla rilevazione.

ANALISI DEL CAMPIONE

Dalla nostra ricerca risulta che i caregivers sono soprattutto costituiti da donne, con un'età che va dai 32 agli 81 anni.

Il ruolo femminile predominante nella nostra realtà territoriale è

ancora quello di maternage, facilitato dal fatto che nella maggior parte dei casi, l'età è avanzata, per cui le donne hanno cessato l'attività lavorativa esterna alla famiglia, e si dedicano alla cura e all'assistenza dell'ammalato.

La patologia più frequente è quella a carattere cronico degenerativo, che comporta sempre una "storia passata", fatta di cure nei confronti del familiare che per lungo tempo è stato parzialmente autonomo. Si consolida così il legame tra caregiver e ammalato, contraddistinto soprattutto dalla fiducia e da innumerevoli fattori, quali ad esempio il contesto ambientale dell'ammalato. Il paese, la casa dove è sempre vissuto, la figlia più vicina, costituiscono il più delle volte la "cornice" dove si svolge l'assistenza.

Nel nostro campione troviamo anche uomini caregivers, sono soprattutto fratelli, pochissimi mariti.

Su un totale di 60 caregivers 37, dicono d'avere altri assistiti, intendendo con questi, figli, nipoti o coniuge.

Invece, è significativo il dato sulla condivisione o meno della responsabilità dell'assistenza 43 su 60 caregivers dicono che stanno assistendo da soli il familiare ammalato.

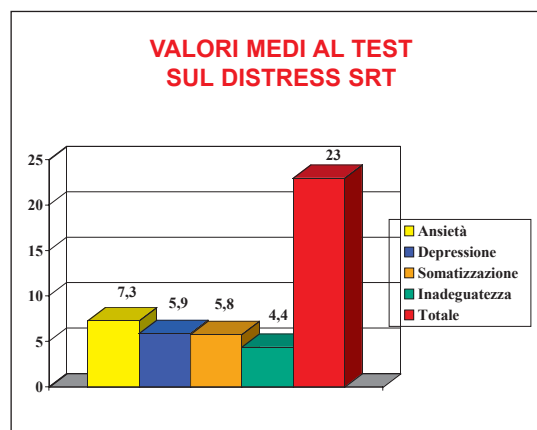
CAREGIVERS

Donne 53 - Uomini 7
Gamma di età: 32-81
Età media: 56 anni e 9 mesi
Parentela: 36 fratelli, 16 coniugi, 5 figli, 3 altri.

TIPO DI ASSISTENZA:
43 caregivers assistono senza l'aiuto di altri
17 caregivers assistono con l'aiuto di altri
37 caregivers hanno altri assistiti (es. figli minori)

ASSISTITI
Donne 39 - Uomini 21
Gamma di età: 56-96 anni
Età media: 80 anni e due mesi
Patologie: 13 demenze, 19 ictus, 28 malattie cardiodegenerative

Risultati: Vedi tabella istogrammi



INCIDENZA SPECIFICA DEL DISTRESS

- I caregivers che dicono di ricevere scarse istruzioni sul compito di assistenza presentano maggiore ansia e depressione.

I caregivers che riducono i contatti sociali a causa del forte impegno assistenziale presentano maggiore depressione e somatizzazione.

- I caregivers che assistono i familiari senza il supporto di altri parenti tendono a percepire un maggior senso di distress totale.

I caregivers che assistono i familiari che vanno incontro ad improvvisi aggravamenti tendono a somatizzare.

- Spicca distress totale nei caregivers che assistono i familiari di sesso maschile (nello specifico nelle mogli che assistono i mariti.)

- Al contrario i caregivers che collaborano nell'assistenza con altri parenti, tendono a percepire un maggior senso d'inadeguatezza.

L'analisi dei seguenti risultati è riportata nel capitolo successivo.

COMMENTO DEI RISULTATI

LE CARENZE DEI CAREGIVERS PER L'ASSISTENZA AI LORO FAMILIARI AMMALATI

I caregivers che lamentano una carenza di istruzioni sul compito di assistenza presentano significativamente maggiore ansia e depressione.

L'assistenza domiciliare fa scaturire parecchi problemi e fa nascere l'esigenza di fornire costantemente non solo prestazioni ma anche istruzioni e addestramenti per i familiari di riferimento.

L'Infermiere che va a domicilio è ospite, come è ospite ogni operatore appartenente al servizio sociale o sanitario.

In Ospedale l'attenzione dei medici e del personale infermieristico è concentrata solo ed esclusivamente sull'ammalato. Mentre noi infermieri che lavoriamo al domicilio, sappiamo quanto è importante identificare il caregiver, quanto è importante comprendere le dinamiche familiari di quel contesto, affinché si possa fare una pur minima previsione sul tipo di assistenza che si può fornire.

Noi Infermieri senza la presenza di una famiglia disposta a tenere in casa il proprio caro, non possiamo lavorare.

L'ospedalizzazione a domicilio è possibile solo laddove c'è una famiglia disposta ad accogliere in casa il proprio congiunto ammalato.

Vi sono familiari che effettivamente per la complessità delle cure e la straordinaria delle soluzioni adottate si spaventano. Lamentano una carenza d'informazio-

ni, talvolta invece ne ricevono molteplici e da operatori differenti: il Medico Ospedaliero, gli Infermieri Ospedalieri, il Medico di Base, l'Infermiere di territorio.

In questo caso i familiari vanno incontro ad un vero e proprio smarrimento.

Temono di non farcela e si trincerano dietro a frasi tipo:- Abbiamo paura, non sappiamo dove mettere le mani, sono cose che dovete fare voi.

I caregivers purtroppo devono affrontare il fatto reale che il loro familiare ammalato ha perso l'autonomia: non riesce più a lavarsi da solo o a mangiare da solo, non cammina più o peggio ancora non riconosce più l'ambiente esterno.

Essi assistono impotenti al crollo fisico-psichico e sociale del loro

familiare. Dalla nostra esperienza e dalle ricerche effettuate risulta che non è tanto la diagnosi ma è la perdita d'autonomia che porta al disorientamento e fa aumentare l'ansia al caregiver. Fino a che il paziente è in grado di svolgere le normali attività di vita, tutto viene supportato meglio.

Così, il caregiver si trova nelle condizioni di dover imparare cose che mai si sarebbe immaginato di poter fare.

Posso portarvi l'esempio dell'istruzione e addestramento di un caregiver che deve imparare a nutrire artificialmente il proprio caro. Parliamo di nutrizione enterale o parenterale, dove necessariamente un familiare deve imparare a gestire un catetere venoso centrale o una sonda gastrica o digiunale (PEG). Per quanto riguarda la PEG bisogna insegnargli a preparare un ambiente asettico ad usare manovre asettiche, a medicare il punto d'inserzione della sonda, a somministrare l'alimento e a conoscere la pompa d'infusione e soprattutto a saper riconoscere e fronteggiare gli imprevisti.

Mentre per la nutrizione parenterale devono essere centuplicate le misure asettiche che devono conoscere i familiari: medicare il punto d'inserzione del catetere centrale, preparare sterilmente i farmaci che vanno iniettati nelle sacche già pronte. In alcune circostanze non è possibile istruirli, ma nella maggior parte dei casi si allungano solo i tempi d'addestramento e poi tutto diventa possibile.

Ogni infermiera ha visto e conosce bene lo sgomento, lo stupore sugli occhi dei familiari quando apprendono che tutto questo lo devono necessariamente imparare.

Queste sono terapie che vengono fatte giornalmente, la nutrizione enterale viene somministrata nelle ore notturne, per permettere al paziente una vita più normale durante il giorno.

In questo caso l'Infermiere Domiciliare impiega un monte ore considerevole e

una disponibilità emotiva enorme per mettere il caregiver nelle condizioni di agire in autonomia.

Dalla nostra esperienza domiciliare si abbassa il livello d'ansia quando oltre che a dare le informazioni, si fa vedere, si fa insieme, si fa fare e si osserva. E' necessario rinforzare il caregiver, letteralmente bisogna complimentarsi con lui, davanti ad uno ostacolo e a un errore c'è sempre lo sforzo compiuto per fare, è quello va premiato.

A volte l'Infermiere è come se tenesse a balia il caregiver e lo lascia solo quando questi si sente sicuro, quando arriva il faticoso giorno che dice - No lasci, adesso sono capace.-

Agendo in questo modo si personalizza il servizio, si individua la risposta differenziando il trattamento in relazione alle specificità dei bisogni e delle situazioni delle singole persone.

Saggezza consiste nell'accettare i propri limiti, magari con rassegnazione. Ma questa idea dimentica due passaggi importanti: per accettare i propri limiti bisogna conoscerli e per poterli conoscere occorre farsene una ragione. (Zuliani 1997)

L'Assistenza sulle spalle di un solo familiare

I campione dei caregivers da noi consultato che assiste il familiare ammalato senza il supporto di altri parenti, presenta distress totale, maggiore ansia e depressione.

Alcuni studi hanno focalizzato l'attenzione sul processo decisionale che porta un membro del nucleo familiare ad assumere il ruolo di caregiver. M.Baum e M.Page (1991) ad esempio, sono arrivati alla conclusione che in ogni caso sono principalmente le donne di mezza età a fornire cura al membro ammalato.

Dalla nostra ricerca il caregiver selezionato che assiste da solo il familiare e che mantiene il suo ruolo fino alla fine risponde ad alcune caratteristiche. Solitamente è il marito o la moglie, o un figlio o la figlia, in tutti i casi non svolgono più un'attività lavorativa oppure non hanno mai lavorato fuori casa (casalinghe). Dall'osservazione infermieristica sui casi in carico notiamo che: in casa non ci sono altri conviventi, che viene sempre messa a disposizione una camera per il paziente. La famiglia ha un reddito dignitoso, e cosa fondamentale c'è un fortissimo legame tra il caregiver e l'ammalato anche se alcune volte il legame è carico di conflitti. Fanno parte del nostro campione anche i figli maschi celibi che hanno sempre vissuto con il genitore. Spesso l'eccessiva abnegazione nasconde dei vuoti affettivi enormi che proprio grazie alla malattia vengono in qualche modo colmati, o comunque servono al caregiver per negare carenze

affettive o per mantenere a tutti i costi un legame.

Il caregiver che si occupa esclusivamente dell'ammalato solitamente esercitava più ruoli: consorte, genitore, nonno.

I familiari da noi presi in esame trascurano tutti gli altri ruoli e si concentrano esclusivamente sull'assistenza. E' molto difficile far prendere coscienza di questo e fare in modo che ritornino a riappropriarsi degli altri ruoli.

L'esempio eclatante è quello di un caregiver singolo che vive con il marito affetto da Alzheimer precoce (cinquantotto anni), ammalato gravemente da oramai tre anni e che ha un figlio adolescente. Il figlio frequenta la scuola con scarsi risultati, la madre non ha il tempo per andare a scuola a parlare con i professori. Il figlio è in sovrappeso e lavora nel tempo libero come cameriere. La madre dice che è necessario che lui lavori poichè i soldi non bastano ora che il padre versa in quelle condizioni.

Ci sono stati momenti molto difficili dove il figlio avrebbe avuto bisogno dell'intervento dei genitori, ma ne la madre ne la sorella sposata hanno avuto tempo e disponibilità per aiutarlo. Allo stato attuale la signora è totalmente assorbita nel ruolo di caregiver per il marito e trascura sia se stessa che il figlio. Non riuscendo a comprendere che i bisogni del figlio, anche se non le appaiono così urgenti sono altrettanto importanti.

PRE ALLARMI CONTINUI

I caregivers che assistono i familiari con una patologia che comporta aggravamenti improvvisi presentano maggiore somatizzazione.

Si dice che una persona è sotto stress quando deve affrontare una situazione in cui le richieste che gli vengono poste sono superiori alle risposte che egli è in grado di dare.

Nella fase "d'allarme" l'organismo va incontro a modificazioni che hanno una finalità precisa: permettere d'adattarsi alle condizioni di squilibrio.

Malgrado le condizioni di vita dell'ammalato e del caregiver sono del tutto "eccezionali", si creano delle routine che hanno il risultato di tranquillizzare gli interessati.

Si mette in atto un adattamento che in un certo modo procura benefici.

Ogni imprevisto che sopraggiunge è vissuto come una minaccia, che tende a minare quella routine, quella condizione accettabile a cui erano giunti.

I pre-allarmi continui portano il caregiver a sconvolgere e a riadattare sia la giornata che la propria disposizione d'animo.

Così in questa fase è facile che vada incontro a dimagrimento, insonnia,

aggressività e senso di frustrazione che portano inevitabilmente a somatizzare tutta l'ansia e il senso d'impotenza che li assale.

Un altro aspetto che dobbiamo tenere in considerazione è l'anticipazione del lutto, la paura del dopo, l'angoscia che assale un caregiver.

I pre-allarmi continui costringono il caregiver a pensare alla morte del proprio caro come imminente.

La signora Amelia assiste il marito da bene sette anni, questi in seguito ad un ictus ha dovuto interrompere l'attività lavorativa, la sua funzionalità non è gravemente compromessa ma il quadro generale non è incoraggiante, poichè il paziente è affetto da altre patologie collaterali cronico-degenerative. Tuttavia la signora Amelia è riuscita ad organizzare la sua vita attorno a quella del marito, sopportandone anche il carattere e l'indolenza che quest'uomo le manifesta.

La signora Amelia non è una donna forte ne possiede un atteggiamento positivo, ha una figlia sposata e una nipotina che vivono assieme a loro. Nell'ultimo periodo di assistenza il paziente è stato ricoverato d'urgenza, spesso durante le ore notturne. "Non c'è pace." Riferisce il caregiver. "Non riusciamo più a tirare il fiato." La signora Amelia è una fumatrice accanita, assume ansiolitici ad altissime dosi, prescritte dal medico di base e ad ogni nostra visita cerca di sfogarsi. Anche la figlia ha assorbito l'atmosfera ansiogena che si respira in casa tanto che soffre d'attacchi di panico pianti improvvisi, capogiri. Inoltre la situazione tra la figlia e suo marito diventa tesa, perchè il genero mal sopporta tutto il disagio familiare.

In questa situazione apparentemente stagnante ognuno ha la sua funzione. Gli operatori sostengono il caregiver, che a sua volta sostiene l'ammalato. La figlia ama molto la madre e cerca di alleviarle il carico assistenziale sbrigando tutte quelle faccende burocratiche o intervenendo quando è necessario per spostarsi fuori casa. La nipotina dice che da grande farà la dottoressa, penso che desideri fare in modo che tutto torni come era prima. Il genero con la sua apparente ostilità ("Non capisce, non gliene importa nulla dice la signora Amelia), in realtà svolge una sua funzione: cerca di riportare le due donne in una dimensione più realistica, sforzandosi di fare accettare la situazione, e può essere che reclami anche lui quell'attenzione che sicuramente prima aveva.

COSA SUCCEDDE SUL TERRITORIO

Il passaggio dalle cure ospedaliere a quelle domiciliari è più di una questione organizzativa implica un cambiamento profondo nel modo di concepire l'assi-

stenza e il rapporto con il paziente che diventa cliente.

Quando si passa dall'ospedale al domicilio il cambiamento sembra irrilevante, il paziente è lo stesso e non cambia la sua patologia.

Cambia solo il contesto in cui si erogano le prestazioni, ma ad un'analisi più accurata si evidenzia che cambiano in modo radicale i comportamenti dei due soggetti "cliente- curante". Si modificano così i rapporti di potere, il cliente a domicilio acquista la centralità che gli è dovuta, definisce gli spazi, stabilisce i confini della propria privacy, per usare un eufemismo "gioca in casa". E' in questo contesto che si inseriscono tutti i servizi domiciliari ovvero è il sistema che viene a domicilio a fornire le prestazioni tramite l'assistenza domiciliare.

L'ADI (assistenza domiciliare integrata) viene erogata dalle SL attraverso i distretti Socio - Sanitari.

L'applicazione di questo modello definito "Modello a Rete" è inserito nel progetto obiettivo anziani 94 - 97 si attiva attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionali e si prefigge la massima efficacia negli interventi.

Come si accede ai servizi:

Le richieste pervengono al Distretto tramite il M.M.G. (medico di medicina generale) l'utente stesso o dagli ospedali di zona. Nella struttura del personale preparato per l'accoglienza raccoglie i dati del paziente e fa una prima valutazione dei bisogni e delle priorità assistenziali.

Nel più breve tempo possibile l'infermiera e l'assistente sociale si recano a domicilio dell'utente per la valutazione dei bisogni e compilazione della cartella.

Una volta effettuata la valutazione domiciliare il Medico referente di Distretto riunisce l'UVM (unità di valutazione multidimensionale).

All'UVM partecipano il medico referente del distretto, il medico di medicina generale, l'infermiere, l'assistente sociale, altre figure possono essere presenti a seconda delle necessità, medico specialistico, fisioterapista. L'UVM ha il compito di definire il piano assistenziale individualizzato, definire gli accessi, individuare il tipo di intervento e programmare le verifiche periodiche.

Il tipo di intervento offerto dal servizio di ADI può essere: infermieristico, riabilitativo, domestico o di medicina specialistica.

L'assistenza domiciliare in modo particolare a persone anziane deve prevedere un approccio globale multidimensionale che prenda in considerazione la sua dimensione fisica psichica relazionale e spirituale.

I vecchi spesso si vedono come persone senza speranza "gente che aspetta solo di morire" (Zuliani 1997).

Se invece intorno a loro tutto si muove in sintonia e con entusiasmo possono concedersi il lusso di vivere non solo il loro presente ma anche il loro futuro.

Quando curi una persona puoi vincere o perdere.

Quando ti prendi cura di una persona puoi solo vincere.

P.T.CH. ADAMS

PROPOSTE E CONCLUSIONI

L'assistenza domiciliare può essere paragonata ad un cammino non privo di ostacoli.

Si accoglie la persona ammalata, si pianifica, si programma e si attua, ma lungo il percorso bisogna saper fronteggiare gli imprevisti e i cambiamenti conseguenti.

La ricerca fa scaturire la necessità che agli operatori ADI venga data anche una formazione atta a rilevare gli stati di distress dei caregivers.

Saper riconoscere e monitorare, lungo il percorso assistenziale, i gradi di distress dei familiari attraverso l'elaborazione di strumenti specifici diventa necessario.

Sono competenze che al momento noi Infermieri acquisiamo soprattutto con l'esperienza. L'ideale sarebbe avere un supporto valido atto a sostenerci, sia per migliorare il nostro approccio al caregiver sotto stress, sia per correggerlo, ed evitare così pericolosi coinvolgimenti emotivi.

Inoltre dobbiamo imparare a saper leggere e interpretare la storia del caregiver e della sua famiglia, poiché il passato della famiglia spesso condiziona lo stato attuale e quello che deve venire. Ogni caregiver ha un modo suo per aiutare il familiare ammalato, la malattia spesso diventa un mezzo attraverso cui vengono veicolati e soddisfatti altri bisogni.

Una figlia un giorno mi ha detto: "Solo adesso che mia madre è ammalata io ho una madre, una madre che si può rispettare".

Ho visto piangere a dirotto una figlia oramai più che adulta, non per la morte della madre, ma perché attraverso la malattia, avrebbe voluto avere un po' di affetto e un po' di riconoscenza, che a suo parere sua madre fin da piccola non le aveva mai dato.

Fino all'ultimo la madre aveva mantenuto un atteggiamento distaccato nei suoi confronti. Quella figlia mi stupì, perché anche lei aveva sempre dimostrato un atteggiamento emotivamente distaccato e invece...

Se da una parte bisogna lavorare per formare nello specifico gli Infermieri, dall'altra i caregivers dovrebbero avere istituzioni a cui rivolgersi e non sempre prettamente sanitarie, i gruppi Auto-Aiuto, le Associazioni di volontari.

Per fortuna anche nella nostra provincia stanno nascendo Associazioni che si muovono proprio guidati dai familiari (Ass. dei malati affetti da M. Parkinson, Ass. dei malati affetti da ictus, Ass. dei malati affetti da Alzheimer.)

La presenza di volontari o obiettori nell'assistenza domiciliare non è sempre presente. La realtà è disomogenea spesso quello che per un comune è consolidato per altri è ancora a divenire.

Rivolgendomi ai miei colleghi che lavorano sul territorio dico che è importante divulgare il sapere anche nei confronti dei caregiver.

Quante volte i familiari più attenti ci chiedono di saperne di più.

La proposta infine è una sola aiutando e formando il caregiver si cura meglio la persona ammalata e si riduce notevolmente la possibilità che pure i caregivers si ammalino.

Bibliografia

- David Fontana, (1989) "Stress counseling" ed. Sovera Roma
- De Felice, Cioccolanti B. (1999) "Il rischio di burnout negli operatori socio - sanitari" Ed. Goliardiche Urbino.
- Rose - Marie Drees, (1991) "Problematica psico-sociale dei pazienti Alzheimer" Capitolo terzo del libro: "In Bewegung" De Tijdstroom, Utrecht
- Antonio Zuliani (1997) "Lavorare con i vecchi: difficoltà e prospettive" PM.
- By Rebecca A. Ruppert, RN, C, MS (1996) "Caring for the Lay Caregiver" CE2 Continuing Education
- Tamanza (2001) "Anziani" Ed. Franco Angeli, Milano

Gli autori

- * Infermiera Professionale
Distretto di Corteolona
- ** Psicologo del Dipartimento - ASSI A.S.L. di Pavia

Indirizzi di Associazioni che possono essere utili ai familiari e a chi lavora per loro:

ALICE - LOMBARDIA - Associazione per la lotta all'ictus cerebrale - Sezione di Pavia - Pzzale Salvo D'Acquisto, 13/B - Pavia

Associazione per il morbo di Parkinson - Sezione di Pavia - Pzzale Salvo D'Acquisto, - Pavia

Associazione Italiana Laringectomizzati - A.I.L. - Pzzale Golgi, 2 c/o S.Matteo PV

Associazione Aiutiamoci - Via Fratelli Cervi, 9 Pavia

Associazione Nazionale Terza Età attiva - A.N.T.E.A. - Via Rolla, 3 - Pavia

Associazione Pavese per la cura del Dolore Lino Sartori - Corso Mazzini, 6 - Pavia

Unione Italiana lotta alla Distrofia muscolare -U.I.L.D.M. - Via Oberdan, 19 Pavia

Associazione genitori Amici Bambino Leucemico o affetto da altre neoplasie - A.G.A.L. - Pzzale Golgi Pavia

Associazione Volontariato Patronato ACLI Lombardia - A.V.A.L. - Pzza del Carmine, 6 Pavia

Associazione per le malattie reumatiche infantili A.M.R.I. - Pzzale Golgi 2 c/o Clinica Pediatrica S.Matteo Pavia

Associazione Nazionale Famiglie di Disabili Intellettivi e Relazionali - ANFFS Sezione di Pavia - Via Spallanzani, 11 Pavia

Associazione per l'aiuto ai giovani diabetici A.G.D. - Pzzale Golgi - C/o Clinica Pediatrica S.Matteo - Pavia

Associazione autogestione servizi e la solidarietà AUSER Comprensionale di Pavia - Via Brusaioli, 8 - Pavia

Babele ONLUS - Via Porta Calcinara, 11 - Pavia

Sogni e cavalli ONLUS - Via Robecchi Bricchetti, 66 - Pavia

Per fare un albero ONLUS - Via De Canistris, 3 - Pavia

Comitato di Coordinamento Pavese per i problemi dell'Handicap - Via Acerbi, 27 - Pavia

Diritti Informazione Salute D.I.S. - Via Verdi, 8/c - Pavia

Unione Lotta alla Distrofia Muscolare U.I.L.D.M. - Via Oberdan, 19 - Pavia

Associazione di volontariato S. Riccardo Pampuri ONLUS - Via Sesia, 23 27020 - Trivulzio PV
E' presente sul territorio provinciale il "Centro Servizi per il Volontariato" con sede in C.so Garibaldi 57/A - Pavia

3/2003

Vita di collegio



S O M M A R I O

Il nostro programma	2
Delibere	2
Corsi E.C.M.:	
La Musicoterapia: uno strumento a disposizione degli Infermieri	3
Internet: professionalmente utile?	4
La gestione delle emozioni e l'accompagnamento alla morte	5
Metodologia della ricerca infermieristica	6
Internet: professionalmente utile? per A.S. - V.I. e I.P.	7

IL NOSTRO PROGRAMMA

Il nuovo Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Pavia si presenta a Voi per dare inizio ad un nuovo triennio di lavoro con l'intento di essere innanzitutto il punto di riferimento e di incontro per professionisti come la nostra in continua evoluzione.

Nel nuovo Direttivo, notiamo l'importante presenza di nuovi consiglieri accanto ad altri che già conoscete facenti parte del Direttivo uscente.

Questo gruppo ha sicuramente le potenzialità per portare nuovi stimoli ed idee per consentire al Collegio di rispondere con servizi sempre più aggiornati e mirati alle esigenze degli iscritti.

Tutto ciò significa anche ripensare gli organi rappresentativi della professione in chiave più attiva e funzionale allo sviluppo delle figure professionali che rappresentano.

Sicuramente un Collegio che si evolve in questo ambito deve attrezzarsi per fornire sia un aggiornamento costante di tecniche e di contenuti ma anche diventare un punto di riferimento importante per coloro che vogliono esercitare una attività professionale qualificata.

Il nostro Programma triennale:

AGGIORNAMENTO

Il collegio è provider ECM questo vuol dire che sarà promotore di iniziative e corsi che produrranno, anche assieme ad altre associazioni infermieristiche di settore, crediti formativi.

Sono stati previsti ad inizio anno corsi di aggiornamento che sicuramente incideranno molto il bilancio preventivo anche perché le richieste di iscrizione stanno aumentando in maniera decisamente esponenziale.

Il Gruppo di Lavoro ECM sta verificando con puntualità tutti gli eventi e le criticità ad essi relative nella previsione di migliorare gli eventi.

Ricordo ai colleghi che, essendo il sistema in con-

tinua trasformazione, nel 2004 potrebbe cambiare tutto l'impianto formativo programmato dai Collegi, se saranno applicati i nuovi criteri che individuano Ordini e Collegi quali verificatori di eventi limitando la loro attività formativa ad azioni con contenuti etico deontologici.

FORMAZIONE

L'anno 2003 dovrebbe vedere finalmente l'attivazione dei corsi di laurea post-base di primo livello denominati master nelle aree previste dal DM n. 739/94 in quasi tutta la Regione Lombardia.

Utilizzo il condizionale perché con estremo rammarico stiamo assistendo ad un ennesimo tentativo di completa ingessatura del sistema da parte del Governo.

A nulla infatti, sembra valgano gli accorati tentativi di dialogo produttivo con le forze universitarie, per concordare un percorso professionalizzante per gli infermieri italiani.

Quali obiettivi cercheremo di ottenere nel prossimo triennio:

- 1) Attivare la Laurea Specialistica
- 2) Istituzione di un bando per professore associato perché solo in questo modo potremo esprimere il "core" della professione infermieristica
- 3) Attivare progetti per la ricerca infermieristica perché solo con questi strumenti potremo migliorare l'assistenza e dimostrare il valore degli infermieri nelle equipe assistenziali

O.S.S.

In tema di formazione si terrà costantemente monitorato l'andamento dei corsi per O.S.S. attraverso incontri specifici con chi propone e gestisce questi corsi.

Si avvieranno inoltre incontri con gli iscritti per valu-

tare come l'inserimento dell'Operatore Socio Sanitario può consentire di recuperare tempo da dedicare alla pianificazione del processo assistenziale

Nel rilevare la necessità di legittimare la funzione infermieristica a tutti i livelli, abbiamo necessità di puntualizzare la nostra responsabilità nei confronti dell'assistito anche e soprattutto nel nuovo ruolo richiesto dalla "esternalizzazione" dei servizi ADI.

Intendiamo fare questa attività attraverso interventi LOCALI e PROVINCIALI:

- 1) Confronti tra Collegio, dirigenti e coordinatori di unità operativa, servizi, dipartimenti
- 2) Incontri con i coordinatori universitari
- 3) Rapporti con le Università per individuare il percorso idoneo alla realizzazione della Laurea Specialistica
- 4) Incontri con i Direttori Aziendali per definire programmi per l'esercizio professionale

Infine, ma non ultimo per importanza, verranno intensificati i controlli contro l'abusivismo professionale nelle strutture pubbliche e private.

Cercheremo inoltre un maggiore confronto a tutti i livelli e con tutti gli strumenti possibili, con le Organizzazioni Sindacali per trovare un comune campo d'azione, superando quelle inutili e infruttuose posizioni che nascono dalla interpretazione di eventi particolari che diventano oggetto di strumentalizzazione in merito all'obbligatorietà di iscrizione al Collegio e all'esercizio professionale.

Concludiamo la presentazione del nostro impegno per il futuro, rinnovando a tutti gli iscritti la disponibilità del Collegio ad offrire consulenza attraverso il Presidente e gli specialisti legali e amministrativi per qualsiasi problema relativo all'esercizio professionale.

DELIBERE

Data	Oggetto	Esito	Capitolo di spesa
04/04/03	Sostituzione Parco Hardware segreteria	Approvato all'unanimità	Spese Generali – Programmi attrezzature
04/04/03	Bilancio Consuntivo anno 2002	Approvato all'unanimità	n.r.
04/04/03	Affissione manifesto Art.11	Approvato a maggioranza	Non comporta oneri di spesa
04/04/03	Patrocinio iniziativa Comune di Landriano: "Sveglia la Pace"	Approvato a maggioranza	Non comporta oneri di spesa
04/04/03	Ottemperanza alla D.Lgs. 626 attrezzature antincendio	Approvato all'unanimità	Spese conto cap. – Manut.e riparazioni attrezzature
05/04/03	Giornata internazionale dell'Infermiera	Approvato all'unanimità	Attività Collegio – XII Maggio
05/04/03	Corso formazione "Metodologia della ricerca"	Approvato all'unanimità	Attività Collegio – Aggiornamento Iscritti
05/04/03	Cessione testata "Infermiere a Pavia" all'editore Girompini	Approvato all'unanimità	Attività Collegio - Rivista
17/04/03	Bilancio Preventivo anno 2003	Approvato all'unanimità	n.r.
29/04/03	Due sbilanciamenti nel Bilancio Consuntivo anno 2002	Approvato all'unanimità	n.r.
29/04/03	Bilancio Consuntivo anno 2002	Approvato a maggioranza	n.r.
29/04/03	Bilancio Preventivo anno 2003	Approvato a maggioranza	n.r.
07/05/03	Cambio Istituto Bancario per Gestione MAV e apertura CCB presso la Banca Regionale Europea - Ag.Cravino	Approvato all'unanimità	Non comporta oneri di spesa
07/05/03	Richiesta riconferma certificazione di accreditamento dello Studio Medico Fisioterapico Infermieristico e Associati	Approvato all'unanimità	Non comporta oneri di spesa
16/06/03	Gettone per partecipazione ai Membri del CD e/o CRC per accertamento conoscenza lingua italiana e legislazione sanitaria per extracomunitari	Approvato all'unanimità	Non comporta oneri di spesa
07/07/03	Corso "Gestione Emozioni"	Approvato all'unanimità	Attività Collegio Aggiornamento iscritti
07/07/03	Acquisto cellulare Collegio	Approvato all'unanimità	pese in Conto capitale - programmi e attrezzature
07/07/03	Modifica Regolamento Cassa	Approvato all'unanimità	Non comporta oneri di spesa
21/07/03	Corso per maturità Centro Studi Formazione Didattica	Approvato all'unanimità	Non comporta oneri di spesa

Le delibere in carattere Rosso si riferiscono alle deliberazioni approvate dall'Assemblea degli Iscritti

La Musicoterapia: uno strumento a disposizione degli Infermieri

2° edizione - sabato 13 settembre 2003 - dalle ore 8.00 alle ore 17.30
sede: Sala Auditorium - Piscina comunale - via Kennedy, 55 - Voghera

3° edizione - sabato 27 settembre 2003 - dalle ore 8.00 alle ore 17.30
sede: Salone Terzo Millennio - Casa del Giovane - Via Lomonaco, 43 - Pavia

Evento accreditato dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina, solo per Infermieri, con 4 (quattro) crediti ECM

Programma della giornata

- Ore 8.00: Registrazione dei partecipanti
- Ore 9.00 - 10.00: Introduzione alla Musicoterapia (Roberto Aglieri)
- Ore 10.00 - 11.00: Musicoterapia in medicina (Maria Rosaria d'Emanuele)
- Ore 11.00 - 11.30: Musicoterapia con l'anziano (Adele Setta)
- Ore 11.30 - 12.00: Costruire insieme un approccio operativo (Maria Rosaria d'Emanuele)
- Ore 12.00 - 12.30: Le risposte degli esperti (R. Aglieri, M.R. d'Emanuele, A. Setta)
- Ore 12.30: Pausa pranzo
- Ore 14.00 - 16.00: Esercitazione pratica (R. Aglieri, M.R. d'Emanuele, A. Setta)
- Ore 16.00 - 16.30: Rivisitazione dell'esercitazione pratica con discussione
- Ore 16.30 somministrazione del Questionario di verifica e del Questionario di gradimento

Il costo di iscrizione all'evento formativo è stabilito in:
€ 20,00 (€ 16,67 + I.V.A. 20%)

Per gli iscritti al Collegio IPASVI di Pavia e per gli studenti universitari del Diploma di Infermiere è prevista una quota di partecipazione ridotta pari a:
€ 5,00 (€ 4,17 + I.V.A. 20%)

La modalità di iscrizione deve seguire la seguente procedura:

- Possono partecipare agli eventi formativi esclusivamente le persone in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione agli Albi del Collegio IPASVI; a tal fine, per consentire una più rapida verifica, in allegato alla domanda di iscrizione deve essere inviato il bollettino che attesti il versamento della quota per l'anno 2003.
- Le iscrizioni si ricevono esclusivamente a partire dal **18 al 29 agosto**.
- Non verranno accettate iscrizioni prima della data sopra stabilita, le domande di iscrizione inviate prima di detto termine NON verranno prese in considerazione e NON saranno ritenute valide.
- invio tramite fax (0382528589), o in alternativa invio tramite posta elettronica (ipasvipavia@email.it), della scheda di iscrizione;
- al ricevimento della scheda di iscrizione, il Comitato Organizzativo dell'iniziativa provvederà a stilare l'elenco dei richiedenti in ordine di arrivo;
- il richiedente dovrà contattare il Comitato Organizzativo che sarà telefonicamente (0382525609) a disposizione dei richiedenti, esclusivamente nei giorni **1 - 3 - 5 - 8 - 10 - 12 settembre dalle ore 17.00 alle ore 18.30**, per comunicare l'avvenuta iscrizione e le modalità di versamento della quota di partecipazione;
- nessuna informazione dovrà essere richiesta fuori dalle date e dagli orari sopra specificati;
- al ricevimento dell'attestazione di avvenuto pagamento della quota il richiedente risulterà ammesso al corso.

Il Responsabile Organizzativo dell'evento è Giuseppe Braga.

Il numero di fax ove inoltrare le richieste di iscrizione è: 0382528589

L'indirizzo di posta elettronica ove, in alternativa al fax, è possibile inoltrare le richieste di iscrizione è: ipasvipavia@email.it

Il numero di telefono ove richiedere conferma di iscrizione è: 0382524609

Scheda di iscrizione al corso: "La Musicoterapia: uno strumento a disposizione degli Infermieri"

- 2° edizione - sabato 13 settembre 2003 - Voghera**
 3° edizione - sabato 27 settembre 2003 - Pavia

nome _____
 cognome _____
 studente D.U. iscritto all'Albo: I.P. A.S. V.I.
 provincia di: Pavia (n° _____)
 altra (specificare) _____
 luogo di nascita _____
 data di nascita _____
 codice fiscale _____
 qualifica _____
 indirizzo: via _____

città (provincia) _____
 c.a.p. _____
 telefono _____
 cellulare _____
 E-mail _____

Ai sensi della L. 675/96 autorizzo il trattamento dei miei dati personali e la loro divulgazione esclusivamente al fine dell'accreditamento ECM del presente corso. La mancata autorizzazione non consente l'acquisizione dei crediti ECM.

(apporre firma leggibile)

Internet: professionalmente utile?

Evento in collaborazione con: Infer-N@uti - Associazione degli Infermieri e degli altri Professionisti sanitari che navigano in Internet

sabato 4 ottobre 2003 - dalle ore 8.30 alle ore 17.30

sede: Sala Auditorium - Piscina comunale - via Kennedy, 55 - Voghera

Evento accreditato dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina, solo per Infermieri, con 4 (quattro) crediti ECM

Programma della giornata

- ore 8.30: Registrazione dei partecipanti
 ore 9.30: Presentazione della giornata
 ore 10.00 - 11.00: Due chiacchiere ... su Internet
 Pausa
 ore 11.30 - 12.30: "Comunicare" - Posta elettronica, Forum di discussione, News group, Chat
 ore 12.30 - 13.00: navigazione guidata
 Pausa pranzo
 ore 14.00 - 15.00: "Documentarsi" - Motori di ricerca e modalità di ricerca per ... la caccia al tesoro!
 ore 14.30 - 15.30: navigazione guidata
 ore 15.30 - 16.30: "Conoscere" - Risorse informative dei principali siti Web infermieristici italiani e stranieri
 ore 16.30 - 17.00: navigazione guidata
 ore 17.00: somministrazione del Questionario di verifica e del Questionario di gradimento

Il costo di iscrizione all'evento formativo è stabilito in:

€ 25,00 (€ 20,83 + I.V.A. 20%)

Per gli iscritti al Collegio IPASVI di Pavia e ad Infer-Nauti, nonché per gli studenti universitari del Diploma di Infermiere è prevista una quota di partecipazione ridotta pari a:

€ 10,00 (€ 8,33 + I.V.A. 20%)

La quota di iscrizione comprende l'iscrizione al corso.

La disponibilità dei posti è legata alla capienza della sala e non potranno comunque superare il numero di 220.

La modalità di iscrizione deve seguire la seguente procedura:

- Possono partecipare agli eventi formativi esclusivamente le persone in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione agli Albi del Collegio IPASVI; a tal fine, per consentire una più rapida verifica, in allegato alla domanda di iscrizione deve essere inviato il bollettino che attesti il versamento della quota per l'anno 2003.
- Le iscrizioni si ricevono esclusivamente a partire dal **1° al 5 settembre**.
- Non verranno accettate iscrizioni prima della data sopra stabilita, le domande di iscrizione inviate prima di detto termine NON verranno prese in considerazione e NON saranno ritenute valide.
- invio tramite fax (0382528589), o in alternativa invio tramite posta elettronica (ipasvipavia@email.it), della scheda di iscrizione;
- al ricevimento della scheda di iscrizione, il Comitato Organizzativo dell'iniziativa provvederà a stilare l'elenco dei richiedenti in ordine di arrivo;
- il richiedente dovrà contattare il Comitato Organizzativo che sarà telefonicamente (0382525609) a disposizione dei richiedenti, esclusivamente nei giorni **8 - 10 - 12 - 15 - 17 - 19 settembre** dalle ore 17.00 alle ore 18.30, per comunicare l'avvenuta iscrizione e le modalità di versamento della quota di partecipazione;
- nessuna informazione dovrà essere richiesta fuori dalle date e dagli orari sopra specificati;
- al ricevimento dell'attestazione di avvenuto pagamento della quota il richiedente risulterà ammesso al corso.

Il Responsabile Organizzativo dell'evento è Giuseppe Braga. Il numero di fax ove inoltrare le richieste di iscrizione è: 0382528589

L'indirizzo di posta elettronica ove, in alternativa al fax, è possibile inoltrare le richieste di iscrizione è: ipasvipavia@email.it

Il numero di telefono ove richiedere conferma di iscrizione è: 0382524609



Scheda di iscrizione al corso: "Internet: professionalmente utile?"

edizione di sabato 4 ottobre 2003 - Voghera

nome _____

cognome _____

studente D.U. iscritto all'Albo: I.P. A.S. V.I.

socio Infer-Nauti

provincia di: Pavia (n° _____)

 altra (specificare) _____

luogo di nascita _____

data di nascita _____

codice fiscale _____

qualifica _____

indirizzo: via _____

città (provincia) _____

c.a.p. _____

telefono _____

cellulare _____

E-mail _____

Ai sensi della L. 675/96 autorizzo il trattamento dei miei dati personali e la loro divulgazione esclusivamente al fine dell'accreditamento ECM del presente corso. La mancata autorizzazione non consente l'acquisizione dei crediti ECM.

_____ (apporre firma leggibile)

Corso di Formazione: La gestione delle emozioni e l'accompagnamento alla morte

martedì 14 ottobre 2003 - dalle ore 8.30 alle ore 17.30

sede: Aula Corsi - Collegio IPASVI della provincia di Pavia, via Lombroso, 3/B - Pavia

È stato richiesto l'accreditamento presso la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina ai fini del rilascio di crediti ECM per gli Infermieri

Programma della giornata

- ore 8:30-9:00: Registrazione dei partecipanti
 ore 9:00-9:30: Somministrazione del pre-test e presentazione docenti
 ore 9:30-11:00 (lezione): La formazione del Gruppo: creare un'anima comune
 ore 11:00-11:15 (intervallo)
 ore 11:15-13:00: (esercitazione guidata a piccoli gruppi)
 Emozione: Paura di morire
 Come rispondere all'angoscia che può assalire la persona che muore?
 Come confrontarsi di fronte a reazioni di panico di un familiare?
 Come reagire ad una fuga di un collega in una situazione di emergenza emozionale?
 ore 13:00-14:00 (pausa pranzo)
 ore 14:30-15:30 (lezione): L'armata delle "P". Individuazione ed analisi delle paure che più frequentemente emergono durante un percorso di accompagnamento alla morte
 ore 15:30-16:00 (lezione): Le emozioni: cosa sono, come si manifestano, da dove provengono
 ore 16:00-17:00 (Role-Playing): Bilancio dell'esperienza
 ore 17:00-17:30: Somministrazione del questionario di verifica e di gradimento

Il costo di iscrizione all'evento formativo è stabilito in:

€ 110,00 (€ 91,67 + I.V.A. 20%)

Per gli iscritti al Collegio IPASVI di Pavia e per gli studenti universitari del Diploma di Infermiere è prevista una quota di partecipazione ridotta pari a:

€ 40,00 (€ 33,34 + I.V.A. 20%)

La quota di iscrizione comprende l'iscrizione al corso ed il materiale didattico.

La disponibilità dei posti è legata alla qualità formativa che prevede anche attività di lavoro in piccoli gruppi; in ogni caso non potranno superare il numero di 45.

La modalità di iscrizione deve seguire la seguente procedura:

- Possono partecipare agli eventi formativi esclusivamente le persone in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione agli Albi del Collegio IPASVI; a tal fine, per consentire una più rapida verifica, in allegato alla domanda di iscrizione deve essere inviato il bollettino che attesti il versamento della quota per l'anno 2003.
- Le iscrizioni si ricevono esclusivamente a partire dal **1° al 5 settembre**.
- Non verranno accettate iscrizioni prima della data sopra stabilita, le domande di iscrizione inviate prima di detto termine NON verranno prese in considerazione e NON saranno ritenute valide.
- invio tramite fax (0382528589), o in alternativa invio tramite posta elettronica (ipasvipavia@email.it), della scheda di iscrizione;
- al ricevimento della scheda di iscrizione, il Comitato Organizzativo dell'iniziativa provvederà a stilare l'elenco dei richiedenti in ordine di arrivo;
- il richiedente dovrà contattare il Comitato Organizzativo che sarà telefonicamente (0382525609) a disposizione dei richiedenti, esclusivamente nei giorni **8 - 10 - 12 settembre dalle ore 17.00 alle ore 18.30**, per comunicare l'avvenuta iscrizione e le modalità di versamento della quota di partecipazione;
- nessuna informazione dovrà essere richiesta fuori dalle date e dagli orari sopra specificati;
- al ricevimento dell'attestazione di avvenuto pagamento della quota il richiedente risulterà ammesso al corso.

Il Responsabile Organizzativo dell'evento è Giuseppe Braga.

Il numero di fax ove inoltrare le richieste di iscrizione è: 0382528589

L'indirizzo di posta elettronica ove, in alternativa al fax, è possibile inoltrare le richieste di iscrizione è: ipasvipavia@email.it

Il numero di telefono ove richiedere conferma di iscrizione è: 0382524609



Scheda di iscrizione al corso:

" La gestione delle emozioni e l'accompagnamento alla morte "

martedì 14 ottobre 2003 - Pavia

nome _____
 cognome _____
 studente D.U. iscritto all'Albo: I.P. A.S. V.I.
 provincia di: Pavia (n° _____)
 altra (specificare) _____
 luogo di nascita _____
 data di nascita _____
 codice fiscale _____
 qualifica _____
 indirizzo: via _____

città (provincia) _____
 c.a.p. _____
 telefono _____
 cellulare _____
 E-mail _____

Ai sensi della L. 675/96 autorizzo il trattamento dei miei dati personali e la loro divulgazione esclusivamente al fine dell'accreditamento ECM del presente corso. La mancata autorizzazione non consente l'acquisizione dei crediti ECM.

(apporre firma leggibile)

Corso di Formazione: Metodologia della ricerca infermieristica

sabato 4 - 11 - 18 - 25 ottobre e 8 novembre 2003 - dalle ore 8.30 alle ore 14

sede: Aula Corsi - Collegio IPASVI della provincia di Pavia, via Lombroso, 3/B - Pavia

Evento accreditato dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina, solo per Infermieri, con 28 (ventotto) crediti ECM

Programma della giornata

1° INCONTRO: INTRODUZIONE ALLA METODOLOGIA DELLA RICERCA E ALLA RICERCA INFERMIERISTICA

ore 8:30-10:30 (lezione): Introduzione alla metodologia della ricerca e alla ricerca infermieristica

ore 10:30-11:00: (intervallo)

ore 11:00-12:00: (esercitazione di problem-solving individuale) Analisi e confronto di modelli di ricerca infermieristica

ore 12:00-14:00: (esercitazione guidata a piccoli gruppi) Simulazione di una progettazione di ricerca infermieristica (momento teorico): definizione dell'argomento, del contesto, del problema e dello scopo

2° INCONTRO: IL PROTOCOLLO DI RICERCA INFERMIERISTICA

ore 8:30-10:30 (lezione): Il protocollo di ricerca infermieristica

ore 10:30-11:00: (intervallo)

ore 11:00-13:00: (esercitazione guidata a piccoli gruppi) Simulazione di una progettazione di ricerca infermieristica (momento metodologico): definizione del disegno della ricerca e del campione

ore 13:00-14:00: (esercitazione di problem-solving individuale) Analisi e confronto di disegni e metodologie di ricerca infermieristica

3° INCONTRO: L'ACCESSO ALL'INFORMAZIONE SCIENTIFICA E LA SUA ANALISI CRITICA

ore 8:30-10:30 (lezione): Introduzione alla metodologia della ricerca e alla ricerca infermieristica

ore 10:30-11:00: (intervallo)

ore 11:00-12:00: (esercitazione di problem-solving individuale) Analisi e confronto di articoli di ricerca infermieristica

ore 12:00-14:00: (esercitazione guidata a piccoli gruppi) Simulazione della redazione di un poster scientifico

4° INCONTRO: GLI STRUMENTI DELLA RICERCA INFERMIERISTICA

ore 8:30-10:30 (lezione): Tecniche e strumenti della ricerca infermieristica

ore 10:30-11:00: (intervallo)

ore 11:00-13:00: (esercitazione guidata a piccoli gruppi) Redazione di un questionario

ore 13:00-14:00: (esercitazione di problem-solving individuale) Analisi e confronto di sperimentazioni di trattamenti infermieristici

5° INCONTRO: IL TRASFERIMENTO NELLA PRATICA DEI RISULTATI DELLA RICERCA

ore 8:30-10:30 (lezione): La standardizzazione dell'assistenza infermieristica: linee guida, percorsi clinici e procedure

ore 10:30-11:00: (intervallo)

ore 11:00-13:00: (esercitazione guidata a piccoli gruppi) Simulazione di una produzione di procedura assistenziale 'evidence-based'

ore 13:00-14:00: (esercitazione di problem-solving individuale) Analisi e confronto di linee guida per l'assistenza infermieristica

Il costo di iscrizione all'evento formativo è stabilito in:

€ 110,00 (€ 91,67 + I.V.A. 20%)

Per gli iscritti al Collegio IPASVI di Pavia e per gli studenti universitari del Diploma di Infermiere è prevista una quota di partecipazione ridotta pari a:

€ 25,00 (€ 20,83 + I.V.A. 20%)

La quota di iscrizione comprende l'iscrizione al corso ed il materiale didattico.

La disponibilità dei posti è legata alla qualità formativa che prevede anche attività di lavoro in piccoli gruppi; in ogni caso non potranno superare il numero di 25.

L'evento verrà organizzato solo se verrà raggiunta la copertura di tutti i posti disponibili, in caso contrario l'organizzatore si riserva la facoltà di annullamento dell'evento.

La modalità di iscrizione deve seguire la seguente procedura:

- Possono partecipare agli eventi formativi esclusivamente le persone in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione agli Albi del Collegio IPASVI; a tal fine, per consentire una più rapida verifica, in allegato alla domanda di iscrizione deve essere inviato il bollettino che attesti il versamento della quota per l'anno 2003.

- Le iscrizioni si ricevono esclusivamente a partire dal **18 al 29 agosto**.

- Non verranno accettate iscrizioni prima della data sopra stabilita, le domande di iscrizione inviate prima di detto termine NON verranno prese in considerazione e NON saranno ritenute valide.

- invio tramite fax (0382528589), o in alternativa invio tramite posta elettronica (ipasvipavia@email.it), della scheda di iscrizione;

- al ricevimento della scheda di iscrizione, il Comitato Organizzativo dell'iniziativa provvederà a stilare l'elenco dei richiedenti in ordine di arrivo;

- il richiedente dovrà contattare il Comitato Organizzativo che sarà telefonicamente (0382525609) a disposizione dei richiedenti, esclusivamente nei giorni **1 - 3 - 5 - 8 - 10 - 12 settembre dalle ore 17.00 alle ore 18.30**, per comunicare l'avvenuta iscrizione e le modalità di versamento della quota di partecipazione;

- nessuna informazione dovrà essere richiesta fuori dalle date e dagli orari sopra specificati;

- al ricevimento dell'attestazione di avvenuto pagamento della quota il richiedente risulterà ammesso al corso.

Il Responsabile Organizzativo dell'evento è Giuseppe Braga.

Il numero di fax ove inoltrare le richieste di iscrizione è: 0382528589

L'indirizzo di posta elettronica ove, in alternativa al fax, è possibile inoltrare le richieste di iscrizione è: ipasvipavia@email.it

Il numero di telefono ove richiedere conferma di iscrizione è: 0382524609



Scheda di iscrizione al corso: "Metodologia della ricerca infermieristica"

2° edizione di sabato 4 - 11 - 18 - 25 ottobre e 8 novembre 2003

nome _____

cognome _____

studente D.U. iscritto all'Albo: I.P. A.S. V.I.

provincia di: Pavia (n° _____)

altra (specificare) _____

luogo di nascita _____

data di nascita _____

codice fiscale _____

qualifica _____

indirizzo: via _____

città (provincia) _____

c.a.p. _____

telefono _____

cellulare _____

E-mail _____

Ai sensi della L. 675/96 autorizzo il trattamento dei miei dati personali e la loro divulgazione esclusivamente al fine dell'accreditamento ECM del presente corso. La mancata autorizzazione non consente l'acquisizione dei crediti ECM.

(apporre firma leggibile)

Internet: professionalmente utile?

Evento in collaborazione con: Infer-N@uti - Associazione degli Infermieri e degli altri Professionisti sanitari che navigano in Internet

sabato 8 novembre 2003 - dalle ore 8.30 alle ore 17.30

sede: Salone Terzo Millennio - Casa del Giovane - via Lomonaco, 43 - Pavia

Evento in fase di accreditamento dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina per le figure di: Assistente Sanitario, Infermiere Pediatrico (Vigilatrice d'Infanzia) e Infermiere

Programma della giornata

ore 8.30: Registrazione dei partecipanti
 ore 9.30: Presentazione della giornata
 ore 10.00 - 11.00: Due chiacchiere ... su Internet
 Pausa
 ore 11.30 - 12.30: "Comunicare" - Posta elettronica, Forum di discussione, News group, Chat
 ore 12.30 - 13.00: navigazione guidata
 Pausa pranzo
 ore 14.00 - 15.00: "Documentarsi" - Motori di ricerca e modalità di ricerca per ... la caccia al tesoro!
 ore 14.30 - 15.30: navigazione guidata
 ore 15.30 - 16.30: "Conoscere" - Risorse informative dei principali siti Web infermieristici italiani e stranieri
 ore 16.30 - 17.00: navigazione guidata
 ore 17.00: somministrazione del Questionario di verifica e del Questionario di gradimento

Il costo di iscrizione all'evento formativo è stabilito in:

€ 25,00 (€ 20,83 + I.V.A. 20%)

Per gli iscritti al Collegio IPASVI di Pavia e ad Infer-Nauti, nonché per gli studenti universitari del Diploma di Infermiere è prevista una quota di partecipazione ridotta pari a:

€ 10,00 (€ 8,33 + I.V.A. 20%)

La quota di iscrizione comprende l'iscrizione al corso.

La disponibilità dei posti è legata alla capienza della sala; in ogni caso non potranno superare il numero di 220 (90 posti per Assistente Sanitaria, 40 posti per Vigilatrice d'Infanzia - Infermiere Pediatrico, 90 posti per Infermiere).

La modalità di iscrizione deve seguire la seguente procedura:

- **Possono partecipare agli eventi formativi esclusivamente le persone in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione agli Albi del Collegio IPASVI; a tal**

fine, per consentire una più rapida verifica, in allegato alla domanda di iscrizione deve essere inviato il bollettino che attesti il versamento della quota per l'anno 2003.

- Le iscrizioni si ricevono esclusivamente a partire dal **15 al 19 settembre**.
- Non verranno accettate iscrizioni prima della data sopra stabilita, le domande di iscrizione inviate prima di detto termine NON verranno prese in considerazione e NON saranno ritenute valide.
- invio tramite fax (0382528589), o in alternativa invio tramite posta elettronica (ipasvipavia@email.it), della scheda di iscrizione;
- al ricevimento della scheda di iscrizione, il Comitato Organizzativo dell'iniziativa provvederà a stilare l'elenco dei richiedenti in ordine di arrivo;
- il richiedente dovrà contattare il Comitato Organizzativo che sarà telefonicamente (0382525609) a disposizione dei richiedenti, **esclusivamente nei giorni 22 - 24 - 29 settembre, 1 - 3 - 5 ottobre dalle ore 17.00 alle ore 18.30**, per comunicare l'avvenuta iscrizione e le modalità di versamento della quota di partecipazione;
- nessuna informazione dovrà essere richiesta fuori dalle date e dagli orari sopra specificati;
- al ricevimento dell'attestazione di avvenuto pagamento della quota il richiedente risulterà ammesso al corso.

Il Responsabile Organizzativo dell'evento è Giuseppe Braga.

Il numero di fax ove inoltrare le richieste di iscrizione è: 0382528589

L'indirizzo di posta elettronica ove, in alternativa al fax, è possibile inoltrare le richieste di iscrizione è: ipasvipavia@email.it

Il numero di telefono ove richiedere conferma di iscrizione è: 0382524609

Scheda di iscrizione al corso: "Internet: professionalmente utile?"

Edizione per Assistente Sanitaria, Infermiere Pediatrico, Infermiere di sabato 8 novembre 2003 - Pavia

nome _____

cognome _____

studente D.U. _____ iscritto all'Albo: I.P. _____ A.S. _____ V.I. _____

socio Infer-Nauti _____

provincia di: Pavia (n° _____)

altra (specificare) _____

luogo di nascita _____

data di nascita _____

codice fiscale _____

qualifica _____

indirizzo: via _____

città (provincia) _____

c.a.p. _____

telefono _____

cellulare _____

E-mail _____

Ai sensi della L. 675/96 autorizzo il trattamento dei miei dati personali e la loro divulgazione esclusivamente al fine dell'accreditamento ECM del presente corso. La mancata autorizzazione non consente l'acquisizione dei crediti ECM.

(apporre firma leggibile)

RIFLETTIAMO INSIEME . . .

Enrico Frisone *

Salvatore Quattrocchi **

In questi giorni di caldo torrido, le temperature in merito alla professione infermieristica, sembrano decisamente innalzarsi in seguito ad alcune voci e volantini che tendono a fornire alcune interpretazioni riguardo gli ormai conosciuti episodi legati alla “sentenza Sondrio”.

Sembrerebbe esserci in atto un tentativo di delegittimare, distruggere, ciò che con forza passione convinzione ed orgoglio si è cercato di costruire in 50 anni di attività: autonomia professionale, laurea, dirigenza.

Queste conquiste sono frutto di battaglie infermieristiche importanti, che hanno avuto momenti difficili, ma che la professione ha saputo superare presentandosi compatta e forte davanti alle altre professioni grazie e soprattutto attraverso una efficace rappresentatività nazionale e locale.

L’adesione al proprio organo di rappresentanza professionale deriva dalla consapevolezza di esercitare una professione sanitaria intellettuale, e non un mestiere.

Ha la finalità di meglio tutelare il diritto alla salute del cittadino, dandogli la certezza di avere le prestazioni ed i servizi attraverso quei professionisti infermieri che hanno la competenza e la responsabilità per fornirli.

La stessa normativa (anche se emessa dopo le vicende giudiziarie di Sondrio) rinforza e sancisce il valore fondamentale dell’appartenenza ad un ordine-collegio professionale.

Il concetto di professione sanitaria trae la sua forza dal D.M. 14/9/92 n. 739 che individua la figura dell’infermiere quale operatore sanitario, che in possesso del titolo abilitante e dell’iscrizione all’Albo, è **responsabile dell’assistenza generale infermieristica**; concetto reso pieno del suo significato, nella sua valenza deontologica, dal Nuovo Codice Deontologico del 1999.

La Legge del 26/2/1999, n. 42 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie” sancisce, all’art. 1, **il riconoscimento della professione infermieristica quale professione sanitaria e non più ausiliaria; riconosce equipollenti i diplomi e i titoli conseguiti in base all’ordinamento precedente, che abbiano permesso l’iscrizione ai relativi Albi professionali o l’attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo, o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del SSN.**

Ed infine la Legge n. 251/00 all’art. 1 recita “Gli operatori sanitari delle professioni sanitarie dell’area infermieristica e delle professioni sanitaria ostetrica. **espletando le funzioni individuate nelle norme istitutive dei relativi profili professionali (DM 739/94) nonché dagli specifici Codici Deontologici.**

Non volendo assolutamente alimentare la discussione sulla “obbligatorietà” o meno della iscrizione all’Ordine-Collegio professionale, per la quale rimandiamo a decisioni degli organi competenti in materia, abbiamo la necessità di condividere con i nostri colleghi un particolare tecnico amministrativo di assoluta importanza.

Il pagamento della quota, per chi è iscritto agli Albi professionali, è atto dovuto fino a che si rimane iscritti.

Le azioni intraprese da questo Collegio hanno da sempre avuto la esigenza di “pareggiare” il bilancio dell’ente, anche attraverso la riscossione delle quote d’iscrizione, senza mai arrivare ad azioni di forza ma confidando sul senso di appartenenza degli iscritti alla professione.

I solleciti ricevuti possono certo infastidire, ma sono fondamentali per la sopravvivenza di un Ente Pubblico quale il nostro Collegio, che deve certificare il numero degli iscritti con un valore economico impegnato in attività poste in essere dal bilancio preventivo, a tutela, decoro e sviluppo professionale.

Attendiamo quindi che ogni iscritto faccia il proprio “dovere” ottemperando all’obbligatorietà di versamento quota non esclusivamente per “dovere amministrativo”, quanto per un “dovere etico” verso la professione che rappresenta.

Grazie per l’attenzione, attendiamo le vostre considerazioni in merito per pubblicarle sui prossimi numeri.

Gli autori

* Presidente ** Tesoriere

Anche a Pavia pronti i Master Universitari In data 24 luglio il Presidente del Collegio ha avuto un incontro con il Preside

della Facoltà di medicina e chirurgia di Pavia prof. Meloni e i coordinatori del corso di laurea in infermieristica, sono stati presentati e ufficialmente attivati tre Master per Infermieri che partiranno il prossimo autunno nelle seguenti aree: 1) area critica; 2) geriatria; 3) tutoring.

I bandi per l’ammissione ai corsi, che saranno pubblicati in autunno, aprono la strada alla formazione post base per gli Infermieri consentendo un percorso di crescita disciplinare che ci auguriamo possa entro breve culminare nella attivazione della laurea specialistica di Secondo livello.