

4/2010

ISSN 1722-2214

Infermiere

a P A V I A

Infermieri ... oltre l'ospedale

Il futuro passa attraverso la qualità della formazione Infermieristica

DITORIALE



Enrico Frisone

Il 75% degli studenti delle Facoltà di Medicina è costituito da iscritti ai corsi di laurea delle professioni sanitarie e, tra questi, la fetta più rilevante frequenta quello di Infermieristica. Una realtà che dovrebbe tradursi in un potere negoziale maggiore di quello effettivamente riconosciuto alla nostra professione in ambito accademico, soprattutto a fronte di una mappatura delle sedi da cui si evinca che la maggior parte dei corsi è allocata in strutture del SSN, negli Ircss pubblici e privati e nelle altre sedi convenzionate.

Nonostante questo, continua comunque a mancare una responsabilità politica di finanziamento verso tali strutture che richiedono un'adeguata dotazione di laboratori per la didattica clinica e per l'informatica, di spazi per sperimentare la ricerca, di biblioteche per accedere a banche dati della letteratura scientifica internazionale ecc.

Inoltre i tagli apportati in tanti settori della PA rischiano oggi non solo di compromettere l'attuale qualità della formazione, ma anche di rallentare il reclutamento dei docenti da parte degli atenei: eventualità che per il settore infermieristico rappresenta un problema grave, visto che è proprio la nostra disciplina a soffrire più di altre della carenza di docenti (attualmente il patrimonio di professori associati di Scienze infermieristiche ammonta a 34 unità).

Una collocazione più definita meritano anche i team che gestiscono tali corsi: un vero esercito di "formatori" costituito da circa 2.000 tutor didattici, 700 direttori/coordinatori tecnico-pratici e dai professori a contratto, che in tutta Italia svolgono la loro attività senza una chiara identità di ruolo e spesso in uno stato di precarietà che sminuisce il loro lavoro e la loro professionalità.

L'attuale presenza di infermieri in ruolo nelle università italiane è irrilevante rispetto alle esigenze didattiche, assolve in massima parte da personale dipendente dalle aziende sanitarie.

Infermiere a Pavia
Rivista trimestrale del Collegio IP.AS.VI. di Pavia
Anno XXII n. 4/2010 settembre-dicembre 2010

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

Direttore Responsabile Enrico Frisone

Direttore Editoriale Duilio Loi

Responsabili settori

Clinico: Monica Gabetta

Sociale: Mauretta Cattanei

Formazione, Ricerca e Aggiornamento: Paola Ripa

Management: Nunzio Giuseppe Greco

Etico Deontologico: Annamaira Tanzi

Vita di Collegio: Giuseppe Braga e Gabriele Ciancio

Redattori: Carina Gomez Anamuro, Cinzia Giuseppe Braga, Mauretta Cattanei, Emanuela Cattaneo, Gabriele Ciancio, Marina Ferrari, Claudia Fiore, Enrico Frisone, Monica Gabetta, Silvia Giudici, Nadia Granata, Nunzio Greco, Duilio Loi, Paola Ripa, Ruggero Rizzini, Emanuela Sacchi, Annamaira Tanzi, Claudia Vercesi, Sylvie Yolande Goufaek

Hanno collaborato a questo numero: S. Albertini, A. Ciocca, G.F. Cucurachi, F. Lena, C. Poesio, M.G. Tuoto

Copertina frattale composto da Giuseppe Braga con il software "Sterling2"

Impianti e stampa Gemini Grafica snc - Melegnano (MI)

Direzione, Redazione, Amministrazione Via A. Volta, 25 - 27100 Pavia
Tel. 0382/525609, Fax 0382/528589
CCP n. 108162700

Stampata su carta patinata a basso contenuto di cloro certificata Iso 9706

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.
Spedizione in abb. postale - Comma 20/C 2 L. 662/96 - Fil. di Pavia.
La rivista è inviata gratuitamente agli iscritti al Collegio IP.AS.VI. di Pavia. Finito di stampare nel mese di dicembre 2010 presso Gemini Grafica snc di A. Giropini & C., Melegnano (MI)

Indice

Silvia Giudici - <i>Nursing Family. Assistenza infermieristica centrata sulla famiglia in ambito extraospedaliero</i>	4
Nadia Granata - <i>Fisica quantistica, medicina complementare / alternativa ed infermieristica: quali punti in comune?</i>	7
Claudia Vercesi - <i>Hospice a Pavia</i>	10
<i>Una nuova iniziativa patrocinata dal Collegio</i>	12
Cecilia Poesio - <i>Il case Manager infermieristico per costruire l'integrazione ospedale - territorio</i>	13
Paola Ripa - Enrico Frisone - <i>La narrazione come dispositivo nella formazione infermieristica</i>	16
Antonella Ciocca - Sara Albertini - <i>"Home Control" coinvolgimento attivo del paziente, rinforzo e verifica per via telematica. Presentazione del progetto</i>	18
Gianfranco Cucurachi - Maria Grazia Tuoto - <i>Impiego degli antisettici nella pratica quotidiana in neonatologia</i>	21
Emanuela Sacchi - <i>Oltre la divisa... c'è di più</i>	24
Annamaira Tanzi - <i>Aggiornamento - Ritorno</i>	25
Silvia Giudici - <i>Aggiornamento - Andata</i>	30

Le informazioni che circolano in ambiti ministeriali fanno ritenere l'ipotesi dell'istituzione di una "docenza aziendale" per i dipendenti delle aziende sanitarie che operano a vario titolo nelle Facoltà di medicina e chirurgia italiane la soluzione più "comoda", al di fuori del percorso universitario.

Per quanto riguarda la formazione post-laurea (post-base) la situazione è disomogenea e al di fuori di ogni controllo. Le Facoltà di medicina e chirurgia hanno attivato un numero incredibile di master di primo livello, legati ad una logica iperspecialistica, che rilasciano titoli non spendibili nel mercato del lavoro spremendo gli infermieri che sono sempre attratti da possibilità di ulteriore formazione. In particolare, la pleora incontrollata di corsi di master in coordinamento ha prodotto un numero notevole di infermieri che cercano di allontanarsi da ambiti assistenziali con organici sempre più ridotti e condizioni lavorative frustranti.

Infine, per quanto riguarda la formazione continua, i recenti cambiamenti nel sistema di accreditamento dei provider ECM introduce dubbi sia sulla qualità dei

futuri eventi formativi, sia sulla ricaduta in termini di acquisizione e mantenimento delle competenze degli infermieri.

In questa fase di riforma dell'Università, ribadiamo il nostro impegno a portare avanti con determinazione ai tavoli competenti l'istanza di una giusta valorizzazione del corpo docente infermieristico in tutte le sue componenti: la formazione dei futuri infermieri e la tutela della specificità culturale e scientifica del settore disciplinare delle Scienze infermieristiche sono elementi strategici su cui costruire lo sviluppo della nostra professione e garantire ai cittadini un'assistenza di qualità.

Per tale motivo sosteniamo l'iniziativa della CNAI e chiedo a tutti di andare sul sito www.cnai.info per firmarne il comunicato.

Auguri di Buone Feste a tutti

Enrico Frisone

 **L' autore**

* Presidente Collegio IPASVI di Pavia

*Comitato di Redazione
il Consiglio Direttivo
il Collegio dei
Revisori dei conti
augurano a tutti
delle festività serene
e buon 2011*



* Silvia Giudici

RIASSUNTO:

L'infermiere di famiglia è un professionista preparato e ben inserito in un gruppo multidisciplinare di cura della salute, con un ruolo centrale nell'ambito delle cure non solo primarie ma anche specialistiche, guidato dal Codice Etico e da standard assistenziali accreditati.

I motivi per chiedere interventi assistenziali sono numerosi. Le prestazioni erogate spaziano da una semplice manovra tecnica ad una valutazione completa, alla gestione manageriale dell'assistenza integrata in centri sanitari, ospedali e domicilio, centri clinici mobili, centri clinici satellite, centri commerciali collegati a farmacie, centri infermieristici con consulenza telefonica, scuole, residenze multiple, ecc.

Nei Paesi economicamente sviluppati la figura dell'infermiere di famiglia ha un rapporto stabile e rispettato con il pubblico, basato sulla fiducia e sulle abilità nel fare il sostenitore/difensore della salute. Qui la popolazione tende a preferire l'infermiere di famiglia rispetto ad altre figure professionali per accedere ai servizi sanitari.

Nei Paesi in via di sviluppo l'attività infermieristica extraospedaliera è più difficile. Qui il ruolo dell'infermiere è ancora troppo debole, specialmente nelle aree dove le donne ed il loro contributo sono sottovalutati.

In Italia è emerso che questa attività è spesso sacrificata per le pressanti necessità di trattamento delle malattie o per richieste di assistenza. Il successo nella introduzione di nuovi ruoli e servizi infermieristici è assicurata dove l'assistenza è attiva e valorizzata e dove i medici non vedono questo ruolo come una minaccia per la propria professionalità. Ma per emergere la strada è ancora lunga, almeno nel nostro Paese.

NURSING FAMILY

Assistenza infermieristica centrata sulla famiglia in ambito extraospedaliero

Proprio nel momento in cui mi sto impegnando nella stesura di questo articolo, i mass media mi informano che il Presidente della Repubblica Napolitano, in occasione della Conferenza Nazionale della Famiglia, tenutasi il 10 novembre u.s., ha dichiarato che "la famiglia è il fondamento per lo sviluppo e progresso della società"...

La cura ed il miglioramento della salute rappresentano un obiettivo per tutti i Paesi del mondo. Tra questi obiettivi, le cure di comunità, ambito in continuo sviluppo per l'attività infermieristica extraospedaliera. In questo contesto la famiglia rappresenta l'obiettivo primario dell'assistenza.

L'OMS in Europa promuove un'infermie-

re di famiglia che si prenda cura della famiglia appunto, nella sua globalità. Si tratta di un professionista preparato e ben inserito in un gruppo multidisciplinare di cura della salute, con un ruolo centrale nell'ambito delle cure primarie e specialistiche, che opera guidato dal Codice Etico e da accreditati standard assistenziali.

Un concetto di infermiere non nuovo, espresso nella dichiarazione di Monaco 2000 ed in molte sedute plenarie nazionale e di oltre oceano, come non nuovo è il concetto di famiglia, unica e distinta, considerata nella sua globalità, vista come cliente per la letteratura infermieristica già a partire dagli Anni '50.

Diverse pubblicazioni evidenziano il problema di delineare chiaramente i modelli pratici dell'assistenza infermieristica alla famiglia. L'incapacità di andare oltre questo punto ha portato ad una mancanza di chiarezza e di obiettivi dell'assistenza nelle cure di salute della famiglia ed ha contribuito a rallentare il riconoscimento e la definizione delle peculiarità del ruolo dell'infermiere di famiglia (1).

Mentre parte della letteratura descrive sistemi e modelli assistenziali orientati alla famiglia, sembra un paradosso, ma in molti casi è il singolo, e non la famiglia, che ha bisogno di cure e risulta così essere il primo contatto tra famiglia ed il sistema sanitario.

I motivi per chiedere interventi assistenziali sono numerosi. Spesso riguardano le cure neonatali, il rapporto madre/bimbo, le cure domiciliari ad un anziano o a un disabile, la gestione di malattie croniche e di salute mentale, le attività di prevenzione degli incidenti, i consigli sulla alimentazione.

L'assistenza può interessare l'intera famiglia quando l'infermiere è coinvolto nell'assistenza prenatale, nel parto e post-parto, nei servizi sanitari rivolti a donne, nella medicina scolastica, nella gestione di genitori problematici, con bambini che vivono in famiglie ad alto rischio, in presenza di violenza o abusi, nella riabilitazione, nel sostegno a malati in stadio terminale e nella elaborazione del lutto.

Le prestazioni erogate possono spaziare da una semplice manovra tecnica ad una valutazione completa, alla gestione manageriale dell'assistenza integrata in centri sanitari, ospedali e domicilio, all'assistenza globale o altamente specialistica.

ABSTRACT:

Nurse's family is a professional prepared and well integrated in a multidisciplinary of health care, with a central role in primary and specialist care, led by Ethics Code and standards of accredited care.

The reasons to demand care intervention are different. The services provided range from a simple technical to a integrated management of care into hospitals, homes, mobile clinics, shopping malls connected to pharmacies, nursing centers with telephone counselling, schools, multiple residences.

In economically developed countries the figure of nurse's family has stable and respected by the public, based on trust and ability to do the supporter/defender health. Here the people tend to prefer nurse's family to access in health care system.

In developing countries the extra hospital management nursing is more difficult. Here the nurse's role is still too weak, especially in areas where women and their contributions are undervalued.

In Italy it was found that these activities are often sacrificed for the urgent need for treatment of diseases or to request assistance. Successful of new roles and nursing services shall be provided where assistance is active and valued, and where doctors do not see this role as a threat to their professionalism. But the road is still long to emerge, at least in our country.

Ciò si traduce in infermieri capaci di instaurare rapporti efficaci ed appropriati con responsabili e vertici a tutti i livelli.

Nei paesi economicamente sviluppati la figura infermieristica ha uno stabile e rispettato rapporto con il pubblico, basato sulla fiducia e sulle abilità nel fare il sostenitore/difensore della salute. L'infermiere, oltre ai ruoli sovra menzionati, può operare in centri clinici mobili, centri clinici satellite, in servizi sanitari in centri commerciali e/o collegati a farmacie, centri infermieristici con consulenza telefonica, in centri clinici nelle scuole o residenze multiple (appartamenti ai piani alti dei grattacieli). La popolazione tende a preferire l'infermiere di famiglia rispetto ad altre figure professionali per accedere al sistema sanitario. Lo stima e condivide il piano assistenziale (2).

Nei paesi in via di sviluppo, dove i problemi di salute sono connessi alla povertà, all'analfabetismo, alla malnutrizione e alla disoccupazione, la gestione infermieristica extraospedaliera è più difficile ma tuttavia affrontabile. Qui il ruolo dell'infermiere è ancora troppo debole sia dentro che fuori il sistema sanitario, specialmente nei Paesi in cui le donne ed il loro contributo sono sottovalutati. Fanno eccezione le organizzazioni umanitarie dove operano molti infermieri provenienti da svariate parti del mondo e che operano in sinergia per sostenere i popoli più deboli e vulnerabili dal punto di vista sanitario. In queste zone la figura dell'infermiere ha un rispettato rapporto con il pubblico e con le istituzioni locali, basato sulla fiducia ed abilità nel fare il difensore della salute.

Si può notare come l'aumento dell'assistenza sanitaria orientata alla famiglia sia anche il risultato di servizi forniti a popolazioni vulnerabili, polietniche, poliglote o abbandonate. Qui, il domicilio è l'ambiente più importante per le cure. La partecipazione delle famiglie diventa elemento importante nell'erogazione dei servizi. Ne sono esempio tutte quelle società che affrontano migrazioni massive, sia che si tratti di spostamenti di masse dalle zone rurali alle città o ad influssi di fermenti sociali, guerre, persecuzioni politiche, disastri ambientali (3).

Durante l'ultimo decennio c'è stato un crescente interesse nello sviluppo dei paradigmi di ricerca focalizzati sull'interazione tra infermiere e famiglia.

La convinzione da cui partire, al di là dei paradigmi, è che "si fa salute" solo curando la malattia e perseguendo il benessere del singolo.

L'aspetto innovativo dell'infermieristica di famiglia è invece la considerazione dei problemi di salute del nucleo familiare nel suo complesso: focus dell'assistenza è quindi la famiglia. In questo contesto l'in-



fermiere finalizza la sua attività alla "presa in carico" del nucleo familiare.

L'attività dell'infermiere di famiglia si arricchisce così di metodi e di strumenti appropriati in quanto ciascun nucleo familiare presenta interazioni e relazioni uniche. In questa logica la visita a domicilio è il primo strumento che consente all'infermiere di effettuare una valutazione globale dei bisogni del gruppo, di evidenziare e comprendere le peculiarità di ciascun componente e di realizzare un rapporto di fiducia in un contesto caratterizzato da pressioni esterne, cambiamenti, problemi culturali e aspetti socio-economici.

Il processo assistenziale dell'infermieristica di famiglia prevede che l'infermiere utilizzi un approccio partecipativo per l'identificazione dei problemi (assessment, genogramma, ecomappa), un processo di empowerment per facilitare la fiducia nella famiglia e nel paziente, un piano di cura integrato, la valutazione dell'efficacia dell'intervento.

Una volta aver abbandonato preconcetti

e pregiudizi ed aver determinato il problema di salute, la competenza infermieristica ed i servizi sanitari possono pianificare l'intervento, oppure promuovere autoassistenza educando ed orientando i soggetti, monitorati periodicamente dai rispettivi competenti (4).

I vari interventi possono essere programmati considerando i diversi elementi chiave, tra cui la stretta collaborazione professionale-familiare, lo scambio completo ed obiettivo di informazioni imparziali, l'identificazione da parte dei professionisti della salute della diversità culturale della famiglia, dei suoi punti di forza, della sua individualità ed unicità, l'individuazione delle modalità di risposta della famiglia all'intervento e supporto ricevuto.

Secondo Beveridge, nella "famiglia come contesto" il centro di interesse è l'individuo, mentre la famiglia è sullo sfondo. La famiglia è il contesto per l'individuo, in quanto può servire da risorsa o come elemento stressante. Tutti gli infermieri dovrebbero essere in grado di erogare assi-



stenza a questo livello.

Un secondo approccio tratta la "famiglia come cliente". Qui la famiglia è in primo piano mentre il singolo è sullo sfondo. Questo vuol dire che sono prese in considerazione tutte le persone che compongono la famiglia, e il centro delle cure dell'équipe assistenziale sono tutti i membri familiari. Questo modello richiede livelli esperienziali avanzati in quanto obbliga il professionista a interagire con diversi sistemi contemporaneamente.

E poi ancora, il modello di Litchfield orientato alla "famiglia basata sul vicinato". In parole semplici se a un infermiere viene assegnato un ruolo, è la forma di esplicitazione della prestazione che determina la qualità di "assistenza alla famiglia" e di conseguenza la reazione/risposta del nucleo familiare all'intervento. Qui emerge una connessione di ruoli ed una rete di infermieri specializzati nel proprio campo d'azione, in grado di esercitare autonomamente e con piena responsabilità professionale. Siamo di fronte all'esercizio di pratica integrata, in altre parole ad una forma di attività infermieristica collettiva, che permette agli infermieri di settori diversi di lavorare in modo collaborativo erogando prestazioni di alto livello in situazioni talvolta complesse.

Le famiglie possono essere classificate in ulteriori gruppi e l'assistenza è di conseguenza adattata considerando:

1. La famiglia normale dove tutti i componenti sono in buona salute. L'obiettivo principale è il mantenimento dello stato di benessere psico-fisico, il controllo delle malattie, la prevenzione e le cure sanitarie quando necessarie.

2. La famiglia ad alto rischio ove una o più componenti hanno bisogno di particolari attenzioni (bambini, anziani, donne in gravidanza). Oltre alla normale presa in carico, si garantisce una sorveglianza nelle situazioni a rischio.

3. La famiglia che ha un componente affetto da malattia cronica o terminale (ipertensione, cancro). Promozione della salute, controllo e prevenzione delle malattie, cure mediche di base, riabilitazione e cure palliative sono garantite in base alle necessità del gruppo (5).

L'infermiere di famiglia dovrebbe quindi essere il primo anello operativo ad occuparsi di prevenzione delle malattie e di promozione della salute. In Italia è emerso che queste attività sono spesso sacrificate per le pressanti necessità di trattamento delle malattie o per richieste di assistenza. Questo è dovuto ad una carente comprensione di ciò che significa assistere global-

mente una famiglia e ad una mancata chiarezza circa la necessità di privilegiare le cure primarie rispetto alla cura delle malattie. A ciò si aggiunge il fatto che le aspettative sociali attribuiscono alla figura infermieristica un ruolo tecnico e di operatività delegata.

Il pericolo è ancora più consistente quando l'introduzione della figura del medico non è accompagnata da una chiara esplicitazione degli obiettivi e delle responsabilità dell'infermiere di famiglia, ma in realtà porta avanti una serie di attività di carattere sanitario delegate dal medico.

Il successo nella introduzione di nuovi ruoli e servizi infermieristici è assicurato invece dove l'assistenza è attiva e valorizzata e dove i medici non vedono questo ruolo come una minaccia per la propria professionalità (si vedano ad esempio le recenti vicende relative all'ingresso della figura infermieristica nelle farmacie locali) (6).

Infine carichi di lavoro, turni lunghi, inadeguato supporto d'équipe, isolamento e bassi salari, ostacolano l'introduzione di pratiche innovative e cambiamenti di ruolo.

Per emergere la strada è lunga, almeno nel nostro paese. Occorre investire sui programmi universitari, sulle lauree specialistiche, sui masters, sulle sedi di tirocinio, sui corsi di formazione, tutt'oggi carenti. Esistono infine restrizioni legali da abbattere che inibiscono lo sviluppo della pratica infermieristica extraospedaliera tantè che molti infermieri operano ad alti livelli senza standards chiari o scritti e senza copertura legale.

Bibliografia e Sitografia

- Sisti P, Montanari G, L'infermiere di famiglia, Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermieri, Impressioni Grafiche, Acqui Terme, 2001: 7-30
- Pellizzari M, L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi, Mc Graw Hill, Milano, 2008: 57-73
- Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Ribaldi L, L'infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri, McGraw Hill, Milano, 2005: 43-56
- Mislej M, Paletti F, L'infermiere di famiglia, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2008: 54-60
- <http://www.sigg.it/vmd/index.htm>
- http://www.kpihp.org/publications/docs/nurse_staffing.pdf

L'autore

* *Infermiera, Neuroriabilitazione
Fondazione Salvatore Maugeri Pavia
sede di via Boezio*



* **Nadia Granata**

*“Dovete essere il cambiamento che volete vedere nel mondo”
Mahatma Gandhi*

RIASSUNTO

L'articolo offre una riflessione sui differenti approcci alla malattia con il modello materiale ed il modello energetico e sui punti che l'infermieristica ha in comune con questi differenti approcci alla persona e alla sua malattia.

ABSTRACT

The article offers a reflection on different approaches to the disease as the model material and the energy model and points that nursing has in common with the person and the different approaches to the disease.

FISICA QUANTISTICA, MEDICINA COMPLEMENTARE/ALTERNATIVA ED INFERMIERISTICA: QUALI PUNTI IN COMUNE?

Questo articolo non vuole essere un compendio sulla fisica quantistica e la medicina complementare e alternativa (insieme di pratiche che utilizzano l'“energia” per arrivare ad un equilibrio psico-fisico) ma bensì una riflessione su come l'infermieristica ha molti punti in comune con questo approccio alla persona.

Inoltre, proprio perché l'infermieristica organizza le proprie conoscenze relative alla pratica, formazione e ricerca basati sull'evidenza scientifica, l'introduzione all'argomento sarà con alcuni cenni sulla fisica quantistica.

Se avrete modo di apprezzare i contenuti di questo articolo, sappiate che ne seguiranno altri (non è una minaccia!) in cui ci sarà un approfondimento delle tematiche trattate.

MODELLO MATERIALE E MODELLO ENERGETICO

Durante la mia professione di prendermi cura delle persone, mi sono trovata più di una volta a sperimentare l'effetto placebo, e mi sono sempre chiesta in cosa consisteva questo effetto e quale fosse il meccanismo che poteva far regredire il dolore o un'altra sintomatologia. Queste domande sono rimaste senza risposta fino a circa 6 anni fa, quando per un evento fortuito (niente avviene per caso!) mi sono ritrovata ad approfondire la mia conoscenza della medicina olistica, e questo mi ha indirizzata verso la filosofia e i principi della medicina cinese, giapponese ed indiana, scoprendo l'affascinante mondo della cultura orientale. A questo punto mi sono trovata di fronte a due diverse concezioni d'intendere il mondo e la vita:

IL MODELLO MATERIALE MECCANICISTICO DEL MONDO OCCIDENTALE.

Il modello dell'energia imperante nel mondo orientale.

Tutte le ricerche scientifiche svolte nel mondo occidentale, si basano sul paradigma del modello materiale-meccanicistico di Newton. Secondo tale paradigma, la nostra moderna visione del mondo conferma che viviamo in un universo obiettivo, in cui solo ciò che fisicamente osservabile è reale, dove con lo studio analitico si può arri-

vare a conoscere praticamente tutto, dove ogni causa produce il suo effetto, e dove abbiamo appreso che la mente è divisa dal corpo e ha il compito di controllarlo. E' proprio questo il modello sul quale si fonda la nostra medicina occidentale: un modello scientifico rigoroso, basato sul metodo induttivo-sperimentale di Galilei, e su quello deduttivo-matematico di Cartesio, sviluppato in un ambiente culturale legato alla logica greco-latina, essenzialmente sperimentale. Tale modello ha portato la medicina occidentale a vivere un'epoca di trionfi: i progressi della medicina hanno quasi cancellato la mortalità infantile; l'insulina ha ridato la vita ai diabetici; la chirurgia tratta patologie un tempo ritenute incurabili; i trapianti di organi sono diventati di pratica quotidiana. Siamo arrivati persino all'ingegneria genetica. Eppure, nonostante tutti questi successi, ci sono sempre più persone che utilizzano approcci alternativi alla medicina convenzionale. La medicina convenzionale occidentale dietro ai suoi trionfi nasconde i suoi punti deboli: ha una impostazione per cui il medico si allontana sempre più dal malato, “celandosi” dietro i suoi sofisticati strumenti. L'approccio frammentario della medicina al corpo umano conduce a una specializzazione medica, concentrando l'attenzione sui singoli organi perdendo di vista così l'integrità della persona. Il numero di malattie è in continuo aumento, e il sistema esistente è solito accanirsi contro il sintomo senza cercarne la causa; tale metodologia non porta a una vera guarigione della malattia e determina, di conseguenza, l'insorgenza di patologie croniche che implicano una diminuzione della qualità della vita. Attualmente le terapie mediche, offrono solo trattamenti palliativi a molte patologie croniche.

Il modello energetico olistico, sul quale si basano tutti gli aspetti di civilizzazione millenaria orientale, parte dal presupposto che è l'individuo e non la malattia e i suoi sintomi ad essere curato: si prenderà quindi in considerazione la sua costituzione, il suo aspetto energetico, psicologico, psicosociale, il suo ambiente e la sua alimentazione. Il modello energetico olistico merita più attenzione e approfondimento

attraverso la ricerca e l'applicazione pratica, se non altro, come metodo complementare/alternativo al sistema meccanicistico per poter arrivare alla fusione dei due sistemi che dovrebbero agire per arrivare a migliorare la qualità della vita delle persone.

FISICA QUANTISTICA

La Fisica sviluppata prima del 1900 (la "Fisica classica") consta della meccanica classica, basata sulle equazioni di Newton, della teoria di Maxwell (elettricità, magnetismo, onde elettromagnetiche), della termodinamica e della teoria cinetica dei gas.

Alla fine del secolo XIX vari esperimenti mostrarono risultati che erano in profonda contraddizione con i fondamenti della fisica classica e portarono alla costruzione di nuove teorie: a) la teoria della relatività di Einstein, b) la meccanica quantistica.

L'effetto della relatività nei sistemi chimici è piuttosto limitato, sebbene la relatività sia importante per la comprensione delle proprietà elettroniche degli atomi pesanti, possiamo dire che essa non svolge un ruolo molto rilevante nello studio della struttura molecolare e nella reattività chimica (a parte la radioattività e altri fenomeni specifici) e pertanto essa non viene generalmente insegnata, se non per sommi capi, nei corsi di laurea in Chimica.

Al contrario la meccanica quantistica costituisce il fondamento su cui è costruita tutta la chimica. La nostra attuale comprensione della struttura atomica e molecolare è basata sui principi della meccanica quantistica che, a buon diritto, costituisce il fondamento della struttura della materia.

Le nuove leggi della meccanica quantistica non negano quelle della fisica classica. I pianeti continuano a muoversi seguendo le orbite calcolate dalla matematica newtoniana. La differenza tra i due paradigmi è che la meccanica quantistica si applica nell'ambito atomico e molecolare, mentre le leggi newtoniane si applicano a livelli di organizzazione più macroscopici, come gli organismi e la collettività di individui.

Le manifestazioni di una malattia, ad esempio il cancro, può rivelarsi a livello macroscopico quando un tumore diventa visibile e palpabile, ma i processi che hanno portato alla formazione del cancro hanno avuto origine a livello molecolare, nelle cellule progenitrici colpite. Infatti la maggior parte delle disfunzioni biologiche (salvo le ferite da trauma) cominciano a livello delle molecole e degli ioni. Da ciò deriva la necessità di una biologia che integri sia la meccanica quantistica che quella newtoniana.



Centinaia di studi negli ultimi cinquant'anni hanno costantemente rivelato che "forze invisibili" dello spettro elettromagnetico hanno un impatto profondo su ogni aspetto della regolazione biologica. Queste energie comprendono le microonde, le frequenze radio, lo spettro della luce visibile, le frequenze acustiche e persino una forza scoperta recentemente chiamata "energia scalare".

La fisica ha ormai già abbracciato la fisica quantistica con risultati sensazionali, rendendo possibili i miracoli elettronici che sono alla base dell'Era dell'Informatica. L'applicazione della meccanica quantistica è stata la diretta responsabile dell'evoluzione dei televisori, dei computer, degli scanner per la TAC, della PET, della RMN, dei laser e dei telefoni cellulari. Nel prossimo futuro assisteremo anche alla commercializzazione dei computer "quantici", che si basa sulle incredibili proprietà dei sistemi quantici: a differenza dei computer tradizionali, che misurano i dati in termini di "bits", il sistema quantico utilizza un "qubit", una particella che esiste in due stati nello stesso istante. La rapidità istantanea di conversione permette al qubit di 'catturare' le informazioni in un modo che non ha equivalenti nel mondo attuale.

Inoltre un altro aspetto caratteristico della meccanica quantistica è che la "consa-

pevolezza" dell'osservatore gioca un ruolo decisivo ai livelli fondamentali della realtà. Infatti fino agli anni '20 la realtà poteva essere considerata del tutto "oggettiva" ed indipendente dall'osservazione di eventuali esseri coscienti. Ma con la formulazione della meccanica quantistica sembrò che si dovesse tener conto necessariamente della figura dell'osservatore cosciente!

Gli scienziati ci dicono che l'atomo è la rappresentazione energetica di tutto l'universo. Di qui l'affermazione che "considerare l'universo composto da parti è altrettanto assurdo quanto considerare i diversi getti d'acqua in una fontana separati dall'acqua dalla quale provengono". Questa descrizione non è stata detta da un mistico bensì da David Bohm, premio Nobel per la fisica.

E qui la fisica quantistica, effettivamente, dice le stesse cose che da secoli hanno descritto i mistici: che tutto e tutti noi in particolare, non siamo separati ma interconnessi costantemente uno all'altro e a tutte le cose. Possiamo allora pensare che ogni cellula del nostro corpo contiene l'informazione di tutto l'universo.

L'organismo umano è rappresentato in molteplici riflessologie, antiche e nuove: nell'iride, sulla pianta del piede, sul cranio, nell'immagine dell'uomo riverso, sui pol-

pastrelli delle dita delle mani e dei piedi, nelle orecchie, ecc. La fisica quantistica conferma con i suoi esperimenti questa rappresentazione riflessologica.

MEDICINA COMPLEMENTARE E ALTERNATIVA (CAM)

CAM è l'acronimo anglosassone di Complementary and Alternative Medicine. Con l'espressione **medicina complementare e alternativa** si indicano comunemente tutte le terapie non conformi alla medicina scientifica occidentale ma che spesso affiancano le cure tradizionali anche se in alcuni casi la CAM è utilizzata come esclusivo strumento di trattamento (ad esempio nell'accompagnare i pazienti alla conclusione della loro vita terrena), quando la medicina scientifica occidentale diventa impotente.

Dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, viene definita come: "la somma di conoscenze, abilità e pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze caratteristiche delle differenti culture, utilizzate a scopo preventivo, diagnostico e curativo per il miglioramento o il trattamento di malattie sia fisiche che mentali."

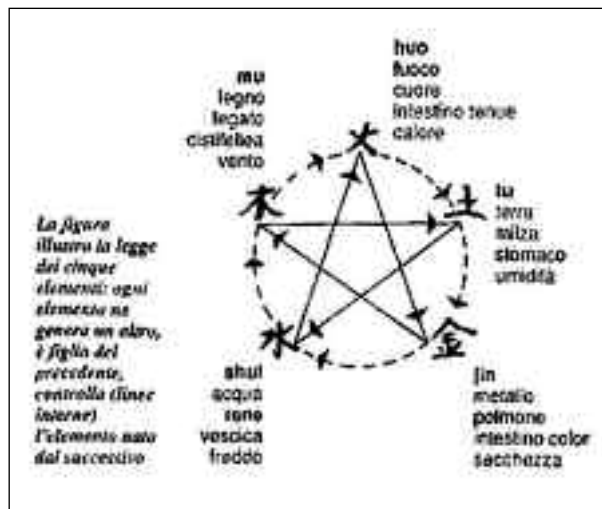
La definizione parte dal presupposto che l'OMS intende per salute uno "stato di benessere fisico, psichico e sociale, complessivo, e non di semplice assenza di malattia cui possono concorrere anche approcci diagnostico terapeutici differenti, che tengano conto di tutti gli aspetti dell'uomo, compresi quelli non riconducibili a schemi predefiniti relativi a salute e malattia", come enunciato nel "WHO Millennium Goal 2000 Health for all".

La medicina complementare è un approccio terapeutico basato sul concetto einsteniano di materia come energia, e degli essere umani come una serie di campi energetici complessi in equilibrio dinamico. Per questo, quando qualcosa si altera dentro di noi, è tutta la nostra persona a subire gli effetti: operando sull'energia con tecniche equilibrate è possibile riportare armonia direttamente alle cause di questi scompensi, ricevendo benefici in tutte le parti del nostro essere.

Vi sono oltre 300 tipi di approcci differenti per l'applicazione di CAM. Tuttavia, esiste una classificazione che ci permette di distinguere alcune categorie principali.

In particolare, l'ufficio della medicina alternativa degli USA (National Institute of Health, 1998) elenca le seguenti categorie:

- alimentazione e nutrizione;
- terapie psicocorporee (meditazione, ipnosi, bio-feedback);
- terapie tradizionali (medicina cinese, metodi di guarigione autoctoni);



- trattamento farmacologico o biologico (omeopatia);
- guarigione manuale (massaggi, shiatsu, riflessologia, reiki, tocco terapeutico);
- fitoterapia (erbe medicinali, aromaterapia)

L'INFERMIERISTICA E LA CAM

Nursing significa assistenza. Assistenza significa prendersi cura. L'infermieristica è la scienza del prendersi cura, della persona in modo olistico, rispettandone l'individualità.

Chi si prende cura educa la persona assistita a:

- aumentare la capacità di sentire e dare significato ai messaggi del proprio corpo;
- maturare la propria responsabilità nei confronti della salute;
- non essere passivo ma soggetto attivo nel percorso di cura;
- mantenere e sviluppare, tutto ciò che esiste o residua per raggiungere un equilibrio psico-fisico.

L'infermieristica, nata per essere scienza olistica, risponde effettivamente ai requisiti proposti dalla CAM. Gli infermieri se basano la loro professionalità solo sulla competenza tecnica, che deve necessariamente essere una componente dell'assistenza infermieristica, rischiano di veder ridotta la propria autonomia. Infatti, la maggior parte, degli atti tecnici, prevede una prescrizione medica o comunque l'attuazione di protocolli o procedure. Eseguire significa non utilizzare la propria creatività a favore della persona e non riconoscere l'unicità dell'individuo nella sua interezza fisica, psichica e sociale.

Nell'ambito dell'infermieristica la Federazione Nazionale dei Collegi, da una definizione delle "cure complementari" come: cure olistiche e naturali che possono essere utilmente affiancate alle cure ufficiali sia infermieristiche che mediche. Esse posso-

no anche essere utilizzate da sole. In ogni caso non vanno proposte dagli infermieri come sostituzione di interventi basati sull'evidenza scientifica. Possono essere parte integrante del piano di cura in ambito preventivo, curativo, riabilitativo. Offrono delle risposte che non si fermano alla malattia o all'organo malato ma a tutti gli effetti possono essere considerate "cure alla persona", dove la salute è intesa anche come mantenimento e rinforzo dell'unità che la persona ha con se stessa, capacità e possibilità di rientrare nella sua esistenza. Il potenziale di guarigione presente in ciascuno è confermato e stimolato alleandosi con la prodigiosa

capacità della vita di ristabilirsi ed equilibrarsi. L'infermiere, proprio per le caratteristiche del modello di cura di riferimento che pone al centro della relazione terapeutica la persona con i suoi bisogni e le sue potenzialità, si muove in un'ottica di integrazione, utilizzando le risorse della persona per il raggiungimento del benessere per lei possibile (Bini et al., 2002).

Non è quindi inappropriato conoscere ed applicare anche la CAM come opportunità di arricchimento della professione infermieristica. L'utente avrà l'opportunità di trovare dei professionisti competenti e con maggior autonomia, in grado di offrire un'assistenza innovativa, ma soprattutto che mettono la persona al centro dell'assistenza trattandola come unica e con metodi non invasivi.

L'infermiere potrà acquisire consapevolezza che un'assistenza olistica valorizza la persona e contribuisce positivamente alla guarigione oppure al mantenimento delle migliori condizioni di vita.

Bibliografia

- Gerber R. 1998. Medicina vibrazionale. Edizioni Lampis
- Coppola F. 2003. Il segreto dell'universo - Le scoperte della fisica quantistica. Edizioni L'età dell'Acquario
- Butto N. 2004. Il settimo senso. Mediterranee
- Ripa P.2004. Le cure complementari e l'infermiere. Carocci Faber
- Lipton B. 2010. La biologia delle credenze. Macro edizioni

L'autore

* Infermiera, Coordinatrice Libera Professionista



* Claudia Vercesi

HOSPICE A PAVIA

UN PO' DI STORIA E DI NORMATIVA:

In Italia la concezione dell'hospice arriva dall'esperienza del Regno Unito che risale ai tempi di Cicely Saunders (1957-1969), che sfocia poi in Canada con la creazione nel 1974 di unità di Cure Palliative e negli Stati Uniti nel 1982 con l'apertura anche qui dei primi hospice a carico del Medicare (programma di copertura sanitaria assicurativa nazionale per gli anziani).²

In Italia solo nel 1984 la Congregazione delle Suore Ancelle della Carità di Brescia, con l'aiuto di alcuni laici, ha iniziato a elaborare un progetto che potesse dare una soluzione allo stato in cui versano i malati tumorali nella fase più avanzata della malattia. Nasce così nel 1987 l'hospice Domus Salutis di Brescia prima esperienza italiana nel campo delle patologie terminali.

I decreti legge e le prime delibere sull'assistenza palliativa risalgono alla fine degli Anni 90 (Decreto legge n.450 del 28 dicembre 1998, legge di conversione n.39 del 26 febbraio 1999 e delibera della Regione Lombardia n.VI/39990 del 1998).

A Pavia e provincia, sulla base del Decreto Regionale 4 Giugno 2003 attuativo della Legge Regionale 13 Febbraio 2003 le ex Istituzioni Assistenziali Riunite si sono trasformate il 1 Gennaio 2004 in persona di diritto privato senza scopo di lucro, diventando così Azienda di Servizi alla Persona - Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia.³

COSA SONO E DI COSA SI OCCUPANO:

Nel 1990 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha fornito la seguente definizione di cure palliative: "La cura globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non sia responsiva ai trattamenti. E' fondamentale l'approccio e il controllo del dolore, degli altri sintomi e delle problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia, in concomitanza di trattamenti antitumorali". Nel 1987 in Gran Bretagna fu coniata la definizione di "medicina palliativa": "si intende lo studio e la gestione dei pazienti con malattia attiva in progressione avanzatissima per i quali la prognosi sia limitata e l'obiettivo della cura sia la qualità di vita".

Si può quindi dire che al centro delle cu-

re palliative ci sia la PERSONA nella sua totalità e la qualità di vita che potrà avere nell'essere accompagnata alla morte.⁴

La sedazione del dolore sta quindi alla base delle cure palliative anche perché il dolore sembra essere il problema più frequente che si riscontra nel periodo finale della vita ed è proprio il dolore quello che molte persone temono della morte.

Questo comporta che nel più dell'80% dei malati di cancro si renda necessaria la somministrazione di farmaci analgesici oppioidi e spesso in hospice i medici riescono a controllare il dolore del 90% dei malati terminali. Naturalmente intorno al lavoro dei medici anestesisti e terapisti del dolore vi è anche il prezioso lavoro di infermieri, operatori socio sanitari, psicologi, fisioterapisti e non meno importanti coloro che si occupano del lato spirituale.

GLI HOSPICE DELLA NOSTRA PROVINCIA:

La Fondazione S. Maugeri di Pavia dispone di 10 posti letto nella sua sede centrale e di 20 posti letto + 4 di DH nella sua sede di via Boezio.

L'Istituto di Assistenza e Cura S. Margherita offre 10 posti letto

Infine l'Ospedale S. Martino di Mede dispone di 9 posti letto + 1 di DH.

Sicuramente la nostra attuale situazione provinciale non è ai livelli inglesi ma stiamo meglio di altre realtà. Infatti la Regione Puglia ne conta soltanto 6 su tutto il territorio, la Regione Calabria 2 e salendo le cose migliorano di ben poco perché il Lazio ne conta 14 di cui 7 concentrati nella capitale Roma. La Regione Lombardia con le sue 53 strutture (di cui 10 concentrate a Milano e altrettante nella zona di Brescia) è quella con la più alta percentuale per popolazione perché anche l'Emilia Romagna, il Piemonte e il Veneto arrivano ad averne meno della metà della Lombardia sul loro territorio.⁵

Inoltre molti malati terminali esprimono spesso il desiderio di morire a casa tra gli affetti più cari a Pavia l'unica associazione ad occuparsi di cure palliative domiciliari è l'Associazione pavese per la Cura del Dolore Lino Sartori (referente Dott. Danilo Miotti) che conta in organico 6 medici, 4 infermieri e 7 volontari (di questi fanno parte operatori socio sanitari e fisioterapisti) per un approccio multidisciplinare e una reperibilità di 24 h su 24. Quindi un carico di lavoro veramente ingente e difficile da sostenere.

RIASSUNTO

Le cure palliative in Italia, si sono sviluppate nel corso degli ultimi vent'anni con notevoli differenze e disomogeneità tra Regione e Regione.

In alcune regioni del nord Italia, come la Lombardia, si sono viste nascere le prime importanti esperienze assistenziali di cure palliative: gli Hospice.

Nella Provincia di Pavia gli Hospice sono quattro, dispongono di 54 posti letto su una popolazione provinciale di circa 540.000 abitanti distribuiti in 190 comuni.

ABSTRACT

Palliative care in Italy, have developed over the past two decades with significant inconsistencies and differences from region to region.

In some regions of northern Italy, such as Lombardy, have seen the birth of the first important experiences of palliative care: the hospice.

In the Pavia's Province, Hospice are four, have 54 beds on a provincial population of about 540,000 habitants distributed in 190 city.

COME SI PUO' MIGLIORARE:

Il Ministero della Salute già nella precedente legislatura aveva promesso leggi e fondi per l'apertura di nuovi hospice, finalmente il 15 marzo 2010 è stata promulgata la Legge n.38 concernente: *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.*

La legge tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità dell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione; della tutela e della promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Gli aspetti più rilevanti del testo legislativo riguardano:

Rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica.

Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore.

Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore.

Formazione del personale medico e sanitario.

Certamente questa legge è un grosso passo avanti ma, dopo aver fatto quattro conti sul numero di hospice regione per regione, la domanda sorge spontanea e i soldi per realizzare nuove strutture e attuare la legge quando arriveranno?

UN ESPERIENZA A PAVIA:

Personalmente nell'ultimo anno ho avu-



to a che fare, non per lavoro ma per problemi personali, con tre delle realtà nominate prima cioè con le Cure Palliative della Fondazione Maugeri di via Boezio; con l'Istituto S. Margherita e con l'Associazione Sartori per le cure domiciliari.

Insomma mi sono fatta un'idea piuttosto precisa di come funzionino le cose in questo ambito e devo dirvi che per mia esperienza ho trovato in tutti: medici, infermieri e operatori sanitari grande professionalità, umanità, competenza e spesso passione per il proprio lavoro.

Per me infermiera e quindi sicuramente in grado di intervenire a sopperire le esigenze della persona cara malata terminale, sono stati supporto prezioso e guida, spesso intervenendo laddove io per paura e ansia (perché quando chi ami è malato non sei più l'infermiera ma la figlia, la nipote o la moglie) non sono riuscita ad arrivare.

Nonostante quindi, le carenze strutturali o di personale e tutti gli altri grossi ostacoli, queste persone ci credono e meritano riconoscimento ma, soprattutto quell'aiuto finanziario che gli permetterebbe di fare anche meglio di ciò che fanno. Grazie di cuore.

Bibliografia

- Dati ISTAT al 28/02/2009 sulla Provincia di Pavia;
- Sheehan DC, Forman WB. Hospice and Palliative care. James and Bartlett 1996 (1-8)
- AZIENDA DEI SERVIZI ALLA PERSONA- Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia Carta dei Servizi dell'Hospice S. Margherita.
- "Dolore da cancro e cure palliative" Oms Ginevra 1990 da pag. 53 a pag. 63
- Dati della "Federazione Cure Palliative Onlus" aggiornati al 10 Novembre 2010 Legge n 38, 15 marzo 2010

L'autore

* Infermiera
UO Cardiologia 1
Fondazione S. Maugeri - Montescano

Una nuova convezione a favore di tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Pavia per l'espletamento di attività formativa accreditata ECM. La convezione prevede un grande sconto per l'acquisto di moduli formativi FAD (Formazione A Distanza)"

Crediti ECM FAD con

30
crediti
formativi
ECM
(a corso)

44€
invece di 70 euro
grazie alla
convezione del
Collegio IPASVI

la prima
FAD
anche senza
computer

Corso 1
Le dimensioni di cura

Corso 2
Risk Management in sanità

Per maggiori informazioni visita
www.obiettivoinfermiere.it
o chiama

800.927.725

AINS ONLUS



UNA NUOVA INIZIATIVA PATROCINATA DAL COLLEGIO

Il progetto “**Interscambio culturale e professionale alla pari tra operatori sanitari**”, si pone l’obiettivo di dare un’opportunità a quattro infermieri in servizio nella provincia di Pavia e che esercitano la professione da almeno due anni, di conseguire un’esperienza culturale e professionale analoga insieme a colleghi locali residenti in un paese straniero in cui opera un’associazione di volontariato o un’istituzione pavese legata al mondo della solidarietà.

I soggetti principalmente interessati a questo progetto sono il **Collegio IPASVI (Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitarie) della Provincia di Pavia**, **Ains onlus**, associazione operante in Centro America (Guatemala), **Associazione Italia-Uganda** operante in Africa (Uganda), **Associazione Asti Senegal** operante in Africa (Senegal), **Canossiane Pavia** operante in Africa (Uganda e Togo) e in India, **FILDIS (Associazione delle donne laureate a Pavia)** operante in Africa (Kenia).

La durata di questa esperienza, che si svolgerà nel 2011, è 15 giorni, massimo 3 settimane. Tale iniziativa è finanziata da parte del **Collegio IPASVI della Provincia di Pavia** il quale ente sostiene il costo del biglietto aereo (70%) (*) attingendo risorse da un fondo denominato “**interscambio culturale e professionale...**”. L’associazione che verrà scelta da uno o dai due infermieri, si premurerà di garantire vitto, alloggio gratuito, e le relazioni culturali e professionali.

Il progetto si rivela importante per tutti i soggetti interessati; offre una crescita sia culturale sia professionale e prevede un percorso formativo prima della partenza.

Gli aspetti positivi di questo progetto sono molteplici: crescita professionale e umana, conoscenza di altre realtà lavorative, scambio professionale, conoscenza del quotidiano di un altro paese, la capacità di adattabilità a situazioni di eventuale disagio ecc, ecc.

L’aspetto negativo, per l’appunto, è legato alla possibile non adattabilità del soggetto ad un contesto sociale ed umano completamente differente da quello in cui si vive.

Chi viene scelto per sostenere tale esperienza deve essere in possesso della laurea in scienze infermieristiche o il diploma equipollente, lavorare da almeno due anni,

avere in sé spirito di sacrificio e adattabilità, e, prima della partenza deve partecipare ad un percorso formativo organizzato dall’associazione di volontariato scelta in collaborazione con il Collegio IPASVI e il CSV di Pavia.

Inoltre, nel paese scelto dovrà seguire, mediante un atteggiamento rispettoso, i tempi e i ritmi locali e dotarsi di un “quaderno di viaggio” dove, attraverso scritti, immagini e fotografie possa documentare la sua esperienza.

Al ritorno si dovrà rendere disponibile a raccontare l’esperienza vissuta in momenti organizzati in accordo con il Collegio IPASVI di Pavia e le associazioni interessate.

Quali sono i vantaggi per il Collegio IPASVI di Pavia e le varie associazioni?

Per il Collegio IPASVI quello di dare la possibilità a due infermieri di crescere e di far conoscere, a sua volta, questa esperienza a tutti gli infermieri iscritti al Collegio.

Esperienza che può essere proposta e condivisa con gli studenti universitari iscritti al corso di Scienze Infermieristiche in vista di collaborazioni future.

Per l’associazione scelta e per le altre associazioni allo stesso modo impegnate, quello di aver acquisito tra i propri ranghi nuove forze spendibili per testimonianze dirette circa le nuove realtà conosciute in angoli di mondo particolarmente significativi.

Siamo consapevoli che il progetto di cui sopra non sia né semplice né banale; è certamente fattibile e soprattutto mette in gioco soggetti diversi che in “rete” hanno la possibilità di crescere reciprocamente.

**PER MAGGIORI
INFORMAZIONI:**

**Centro di Servizio per il
Volontariato di Pavia**

Via Taramelli 7 27100 – Pavia

Tel. 0382526328

Fax 0382524381

info@csvpavia.it

www.csvpavia.it

IL CASE MANAGER INFERMIERISTICO PER COSTRUIRE L'INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

* Cecilia Poesio

INTRODUZIONE

Il tema della riorganizzazione degli ospedali e del contiguo ambito territoriale è costantemente in primo piano per le esigenze imposte dalla medicina moderna; le cui sfide sinteticamente si individuano nel:

- garantire la soddisfazione dei *bisogni complessivi dell'individuo* considerato nella sua globalità;
- far fronte all'*incremento della popolazione anziana e/o affette da malattie croniche* che necessitano di assistenza personalizzata *a lungo termine e/o interventi complessi e multifocali*, di difficile amministrazione in modo diretto dall'interessato, dai familiari o dai singoli servizi di erogazione;
- assicurare la *continuità assistenziale* quale elemento determinante del sistema di cure;

- tenere in considerazione il *contesto socio-economico e le sue risorse non illimitate*

Viene quindi a configurarsi una riorganizzazione del Sistema che vede sempre più il momento ospedaliero come il momento delle acuzie e si profila una visione del territorio come luogo di cura (seppure di contenuta intensità) da raccordare fortemente con l'ospedale quale, invece, luogo di cura ad alta e media intensità.

Tutte le suddette necessità spingono le organizzazioni, in una logica di integrazione di servizi socio - sanitari e di valorizzazione delle competenze del lavoro multidisciplinare, ad attivare *organizzazioni di rete e di processo* per garantire un'assistenza appropriata e ovviare alle difficoltà di un'assistenza frammentata.

Nel concetto di organizzazione di rete, diventa implicita la necessità di creare *legami e percorsi* che connettono un servizio all'altro, aiutando l'utente ad attivare di volta in volta i servizi più idonei ad integrare le proprie risorse autonome. In tale organizzazione il MMG costituisce l'elemento centrale del sistema rete.

In linea con le suddette considerazioni e in coerenza ai documenti programmatici regionali di questa e della passata legislatura - l'A.O. "Ospedale Civile di Legnano" intende creare sempre più rapide forme di raccordo fra la cura della fase acuta della malattia ed il reinserimento nell'ambiente quotidiano di vita con prolungati interventi a supporto di una crescente "fragilità".

Ha quindi progettato l'istituzione ed organizzazione di un "**Ambulatorio e Call Center di Continuità Assistenziale Ospedale e Territorio Polispecialistico di Area Medica**" dove si contempla la presa in carico del paziente con l'assistenza domiciliare integrata (ADI-voucher), il MMG e l'Ospedale secondo le modalità di un modello organizzativo per un case management: assistenza personalizzata, introduzione di modelli di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi con definizione di linee guida condivisi, creazione e sviluppo di ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema come il medico e infermiere referente del malato (case manager). Al paziente viene offerta per un periodo di 15

RIASSUNTO

Il presente articolo presenta un'esperienza di progettazione organizzativa finalizzata ad attivare una nuova attività presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano", e volta a garantire, in casi selezionati, di una certa complessità, la continuità assistenziale del paziente in seguito ad un episodio di ricovero presso le Unità Operative di Medicina Interna e di Neurologia. Tale attività si concretizza essenzialmente nel garantire una corretta dimissione protetta: comunicata in tempi e in forme utili ad organizzare adeguatamente gli interventi territoriali necessari nella fase post-ricovero.

La struttura teorica utilizzata per la progettazione dell'"Ambulatorio e Call Center di Continuità Assistenziale Ospedale e Territorio Polispecialistico di Area Medica" fa riferimento ai modelli organizzativi di case management: assistenza personalizzata, introduzione di modelli di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi con definizione di linee guida condivisi, creazione e sviluppo di ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema come il medico e infermiere referente del malato (case manager), sviluppo di strumenti di comunicazione-integrazione di contenuto clinico ed organizzativo tra l'ospedale e il territorio.

ABSTRACT

Our article shows a managing experience aimed at starting up a new customer utility in the "Ospedale Civile di Legnano" Hospital district. In selected complex cases this new function should allow a continuum in medical assistance after hospital admission in the Divisions of Internal Medicine and Neurology. It is essentially a true protect discharge with timely and appropriate communication to territorial health system structures. Accordingly appropriate actions to satisfy patient post-discharge needs may be implemented.

The theory subtending the project of the "Ambulatorio e Call Centre di Continuità Assistenziale Ospedale e Territorio Polispecialistico Area Medica" refers to the case-management organization models. Tailored assistance, per process and for object multidisciplinary team actions based on shared guide lines, new professional figures definition such as the reference physician and nurse (case manager), and development of communication and integration tools between hospital and territory health structures, should be the main organization instruments to reach the goal of continuing assistance.

giorni dalla dimissione, in affiancamento all'assistenza del MMG e dell'ADI-voucher con "pattanti" della rete socio-sanitaria, l'assistenza specialistica ospedaliera attraverso il call center e l'ambulatorio dedicato di area medica.

Modalità di accesso

Il malato accede all'ambulatorio attraverso l'invio dalle UU.OO di degenza sulla base di una valutazione dimettente con utilizzo di scale di valutazione medico ed infermieristiche. La valutazione di dimissione dovrà essere fatta con congruo anticipo rispetto al giorno della dimissione per permettere i dovuti accertamenti e programmazione da parte dell'ambulatorio.

Il medio e l'infermiera referenti dell'ambulatorio effettueranno, infatti, una valutazione di pertinenza dell'invio rispetto ai *profili di intensità dell'assistenza* da erogare e i servizi da coinvolgere.

Dovranno, quindi, predisporre e prevedere la revisione periodica di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni del malato ed individuati all'accoglienza congiuntamente con l'equipe medica ed infermieristica ospedaliera e il MMG sulla base di strumenti concordati.

I ruoli

La struttura dei ruoli all'interno dell'ambulatorio prevede la figura di case manager, quale figura di riferimento del malato e dei servizi coinvolti intorno allo stesso con funzioni di integrazione/coordinamento dell'equipe multidisciplinare, quale garante del piano di assistenza personalizzato e attivatore dei servizi per rispondere ai bisogni del malato.

I ruoli identificati, quindi, sono:

- Presenza dell'infermiera di riferimento del malato dell'Ospedale (case manager) ;
- Presenza dell'infermiera di riferimento del malato dell'ADI (case manager) ;
- Medico referente del malato : MMG;
- Medico referente dell'organizzazione : medico ospedaliero.

Attività professionale

Si identificano qui di seguito le principali attività distintive dei professionisti ospedalieri che maggiormente si vedranno coinvolti. Non ci si sofferma quindi su altre figure che invece potrebbero essere coinvolte per la stesura del Piano di Assistenza Individuale , quali ad esempio: personale della riabilitazione, assistenti sociali.

Attività della professione Medica

- Consulto /visita presso l'ambulatorio e a domicilio congiuntamente al MMG;
- predisposizione in equipe multidiscipli-

nare e multiprofessionale del programma diagnostico terapeutico assistenziale.

Attività della professione Infermieristica

Sulla base di una *relazione significativa* con il malato, la famiglia e i care giver svolge le seguenti attività nel ruolo di case manager.

- Programma ed attua l'assistenza infermieristica specialistica (presso l'ambulatorio);
- svolge un'importante attività di educazione sanitaria ai pazienti, parenti, care giver nelle fasi pre e post dimissione;
- effettua il triage infermieristico su protocolli predefiniti;
- fornisce informazioni e consulenze telefoniche monitorando l'andamento del Piano di Assistenza Individuale, e attivando anche, quando necessario, il medico;
- facilita la comunicazione e il collegamento con ADI e le altre strutture della rete socio - assistenziale e il volontariato;
- attiva e promuove gli incontri periodici sul malato;
- effettua la prenotazione degli appuntamenti del medico specialista;
- indirizza l'accesso dell'utenza all'ampia varietà dei servizi;
- programma il trasporto di malati non autosufficienti verso l'ambulatorio;
- esercita l'attività di coordinamento dell'ambulatorio.

Meccanismi operativi e d'integrazione

L'organizzazione dell'ambulatorio e del call-center necessita di forti meccanismi di integrazione fra i professionisti per garantire una corretta pianificazione multidisciplinare del percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale personalizzato per ciascun malato. Tali meccanismi, quindi, sono stati preventivamente predisposti congiuntamente alla rappresentanza di tutte le organizzazioni coinvolte.

In particolare è stata elaborata la seguente documentazione:

- percorsi diagnostici- terapeutici- assistenziali per patologia ;
- modello del piano di trattamento individuale elaborato in multidisciplinarietà;
- la scheda finalizzata a raccogliere le informazioni clinico-assistenziali finalizzate di dimissione protetta;
- il percorso di accesso all'ambulatorio (prospetto n.1) ;
- la carta dei servizi.

Risultati principali attesi

- Ridurre il tempo di permanenza nelle strutture ospedaliere;
- ridurre il numero di rientri in ospedale entro 30 giorni ;
- la presenza di un case manager infer-

mieristico ;

- la presenza di un piano di cura- assistenza personalizzato del malato che prevede la valutazione effettuata in equipe con il MMG;
- migliorare la soddisfazione dei malati e dei familiari.

Conclusioni

Per strutturare l'organizzazione dell'ambulatorio e del call-center si è fatto riferimento ad una *tendenza ormai consolidata in tutti i modelli occidentali di sicurezza sociale: la malattia acuta è un fatto episodico, la malattia cronica domina la scena della cura, l'assistenza a lungo termine è la realtà quotidiana* di tutte le famiglie.

In tale contesto socio-sanitario si impone la necessità di affrontare il problema delle modalità di coinvolgimento e di collegamento fra i ruoli professionali dell'equipe e dei servizi fra ospedale -territorio al fine di assicurare al paziente e alla sua famiglia una corretta informazione, la continuità assistenziale e una pianificazione coerente ai principi della multidisciplinarietà .

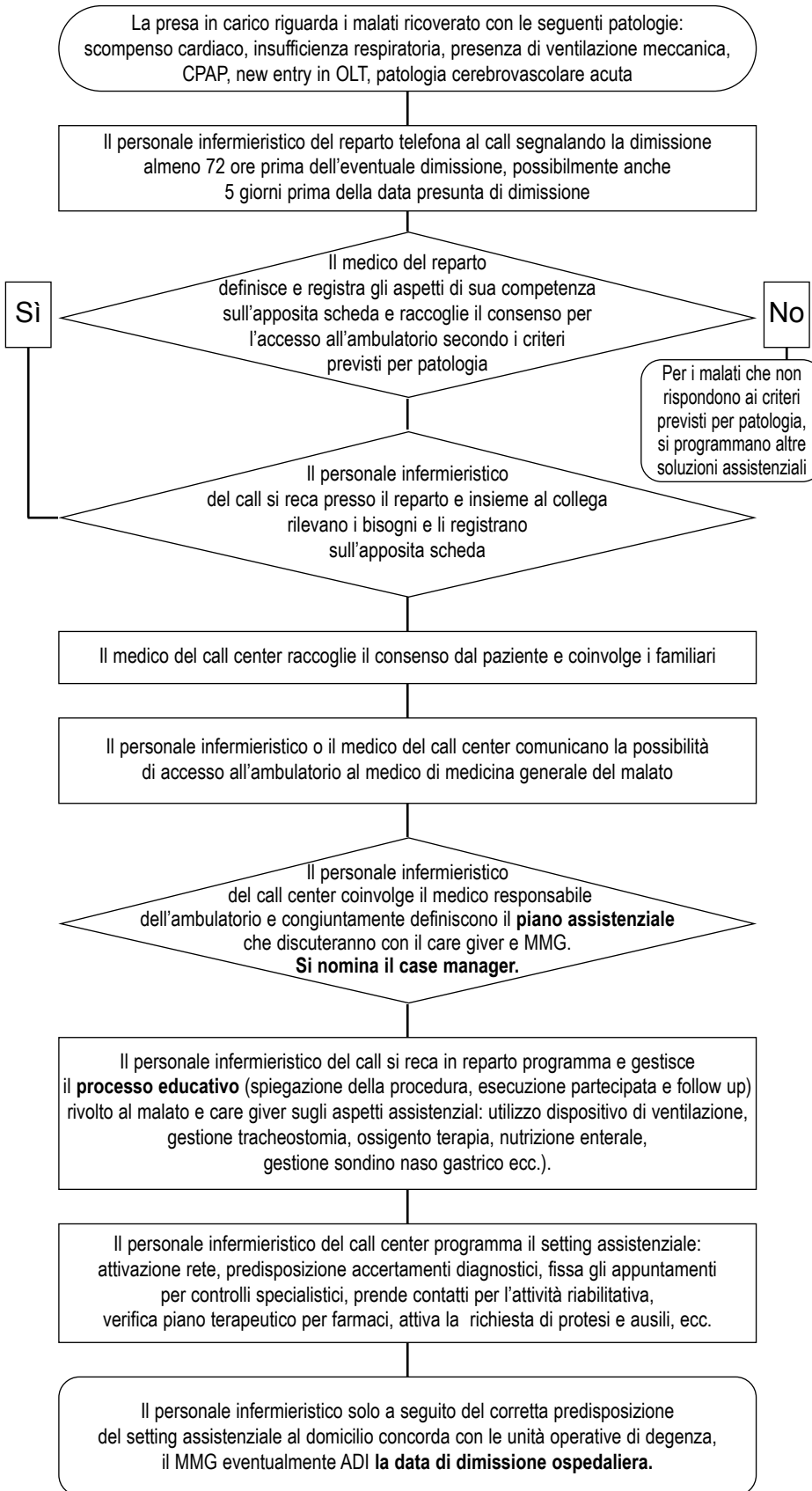
Le "chiavi di volta" che pertanto si propongono a supporto del paziente e della sua famiglia sono: una valutazione effettuata in equipe multiprofessionale e multidisciplinare, la presenza di un case manager infermieristico che si faccia garante dell'attivazione di più servizi e del loro interagire sinergico, la presenza di un piano di assistenza personalizzato del malato.

L'autore

* Responsabile Servizio Attività Territoriali Aziendale Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Legnano"

Prospetto n. 1

DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DA PARTE DELL'AMBULATORIO E CALL CENTER DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE POLISPECIALISTICO DI MEDICINA INTERNA



Bibliografia

- Ziguras SJ & Stuart GW, A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years, *Psychiatric Services*, 2000, 51 (11): 1410-21
- Mueser KT, Bond G, Drake R & Resnick SG, Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management, *Schizophrenia Bulletin*, 1998, 24 (1):37-74
- Guay J, *Il case management comunitario*, Milano, Liguori Editore, 2004
- Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V, Valutazione degli esiti ad un anno di un Programma di Assertive Community Treatment (PACT) a Bologna, *Rivista sperimentale di Freniatria*, 124 (4):231-43.
- Network Non Autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto IRCCS-INRCA 2009, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2009
- Legge 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
Direzione Generale sanità, Regione Lombardia (2008) *.Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2009, DGR 26.11.2008.*
Direzione Generale sanità, Regione Lombardia (2008) *Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle unità di cura cerebrovascolare (UCV_STROKE UNIT), DGR 10068 del 18/9/2008.*
Direzione Generale sanità, Regione Lombardia (2005) *.Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2006, DGR n. VIII / 1375 del 14.12.2005.*
Direzione Generale sanità, Regione Lombardia (2005) *.Patologie Cardio-cerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura, DGR N.VII/20592 del 11.02.2005.*
Scuola di Direzione in Sanità, Regione Lombardia. *Prima conferenza della commissione regionale cardiocerebrovascolare - Giuseppe Micielli "presentazione del lavoro della sottocommissione Neurologica".*
Uniti IRCCS Istituto Clinico Humanitas Rozzano.
- Joint Commission International (2008), *Standard per Ospedali e per la Sicurezza del paziente*.
- UNI EN ISO 9001 - revisione (2008), *Sistemi di gestione per la qualità.*



* Paola Ripa

** Enrico Frisone

“È una cosa fantastica che nessuno debba aspettare neanche un momento prima di cominciare a migliorare il mondo”

A. Frank

LA NARRAZIONE COME DISPOSITIVO NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Premessa: ciò che il lettore troverà in questa breve trattazione sarà una “licenza poetica” che gli autori hanno deciso di prendersi. Vogliamo da subito sollevare, da qualsiasi responsabilità, il comitato di redazione dal modo in cui si presenterà l'articolo, si perdoni l'utilizzo dei puntini e delle virgolette ma ... poiché anche questa ... è una storia ... la storia di due infermieri formatori.

La medicina narrativa sta suscitando negli ultimi anni una crescente notorietà a tal punto da sperimentarla nella formazione del personale sanitario. Sembrerebbe a prima vista un'idea davvero stravagante quella di pensare alla creatività personale come forma d'apprendimento. Nel mondo nel quale siamo cresciuti, costruito su regole, formule, ragionamenti, ipotesi, tesi ... soprattutto definizioni, parrebbe improbabile supporre come la “storia” possa diventare materiale per riflettere, conoscere, sentirsi parte di un sistema ...

Da dove nasce l'idea di intrecciare un tecnicismo sempre più avanzato con un sapere di matrice umanistica? Molti sono gli spunti di riflessione.

Se da una parte la nostra conoscenza si articola con schemi preordinati, corsi integrati, moduli, discipline propedeutiche, di base, caratterizzanti, esami scritti, orali, verbali, tirocini, obiettivi ... dall'altra esistono i rapporti, le persone, i vissuti, la malattia, la speranza, ...

E allora come è possibile individuare elementi complementari che possano declinare una sorta di confine entro il quale muovere espressioni letterarie, filmografia, disegno, teatro e gli aspetti più significativi per chi si occupa di assistenza, di individui malati, di sofferenza, di morte descrivendoli sotto forma di narrazione.

Ci viene incontro Cesare Scandellari^(a) il quale definisce narrare “nel senso di raccontare, un verbo che ha un significato più profondo perché indica un rivivere la scena o la situazione piuttosto che un semplice descrivere o informare”.

Inutile negare che stiamo entrando nel magico mondo delle emozioni suscitate dal rivivere un momento, dalla visione di un film o dall'immergersi in una tela... veniamo a contatto con una parte della persona che rimane per lo più nascosta, offu-

scata, le cui zone d'ombra sono superiori rispetto a quelle di luce, la sua costruzione dell'io sociale vacilla, viene messa in discussione e le certezze e le sicurezze vengono travolte dal senso di disagio, di fragilità. Altri entrano nel mio spazio, sono venuti a conoscenza del mio ricordo, del mio racconto, del mio evento, di...una parte di me.

Ecco allora la narrazione diventa strumento per la riflessione e un modo diverso per far formazione.

La narrazione ad esempio, trasforma le storie di vita narrate in un'esperienza che si realizza in uno strumento pedagogico che ricerca la comprensione della realtà e la condivisione delle emozioni per contribuire in maniera pertinente alla realizzazione di un approccio empatico per tutti coloro che per professione, si prendono cura degli altri.

Qual è la vera ragione per cui si dovrebbe ricorrere al pensiero narrativo? Non c'è una risposta certa solo l'idea che i rapporti si fondano su collegamenti di causa ed effetto che a loro volta s'intersecano con gli stati affettivi, le motivazioni, i desideri dei soggetti.

Per cui se dovessimo ipotizzare di raccontare su un diario, un episodio di dolore, l'unica strada che si intravede percorribile, per estrapolare la vera sofferenza, è quella che agevoli un percorso mentale durante il quale ciò che si prova realmente ha bisogno di essere sentito, pensato, sviluppato.

Sarebbe come descrivere la realtà con la coscienza di aver compiuto su quei pensieri e su quelle azioni un percorso di ricerca, di analisi di elaborazione di evento assolutamente unico il cui ricordo è ancora vivo dentro di noi e visto che ne ha l'occasione sente l'assoluto bisogno di uscire.

Si tratta di un riferire rielaborato, di un dato oggettivo soggettivato che se correttamente interpretati daranno luogo alle parole non dette, ai significati nascosti, ai dubbi mai chiariti...

Pertantocari colleghi, fermiamoci un attimo a riflettere.

Nella vita di ciascun di noi si possono enumerare infinite esperienze. Alcune sembrano avere un senso altre invece pare non abbiano alcun significato eppure dopo ogni istante del nostro tempo ci si

scopre diversi dal momento precedente e dubbiosi rispetto a ciò che dovrà accadere.

Cosa può significare, allora? la complessità che racchiude in sé ogni vissuto in ogni esperienza è forse superiore al vero percepito?!

Ecco quindi che narrare il vissuto della malattia può essere per i pazienti un aiuto a "tirar fuori" il disagio che vivono e per gli operatori sanitari un'opportunità per arricchire le informazioni che si raccolgono con l'accertamento.

Proprio per questa ragione, vogliamo lanciare una sfida ai nostri colleghi.

Scrivete la vostra storia d'infermiere. Estrapolate dalla vostra esperienza lavorativa un episodio che voi è stato significativo. Provate ad attribuirgli un titolo e inviatelo al comitato di redazione.

Se siete d'accordo, insieme, proveremo a leggere i significati che stanno nelle e tra le parole.

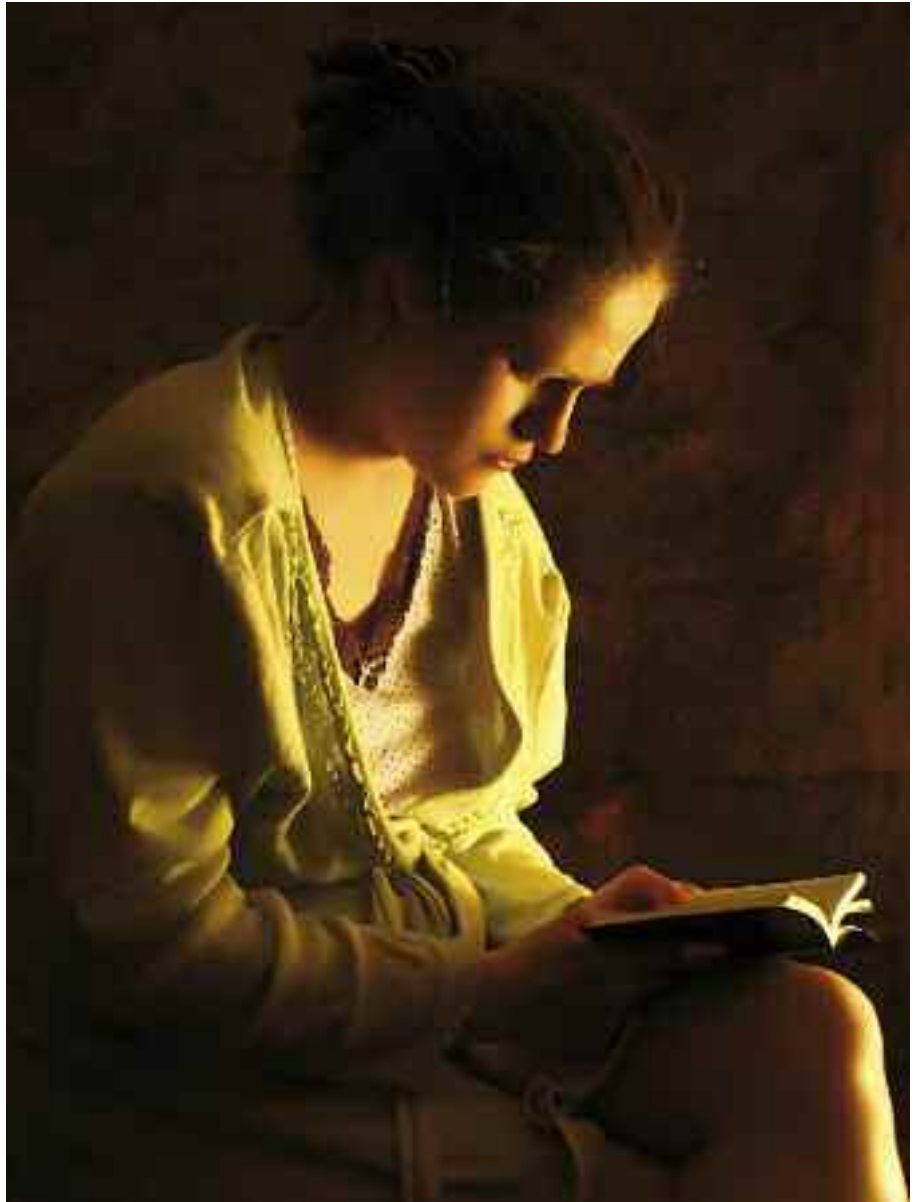
In sintesi, siamo interessati alle vostra storia....

^(a) consigliere emerito della società italiana di pedagogia medica

Testi consigliati:

S. Castellano, pensare narrando, SIPeM, Torino 2008

G. Artioli e G. Amaducci, narrare la malattia, Carocci Faber, Roma 2007



Gli autori

* Coordinatore Corso di Laurea in Infermeristica

Università degli studi di Milano
sede Istituto Clinico Humanitas

** Presidente Collegio IPASVI di Pavia



“HOME CONTROL” COINVOLGIMENTO ATTIVO DEL PAZIENTE, RINFORZO E VERIFICA PER VIA TELEMATICA. PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

* Antonella Ciocca

** Sara Albertini

RIASSUNTO

Vista la necessità di migliorare l'aderenza al controllo dei fattori di rischio cardiovascolari, alla terapia farmacologica e comportamentale, abbiamo sperimentato un nuovo modello gestionale di PREVENZIONE SECONDARIA, attraverso il COINVOLGIMENTO ATTIVO del paziente guidato in un programma organizzato e attuato per via telefonica/telematica.

Caratteristica principale del progetto: costante e ripetuto rinforzo educativo.

ABSTRACT

Given the need to improve adhesion to the control of risk factors and to pharmacological and behavioural therapy, we experimented a new managerial model of SECONDARY PREVENTION through ACTIVE INVOLVEMENT of the patient who was guided in a program organized and carried out by phone / network. The main characteristic of the project: constant and repeated educational support.

Nel progetto “HOME CONTROL” abbiamo gestito in un anno circa 130 utenti, ricoverati presso l'Unità di Cardiologia Riabilitativa della Fondazione Maugeri di Pavia, dopo infarto miocardico o rivascolarizzazione coronarica mediante angioplastica o cardiocirurgia. Lo scompenso cardiaco con disfunzione sistolica (frazione di eiezione inferiore al 35%), l'inserimento in lista per intervento cardiocirurgico urgente, le comorbilità a prognosi infausta a breve termine sono stati considerati criteri di esclusione per l'arruolamento del campione.

Il numero di pazienti gestiti a progetto terminato è stato di 105, così suddivisi:

- donne 13,6%
- uomini 86,4%.

Tutti i pazienti hanno ottenuto, durante il ricovero, educazione sanitaria secondo le nostre usuali modalità, cioè mediante la partecipazione ad incontri educativi (individuali o di gruppo) da parte dell'equipe multi-disciplinare (Infermiera, Dietista, Cuoco, Psicologa, Fisioterapista) e fornitura di materiale informativo cartaceo.

Alla dimissione è stato loro consegnato il materiale cartaceo, appositamente disegnato, per facilitare l'autocontrollo, che avveniva a 3, 6, 12 mesi dalla dimissione, attraverso la spedizione di buste già preaffrancate e compilate con destinatario (Day Hospital Cardiologico della nostra struttura).

I temi di verifica selezionati previsti erano relativi a:

- CONOSCENZA FARMACI;
- CONTROLLO ESAMI EMATOCHIMICI (quadro lipidico completo, funzionalità epatica, glicemia) e CONTROLLO PRESSORIO;
- ACCESSI DAL MEDICO DI BASE/SPECIALISTA/PRONTO SOCCORSO;
- CONTROLLO FATTORI DI RISCHIO: aderenza alle prescrizioni di training fisico e di attività fisica quotidiana; gestione delle scelte alimentari, astensione al fumo, tono dell'umore e gestione dello stress.

A 12 mesi veniva inoltre chiesto al paziente il grado di accettabilità/soddisfazio-

ne dell'intero progetto.

Oltre ad effettuare l'autocontrollo, i pazienti “Home Control” coinvolti attivamente nel programma sono al centro del follow-up telematico.

Per poter attuare il progetto, l'infermiera responsabile ricorda telefonicamente al paziente la scadenza di invio del materiale cartaceo, stimolando lo stesso alla compilazione e spedizione.

Una volta ricevuto il materiale compilato, l'infermiera si occupa di visionarlo e di ricontattare il paziente telefonicamente, per rinforzare l'intervento educativo, dove necessario, e complimentarsi, se i comportamenti preventivi vengono mantenuti.

Là dove necessario, ogni figura specifica dell'equipe esegue ulteriori rinforzi positivi/correzioni per via telefonica. In caso di rilievi ritenuti non conformi o di sospetto clinico d'instabilità, viene contattato il Cardiologo del nostro Centro e il Medico di famiglia referente (informato al momento dell'arruolamento attraverso una lettera debitamente firmata per assenso) per concordare le eventuali strategie.

Da ultimo l'infermiera stende un programma di rinforzo telematico “specifico” attraverso sms o e-mail, per i pazienti che ne hanno dato consenso.

Alcuni degli sms inviati sono i seguenti:

- un alleato della salute: l'etichetta nutrizionale. Guarda i grassi totali e i saturi (dannosi)
- uova? non più di 2 alla settimana e non fritte!
- inserisca un pizzico di attività fisica nella vita quotidiana
- carne rossa? perchè no! basta che sia magra e alternata a quella bianca. No a costine e fegato
- tattica anti-stress: impari a delegare!
- tattica anti-stress: impari a dire no!
- Usi poco sale: per insaporire le pietanze usi spezie ed aromi
- Salumi? non più di 1-2 volte alla settimana, quali? prosciutto cotto e crudo magri o bresaola
- pesce? almeno 3 volte a settimana. No al pesce fritto. crostacei e molluschi nelle grandi occasioni

- ogni volta che accende una sigaretta, si ricordi che il suo cuore si affatica
- w l'olio extravergine d'oliva: 2-3 cucchiari da tavolo al gg
- al ristorante?? scelga piatti semplici, eviti grissini, stuzzichini e vino.

I messaggi vengono inviati settimanalmente per i primi 6 mesi e poi mensilmente; sono previste anche telefonate aggiuntive mirate, nei casi ritenuti a maggior rischio.

Il supporto con SMS/MAIL è stato effettuato al 56% dei pazienti (59 utenti su 105 totali).

Sono state effettuate 315 telefonate per promemoria e 315 per intervento.

TEMPI:

a 3 mesi: media di 9,1 minuti +/- 7,1 (minimo 1 minuto; massimo di 20 minuti e 35 secondi; totale 12 ore).

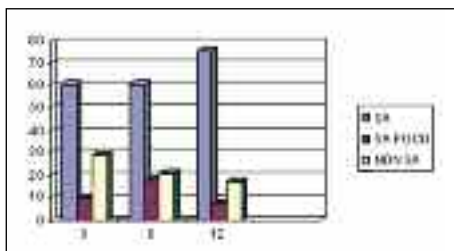
a 6 mesi: media 7,3 minuti +/- 4,6 (minimo 2 minuti; massimo 27 minuti e 53 secondi; totale 11 ore).

a 12 mesi: media 6,9 minuti +/- 3,6 (minimo 1 minuto e 22 secondi; massimo 17 minuti; totale 9,30 ore).

I pazienti si sono dimostrati via via più confidenti nell'autocontrollo della gestione della loro patologia, con positive ripercussioni sul mantenimento della correzione dei fattori di rischio e della conoscenza dei farmaci. Infatti, dopo un anno circa l'80% dei pazienti conosceva bene gli effetti della terapia che assumeva costantemente.

**QUESTIONARIO
CONOSCENZA FARMACI**

A 3 mesi: 61% SA, 10% SA POCO, 29% NON SA
A 6 mesi: 61% SA, 18% SA POCO, 21% NON SA
A 12 mesi: 76% SA, 7% SA POCO, 17% NON SA



L'intervento infermieristico di SUPPORTO CONOSCENZA FARMACI è avvenuto: a 3 MESI nel 37% dei pazienti (39 su 105); a 6 MESI nel 35% dei pazienti (37 su 105); a 12 MESI nel 19% dei pazienti (20 su 105).

Per quanto riguarda il controllo PARAMETRI VITALI

PAS	113.1 +/- 15.5	118.1 +/- 17.7	122.1 +/- 6.9	122.4 +/- 12.3
PAD	68.3 +/- 7.4	72.4 +/- 7.9	73.4 +/- 7	72.7 +/- 7.1

I P.V. anche a distanza di un anno, restano ben gestiti dalla terapia prescritta.

Per quanto riguarda l'aspetto nutrizionale:

PESO	74.2 +/- 11.2	74.8 +/- 11.7	75.9 +/- 11.9	74.4 +/- 11.3
COL.TOT	149.4 +/- 38	154.8 +/- 36.3	159.4 +/- 36.6	154.1 +/- 30.5
LDL	85.2 +/- 28.8	88.7 +/- 29.2	87.8 +/- 30.1	83.2 +/- 24.4
HDL	34.7 +/- 8.2	44.3 +/- 12.1	47.3 +/- 14.3	46.3 +/- 13.5
TRIGLICERIDI	127.4 +/- 41.4	113.4 +/- 44	119.1 +/- 49.05	117.7 +/- 51.5
HB glicata in 20 p.ti diabetici	7.4 +/- 1.4	6.7 +/- 1.1	6.65 +/- 1.1	6.8 +/- 1.1

Dopo un anno PESO, COLESTEROLE e TRIGLICERIDI sono rimasti stabilmente controllati con una buona aderenza alla corretta alimentazione.

Nei soggetti diabetici si è dimostrata una riduzione dell'emoglobina glicata.

L'intervento infermieristico di SUPPORTO DIETA è avvenuto:

a 3 MESI nel 41% dei pazienti (43 su 105); a 6 MESI nel 45% dei pazienti (47 su 105); a 12 MESI nel 37% dei pazienti (39 su 105).

POPOLAZIONE DI FUMATORI: (52 su 105; 49% del totale)

A 3 MESI 19 su 52 → 36% (36.5) 18% del totale

A 6 MESI 18 su 52 → 34% (34.6) 7% del totale

A 12 MESI 8 su 52 → 15% (15.3) 7.5% del totale

Anche questo dato risulta statisticamente importante: a riscontro del 49% di fumatori al momento dell'evento, a distanza di un anno solo il 7.5% dei pazienti totali ancora fuma.

Dal punto di vista psicologico, il supporto continuo si è dimostrato efficace per controllare e ridurre sia ANSIA che DEPRESSIONE.

A 12 mesi solo il 24% dei pazienti riferiva ANSIA, a riscontro del 57% dei pazienti in basale.

La DEPRESSIONE si riduce in maniera indicativa dopo un anno dall'evento e solo il 13% dei pazienti si definisce ancora depresso (a 3 mesi il 27%; a 6 mesi il 17%; a 12 mesi il 13%).

Questa esperienza ci ha convinto sull'utilità di rinforzi educativi ripetuti e ravvicinati nel tempo (la telematica si è mostrata un facilitatore gradito ai pazienti). La gestione del modello educativo centralizzata su un INFERMIERE - LEADER permette una visione completa del percorso di ogni singolo paziente e garantisce un intervento mirato e personalizzato delle altre figure assistenziali.

Il coinvolgimento sempre più attivo del paziente ne migliora l'aderenza alle misure preventive.

Hanno collaborato alla realizzazione del Progetto:

- Laura Nicola - Coordinatore Infermieristico U.O. Cardiologia Riabilitativa FSM
- Silvia Brazzo - Dietista FSM
- MariaChiara Dante - Dietista FSM
- Ombretta Omodeo - Psicologa FSM
- Franco Cobelli - Responsabile U.O. Cardiologia Riabilitativa FSM
- Cristina Opasich - Medico U.O. Cardiologia Riabilitativa FSM

Gli autori

- * Infermiera DH
Cardiologia Riabilitativa FSM
- ** Infermiera DH
Cardiologia Riabilitativa FSM

CONOSCENZA FARMACI

La preghiamo di incollare nello spazio sottostante o semplicemente di inserire nella busta i tagliandini riconoscitivi della scatola dei farmaci che sta assumendo.



Sta assumendo terapia con ASA? sì no

Sta assumendo terapia con ACE INIBITORE? sì no

Assume BETABLOCCANTE? sì quale
no



E' ORA DI PRENDERE LE MISURE!

IL PESO CORPOREO:

Quando misurarla? Alla mattina, prima di colazione

Come misurarla? Senza vestiti e scarpe

Scriva qui il suo peso kg

LA CIRCONFERENZA VITA

Quando misurarla? Dopo aver misurato il peso

Come misurarla? Con il centimetro "da sarta"

Ecco il corretto metodo per misurarla:

togliere la maglia e lasciare l'addome rilassato

misurare la circonferenza a metà tra l'ultima costa

e la parte superiore dell'anca

Scriva qui la sua circonferenza cm



QUESTIONARIO PSICOLOGICO

1. Tra le possibili risposte, indichi con una crocetta, quanto nelle ultime quattro settimane, *si è sentito ansioso*
 per niente poco abbastanza molto moltissimo

2. Tra le possibili risposte, indichi con una crocetta, quanto nelle ultime quattro settimane, *si è sentito depresso*
 per niente poco abbastanza molto moltissimo

3. Tra le possibili risposte, indichi con una crocetta, il *livello di stress* provato nelle ultime quattro settimane
 per niente poco abbastanza molto moltissimo

4. Tra le possibili risposte, indichi con una crocetta, con quale frequenza, nelle ultime quattro settimane ha praticato il *Rilassamento Muscolare Progressivo*
 mai meno di 3 volte la settimana da 3/5 volte la settimana ogni giorno.



IMPIEGO DEGLI ANTISETTICI NELLA PRATICA QUOTIDIANA IN NEONATOLOGIA

* Gianfranco Cucurachi
** Maria Grazia Tuoto

INTRODUZIONE

Nell'attuale scenario della sanità, caratterizzato dalla rivoluzione tecnologica della medicina e chirurgia, le infezioni correlate all'assistenza rappresentano un problema di sanità pubblica.

La comparsa di microorganismi resistenti agli antibiotici e la possibile diffusione di nuovi patogeni emergenti legata alla globalizzazione rappresentano una sfida sia dal punto di vista terapeutico che dalla prevenzione delle infezioni ospedaliere.

La complessità delle problematiche richiede un approccio multidisciplinare che possa garantire le competenze e il contributo di diversi specialisti.

INFEZIONI NOSOCOMIALI IN NEONATOLOGIA

L'incidenza delle infezioni varia molto nelle diverse terapie intensive neonatali (u.t.i.n.) ed è compresa tra 7 ed il 24,5%, in relazione ai fattori ambientali e alle diverse pratiche cliniche. Tanto più bassi sono il peso e l'età gestazionale tanto più alto è il rischio d'infezioni. Il considerevole aumento della sopravvivenza dei neonati di peso molto basso e dei prematuri negli ultimi 20 anni ha fatto aumentare la percentuale del rischio infettivo. In uno studio condotto dal National Institute of Health and Human Development Neonatal Research Network, il 21% di tutti i neonati di peso inferiore a 1500 gr. (VLBW) fino al 43% con peso alla nascita compreso tra 401/750 gr. hanno sviluppato una sepsi documentata con un'emocoltura positiva.

L'immaturità immunologica, il frequente utilizzo di procedure invasive, la prolungata ospedalizzazione e la prolungata nutrizione parenterale totale, giustificano l'alta incidenza d'infezioni in questa popolazione a rischio.

La setticemia è l'infezione neonatale più comune delle NICU seguita dalle infezioni respiratorie e dalle infezioni del tratto urinario.

La prevenzione delle infezioni nosocomiali si basa su strategie che mirano a limitare la suscettibilità alle infezioni, riducendo i fattori di rischio e nello stesso tempo rafforzando le difese del neonato.

Le strategie per prevenire le infezioni nosocomiali riguardano il lavaggio delle mani, la disinfezione, il corretto utilizzo dei disinfettanti nelle procedure invasive.

La disinfezione è un processo che mira a ridurre il numero dei microorganismi presenti sulla superficie di oggetti e tessuti. Questo processo non rimuove tutta la flora, ma riduce la carica microbica su livelli differenti, escluse le spore, a seconda delle modalità di trattamento utilizzata. Ci sono diversi livelli di disinfezione: alto, medio, basso; sicuramente la disinfezione più efficace è quella ad alto livello in quanto inattiva tutti i microorganismi ad eccezione delle spore.

Questo processo garantisce la riduzione dei microorganismi grazie all'azione **battericida** (uccisione dei microorganismi) **batteriostatica** (prevenzione della moltiplicazione batterica).

Il lavaggio delle mani

La corretta igiene delle mani è una delle più importanti misure di controllo delle infezioni. Il lavaggio delle mani è una procedura semplice che previene la trasmissione di agenti infettivi, nonostante ciò rimane una metodica poco utilizzata dagli operatori sanitari per circa il 50%.

L'igiene delle mani si riferisce sia al lavaggio con acqua e sapone che all'utilizzo di antisettici a base alcolica.

Secondo l'organizzazione mondiale della Sanità ci sono cinque momenti fondamentali per l'igiene delle mani:

- prima del contatto con il neonato (per proteggere il neonato dai germi patogeni presenti sulle mani);
- prima di una manovra asettica (per proteggere il neonato nei confronti di germi

RIASSUNTO

La comparsa di infezioni ospedaliere nelle diverse terapie intensive neonatali, varia a seconda di fattori ambientali e a pratiche cliniche differenti.

L'aumento della sopravvivenza dei neonati di peso molto bassi e dei prematuri ha fatto aumentare la percentuale del rischio infettivo.

L'articolo affronta questo problema partendo dal lavaggio delle mani e utilizzo dei disinfettanti cutanei, affrontando controindicazioni e precauzioni d'uso.

ABSTRACT

Employment of the antiseptic in the daily practice in neonatology.

The appearance of hospital infections in the different intensive therapies neonatal, various according to environmental factors and different clinical practices.

The increase survival of the very low newborns of weight and premature ones has made to increase the % of infectious risk.

The article faces this problem dealing himself/herself/itself with washing of the hands and use of the cutaneous disinfectants, facing side effects and precaution of use.

- patogeni, inclusi quelli del neonato stesso);
- dopo l'esposizione a un liquido biologico (per proteggere l'operatore e l'ambiente sanitario);
 - dopo il contatto con il neonato;
 - dopo il contatto con ciò che sta attorno al neonato.

Il lavaggio delle mani con acqua e sapone va eseguito sempre prima di entrare nell'unità di terapia intensiva, dopo aver tolto anelli, bracciali ed orologio. La metodica del lavaggio delle mani con acqua e sapone deve essere utilizzata sempre se le mani sono visibilmente sporche e la durata della seguente procedura deve essere di circa quaranta/sessanta secondi.

Se invece le mani non sono visibilmente sporche, il lavaggio deve avvenire con soluzione alcolica ad ogni contatto diretto del neonato, procedura che dura circa venti/trenta secondi.

L'introduzione di un prodotto alcolico per l'igiene delle mani ha portato ad un aumento dell'adesione all'igiene delle mani degli operatori sanitari e ad una diminuzione delle infezioni correlate all'assistenza.

La disinfezione delle mani per frizione con prodotti alcolici può essere utilizzato senza alcuna difficoltà nell'ambito neonatologico per assistere i neonati in incubatrice. Importante utilizzare la frizione delle mani rispettando le indicazioni della ditta farmaceutica e attendere la completa asciugatura prima di introdurle nell'incubatrice, per evitare l'emanazione di alcool nell'abitacolo.

Disinfettanti cutanei

Nell'ambito della medicina perinatale i disinfettanti cutanei rappresentano un'anello importante per la prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere. I disinfettanti più utilizzati nell'ambito neonatologico e quelli citati nella letteratura internazionale e consigliati dall'organizzazione Mondiale della Sanità sono:

Clorexidina gluconato è una biguanide cationica con un elevato potere sia battericida che batteriostatico, ma non è sporicida. La sua efficacia come antisettico è molto elevata e viene prodotta sotto forma di sale gluconato.

La sua azione è potenziata dall'aggiunta di alcool etilico, ma in questo caso il preparato è riservato solo alla cute integra. E' attiva su batteri gram negativi, gram positivi, lieviti, funghi, virus (HIV). Nella pratica



ospedaliera viene principalmente consigliata per la sua attività nei confronti di batteri Gram Negativi, Positivi, Virus, quali Escherichia Coli, Staphylococcus Aureus, Enterococchi, Proteus, Enterobacter ecc.

Diluita in acqua ha il difetto di essere facilmente contaminabile, ma è utile per l'antisepsi delle ferite (cute lesa).

Infine, diluita in soluzione detergente, è adatta al lavaggio antisettico delle mani. La sua efficacia è dimostrata anche per il trattamento dei dispositivi medici non critici. La soluzione di Clorexidina gluconato ha una validità di tre anni nella confezione sigillata originale, mantiene le sue caratteristiche chimico/fisiche per sessanta giorni se conservate e chiuse correttamente.

Come antisettico per le mani la clorexidina rispetto agli altri principi attivi, presenta le seguenti caratteristiche:

1. **Rapidità d'azione** (entro 15 secondi);
2. **Effetto immediato**: dopo una singola applicazione riduce la flora batterica cutanea residente dell'86%, rispetto al 68% dello Iodopovidone;
3. **Persistenza dell'effetto**: uno dei pregi più importanti della clorexidina è la sua forte affinità con la pelle. Non viene assorbita ma rimane sulla pelle per diverse ore conservando la sua attività. Ciò è stato dimostrato applicando agli avambracci di quattro soggetti a cui sono state consentite, dopo il primo giorno, attività normali tranne il lavaggio. Più del 90% di clorexidina è rimasta sulla pelle dopo 5 ore ed il 25% dopo 29 ore.

Iodopovidone: le soluzioni a base di iodio sono adatte soprattutto per essere usate come antisettici, efficace come lo io-

dio, presenta una bassa tossicità e non lascia macchie indelebili. L'alcool ne potenzia le capacità.

Disinfezione e pulizia della cute lesa. E' indicato per l'antisepsi generale della cute nelle infezioni cutanee, abrasioni, ferite superficiali, suture chirurgiche, ulcere di lieve entità; per la preparazione e delimitazione del campo pre-operatorio; per la disinfezione di aree cutanee per prelievi di sangue, liquido/endorachideo, midollo osseo, oppure per iniezioni endovenose e soprattutto in occasione di trasfusioni, perfusioni, cateterismo venoso. Lo Iodopovidone al 10% soluzione cutanea possiede uno spettro d'azione completo; è efficace contro batteri Gram positivi e Gram negativi. E' attivo anche nei confronti delle spore, nel rispetto dei tempi di contatto. Lo Iodopovidone al 10% soluzione cutanea ha un elevato potere di penetrazione. Non viene inattivato dai secreti (sangue, pus, siero); non è soggetto a contaminazione tardiva, anche in seguito a diluizione. Nell'ambito neonatale i disinfettanti a base di iodio, come lo iodopovidone al 10% sono in questi ultimi anni poco utilizzati per i loro effetti collaterali sulla tiroide (ipotiroidismo). Infatti l'utilizzo intensivo di prodotti iodati sulla pelle può causare modificazioni reversibili della funzione tiroidea dei neonati. La pelle dei prematuri e dei nuovi nati, particolarmente immatura, permette un passaggio sistemico importante dei disinfettanti a base di iodio, diversi studi hanno dimostrato un ipotiroidismo dopo l'utilizzo, specialmente nei prematuri, un applicazione anche breve e moderata in zona periorbitale può causare un innalzamento

del TSH per la durata di 15/30 giorni. L'assorbimento cutaneo dello iodopovidone può compromettere la funzione tiroidea nel neonato prematuro, ma non sembra essere una comune causa di ipotiroidismo transitorio neonatale (Studi condotti in North America). I neonati assorbono la clorexidina. Prima di utilizzare largamente la clorexidina per prevenire le infezioni da Catetere Venoso Centrale nei neonati, sarebbero necessari molti studi per determinare se la clorexidina è più efficace e ben tollerata rispetto allo iodopovidone.

Controindicazioni e precauzioni d'uso dei disinfettanti in base all'età

Nella pratica quotidiana gli antisettici da utilizzare devono essere scelti in base alla loro efficacia ed in funzione di obiettivi ben definiti (ridurre al minimo il rischio infettivo, effetti collaterali annessi ai disinfettanti).

La scelta del disinfettante deve essere fatta anche in base alle caratteristiche biologiche dei microrganismi e alle proprietà delle singole soluzioni.

Questo è un passaggio di fondamentale importanza, poiché non tutti i prodotti hanno la stessa efficacia, i requisiti fondamentali di un disinfettante possono essere sintetizzati in:

- ampio spettro d'azione, rapidità d'azione, persistenza nel tempo,
- capacità di agire anche in presenza di sostanze organiche,
- tossicità, basso costo,
- elevato potere di penetrazione.

L'efficacia del processo è condizionata da alcuni fattori quali:

- **LA CONCENTRAZIONE:** l'efficacia del disinfettante è massima a una determinata concentrazione (a concentrazioni inferiori il disinfettante/antisettico è inefficace, a concentrazioni superiori possono verificarsi effetti indesiderati);
- **TEMPO DI CONTATTO:** è il tempo richiesto al disinfettante per agire. Per ogni prodotto la casa farmaceutica definisce un tempo di contatto specifico, tenendo conto della concentrazione;

- **CARICA BATTERICA:** un elevato numero di microorganismi presenti sullo strato superficiale può ridurre l'efficacia della disinfezione;
- **SPECIE MICROBICA:** non tutti i batteri hanno la stessa sensibilità all'azione disinfettante, alcuni sono molto resistenti;
- **SOSTANZE INATTIVANTI:** la maggior parte dei disinfettanti si inattivano in presenza di materiale organico.

Tabella 1 (Guide des bonnes pratiques de l'antsepsie chez l'enfants)

Prematuri	Bambini con età inferiore al mese	Bambini con età compresa tra 1 mese e 30 mesi
Iodopovidone 10%		
Controindicato	Controindicato	Precauzione d'uso
Alcool a 70°		
Controindicato	Controindicato	Precauzione d'uso
Clorexidina 0,5% e alcool 70%		
Controindicato	Controindicato	Autorizzato
Clorexidina 0,05%		
Autorizzato	Autorizzato	Autorizzato

La cute del neonato pretermine è altamente permeabile ai materiali esogeni a causa dell'immaturità della barriera cutanea caratterizzata dal sottile strato corneo. Sono stati riportati casi di ustioni nei neonati tra la ventiquattresima e la ventiseiesima settimana di età gestazionale causati da preparazioni alcoliche inclusa la clorexidina in alcool al 70%. Tale fragilità cutanea rende necessaria l'applicazione di soluzione fisiologica allo 0,9% dopo la disinfezione.

Conclusioni

Le infezioni nosocomiali sono tuttora uno dei più gravi problemi per le Terapie Intensive Neonatali. Pertanto ogni sforzo deve essere attuato per ridurre l'incidenza di queste infezioni che non possono essere considerate un pedaggio obbligato dell'ospedalizzazione, poiché non può essere accettabile che un luogo di ricovero e cura come l'ospedale possa essere esso stesso fonte di malattie.

Bibliografia

- 1 JS Garland, CP Alex, MR Uhing, IE Peterside, A. Rentz and MC Harris. Pilot trial compare tolerance of chlorhexidine gluconate to povidone-iodine antiseptics for central venous catheter placement in neonates. Journal of Perinatology 2009.
- 2 M Visscher, MV deCastro, L Combs, L Perkins, J Winer, N Schwegman, C Burkhardt and P Bondurant. Effect of chlorhexidine gluconate on the skin integrity at PICC line sites. Journal of Perinatology 2009.
- 3 MJ Sankar, VK Paul, A Kapil, M Kalaivani, R Agarwal, GL Darmstadt and AK Deorari. Does skin cleansing with chlorhexidine affect skin condition, temperature and colonization in hospitalized preterm low birth weight infants?: a randomized clinical trial. Journal of Perinatology 2009.
- 4 Stronati M, Carrà AM, Rondini G. Infezioni Nosocomiali. Riv.Ital Pediatr.1997
- 5 Albengres E.,Rians P, Meistelman C, Chevais M, canet J, Tillement Jp. Application locale d'un antiseptique iodé et hypothyroïdie biologique neo-natale. Therapie 1983
- 6 Schonberger w, grimm w. Transiente Hypothyreosen durh jodhaltige desinfizientien bei neugeborenen 1982
- 7 Guide des bonnes pratiques de l'antiseptie chez l'enfant. 2007
- 8 Comitato Infezioni Ospedaliere, I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo, Pavia
- 9 K Mannan, P Chow, T Lissauer, S Godambe. Mistaken identity of skin clearing solution leading to extensive chemical burn in an extremely preterm infant 2007
- 10 The Hospital Infection Society, 2008

Gli autori

- * Infermieri
Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico S .Matteo (Pavia)
Struttura Complessa: Patologia Neonatale, Terapia Intensiva e Neonatologia



*** Emanuela Sacchi**



Cari colleghi lettori, vi racconto, sperando di non annoiarvi, come è nata la mia passione per il canto.

Credo di avere nel mio dna una inclinazione per questo, trasmessami da papà Francesco, tenore, il quale aveva studiato musica e canto con il famoso maestro Cincio Angelini che all'epoca aveva lanciato cantanti famosi che erano approdati anche a Sanremo. Fin da giovanissimo il mio papà arrotondava il modesto stipendio di artificiere esibendosi nei teatri della provincia di Alessandria, dove era conosciutissimo, oppure cantava nelle chiese in occasioni di eventi. Agli inizi degli anni cinquanta (io non ero ancora nata) papà Francesco è stato trasferito a Pavia, sua città natale, dove ha continuato a coltivare la sua passione, stavolta non per arrotondare lo stipendio, ma solo per diletto, ha conosciuto il maestro Giannino Zecca e con lui si trovava presso circoli per amatori del bel canto, sia lirico che di musica leggera. Quando ero bambina mi piaceva accompagnarlo la domenica e mi piaceva ascoltare sia lui che gli altri cantanti, nonostante il loro repertorio non fosse per me del tutto comprensibile, data la mia età, però conoscevo gran parte delle canzoni, perché ascoltavo mio papà quando si esercitava e avevo a disposizione tutti i testi. mi ricordo che quando mio papà cantava la canzone "Manuela" mi sentivo molto imbarazzata.

OLTRE LA DIVISA... C'È DI PIÙ



Come comprensibile, appena un po' più cresciuta papà Francesco mi ha chiesto se anch'io avessi piacere di coltivare la sua passione. A dire il vero l'idea non mi entusiasmava, comunque sono andata più di una volta da una maestra di canto, la quale disse a mio papà che ero intonata e avevo "orecchio" e con il tempo anche la voce con gli esercizi sarebbe maturata con la giusta impostazione ecc.. ma io avevo una vergogna esagerata, mi sentivo a disagio anche di fronte a poche persone. Impensabile quindi per me un futuro di cantante!!! Anche se cantare è sempre stato per me come respirare, sia da bambina che da adulta, sembrava proprio che la cosa fosse destinata a restare a beneficio mio personale. Quando meno me l'aspettavo però, ero adolescente, venni notata dal regista Cesare Volta che dirigeva la "Compagnia Dialettale pavese", il quale mi propose di entrare nella compagnia come ballerina di fila: a me il ballo è sempre piaciuto e mi riusciva anche bene, e poi avrei potuto anche cantare, ma non da solista per fortuna... accettai e feci due stagioni con due riviste diverse. Fu un'esperienza fantastica... credetemi... il palcoscenico..il fascino della passerella... il calore del pubblico ti fanno provare una sensazione unica... Poi sono stata costretta a fare una scelta dolorosa ma necessaria: mi sono iscritta alla scuola per infermieri e come sapete le due cose erano incompatibili, quindi a malincuore doveti lasciare la rivista. Gli anni passavano... ho iniziato a lavorare ..mi sono sposata..ho avuto una figlia e mi sono occupata di un sacco di cose... volontariato... sindacato... politica... piano piano però la voglia di cantare si è fatta sempre più viva e così ho cominciato ad esercitarmi da sola: mi sono procurata una modesta attrezzatura, i testi dei brani, la musica ecc. piano piano ho cominciato a partecipare a gare canore magari nei villaggi vacanze, dove non mi conosceva nessuno... con successo devo dire... poi qualche volta mi sono esibita con amici e finalmente ho avuto il coraggio di farlo anche di fronte a un pubblico vero... non senza terrore...

A volte mi sono chiesta chi me lo facesse fare... ma il piacere di cantare era più forte di tutto... naturalmente papà Francesco mi ha sempre seguita, non senza dar-



mi consigli ma anche giudizi severi, riconoscendo comunque che le mie doti canore sicuramente non fossero paragonabili alle sue... non per colpa mia. Circa a febbraio del 2004, per caso,

ero a una cena con alcuni colleghi consiglieri comunali come me del comune di San Genesio, compreso il sindaco, i quali stavano parlando del progetto di unire la corale di San Genesio (di cui molti di loro facevano parte) con la corale di Zeccone, per fare dei concerti, allo scopo di raccogliere fondi per aiutare il comitato di accoglienza per i bimbi di Chernobyl con sede a Zeccone. Naturalmente mi sono offerta di collaborare, tanto più che in chiesa non avevo mai cantato... così dopo qualche giorno sono andata alle prove e ho cominciato. I maestri mi hanno messo nel gruppo dei contralti: devo dire che cantare canti sacri sia faticoso e non privo di difficoltà, in quanto molti brani sono in polifonia e occorrono esercizio e attenzione... senza contare l'impegno (alcune sere d'inverno costa fatica dover uscire di casa per andare alle prove).

La fusione dei cori ha avuto un bel successo, abbiamo fatto moltissimi concerti (con buona pace dei bimbi di Chernobyl)... ma non solo... siamo progressivamente diventati più bravi. Nel 2007 abbiamo cantato in diretta tv per il papa quando è venuto in visita a Pavia, ci siamo esibiti con la "schola cantorum" della cappella Sistina di Roma e siamo addirittura andati in sala d'incisione e abbiamo inciso un cd. Per il futuro è mia ferma intenzione continuare con questa attività, infatti in questi giorni sono impegnata per le prove dei concerti per il Natale. Al di là di tutto mi sono resa conto che comunque anche cantare per la messa della domenica mi dia soddisfazione... e mi renda serena e più vicina a papà Francesco... che ora non c'è più...

L'autore

* *Coordinatrice Dipartimento di Neurologia Generale IRCCS Fond. C. Mondino - Pavia
Redattori settore Formazione/ricerca/
aggiornamento*



Aggiornamento Ritorno

L'ATTIVAZIONE DEL CASE MANAGER NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE DELLA REGIONE LOMBARDIA

Martedì 5 ottobre 2010



* Annamaria Tanzi (a cura di)

Il Workshop

Nelle ultime due giornate della fase centrale del percorso formativo, l'attenzione è stata posta sugli aspetti clinici del Modello Integrato di Intervento nella presa in carico dei pazienti gravi (Zapparoli), sui compiti degli operatori e sul case management. Questa prima fase si è conclusa con l'elaborazione:

- di linee-guida del case manager comunitario
- di una proposta di PTI unitaria come struttura, impostazione metodologica e strumenti.

Entrambi sono stati il risultato del confronto tra discenti, docenti e tutor d'aula nelle 7 edizioni; il materiale raccolto è stato analizzato e organizzato in modo sistematico durante una riunione a cui hanno partecipato i tutor d'aula e alcuni docenti

del board.

All'interno del workshop è stata prevista una lettura magistrale di Jerome Guay, psicologo di comunità canadese ed esperto in case management.

L'ultima parte della giornata è stata invece dedicata alla presentazione (metodi, contenuti, impostazioni) della fase locale di formazione dei case manager, un ampio progetto che prevede il coinvolgimento di tutti gli operatori dei CPS lombardi.

Contenuti

Cesare Moro ha impostato brevemente il primo intervento su criticità e punti di forza dei servizi emersi durante i lavori della *fase centrale*.

Da un lato le criticità:

- Standard di accreditamento;
- Attenzione al budget;

SOMMARIO

Il Piano Regionale Salute Mentale vigente, tra le innovazioni più rilevanti, ha introdotto il case management nella psichiatria di comunità, allo scopo di favorire l'attuazione di coerenti percorsi di cura e riabilitazione, centrati sul paziente, all'interno delle reti sociali naturali e della rete dei servizi.

La Regione Lombardia, con la DGR VIII/8501, programmando il nuovo triennio di programmi innovativi territoriali, ha incluso il case manager comunitario tra le aree prioritarie della formazione, conferendo poi a I.Re.F. Scuola di Direzione in Sanità, l'incarico di attivare il percorso formativo specifico.

La FASE CENTRALE di questo percorso è stata conclusa con le ultime due giornate il 21 e 23 Settembre 2010, sono state organizzate 7 edizioni ognuna composta da sette giornate, a cui hanno partecipato operatori inviati principalmente dai C.P.S. lombardi con l'obiettivo di formare questi ultimi alle funzioni del case manager. Si ricorda a tal proposito che il case manager è esplicitamente indicato nel Piano di Trattamento Individuale (PTI), documentazione vigente nei Centri Psico Sociali (C.P.S.).

A Milano, il 5 Ottobre u.s., Regione Lombardia e I.Re.F. hanno organizzato il workshop per la restituzione in plenaria dei risultati del lavoro svolto ai discenti, ai Direttori delle U.O. di Psichiatria regionali o loro delegati, ai coordinatori infermieristici dei C.P.S. lombardi.

Obiettivo comune e condiviso nel board d'area è stato quello di trasmettere un metodo/stile di lavoro, una funzione nei D.S.M. che può essere assunta da tutti gli operatori sanitari ed in modo particolare dagli infermieri, per la specificità del ruolo ricoperto sia in termini di tempo dedicato all'assistito sia in termini di assistenza globale alla persona riferita ai bisogni della stessa.

Obiettivo previsto nel primo semestre del 2011 è l'organizzazione e l'espletamento della FASE LOCALE per raggiungere e formare gli operatori dei CPS lombardi.

SUMMARY

The Mental Health Plan in force, among the most significant innovations introduced case management in community psychiatry, in order to facilitate the implementation of consistent pathways of care and rehabilitation, focusing on the patient, within the natural and social networks network services. The Region of Lombardy, with the DGR VIII/8501, planning the new three-year innovative local programs, has included the Community case manager between the priority areas of training, then giving I.Re.F. School of Management in Health, in charge of activating the specific educational path.

The middle phase of this process has been completed with the last two days on 21 and 23 September 2010, were organized seven editions each of seven days, which was attended mainly by CPS workers sent Lombard with the aim of training them to the functions of case managers. It is recalled in this regard that the case manager is explicitly stated in the Individual Treatment Plan (ITP), existing documentation in Psycho Social Centers (PSC).

In Milan, 5 October last, the Lombardy Region and I.Re.F. The workshop was organized in plenary for the return of the results of the work to the learners, the Directors of UO Psychiatry regional or their delegates to the coordinators of the nursing CPS Lombard. Common purpose and shared area of the board was to send a method / work style, function in DSM which can be ascended by all health workers and especially nurses, to the specificity of the role in terms of time devoted to the assisted both in terms of global assistance to needs related to the person of the same.

Objective set in the first half of 2011 is the organization and completion of Phase LOCAL to reach and train operators CPS Lombard.

- Burocrazia;
- Turnover del personale;
- Gerarchia e organizzazione;
- Difficoltà di integrazione tra servizi e tra operatori;
- Mancanza di una cultura comune;
- Mancanza di spazi di confronto;
- "esclusività" della relazione operatore / paziente.

Dall'altro lato i punti di forza:

- Gli operatori con la loro professionalità;
- Territorialità;
- Accessibilità ed economicità per utenza;
- La rete dei Servizi;
- Possibilità di integrazione interna ed esterna;
- La continuità assistenziale e funzionale;
- Il lavoro in équipe;
- La progettualità;
- La formazione;
- La capacità di modificare l'organizzazione.

Una possibilità di intervento per ridimensionare le criticità e utilizzare/potenziare le risorse attive (punti di forza) potrebbe essere rappresentata da:

- Attivazione di formazione condivisa;
- Adozione di protocolli e linee guida;
- Lavoro per progetti;
- Miglioramento dell'organizzazione funzionale dell'équipe: spazi, tempi e metodologia.

Si tratta di un lavoro che richiede una grande condivisione e partecipazione *partecipata* dell'équipe e il Case Manager, a sua volta, deve coinvolgere la persona nel processo di cura, intervenire solo con il suo consenso, porre obiettivi chiari e comuni per creare una relazione positiva dove la partnership diventi un camminare insieme verso un obiettivo comune che la persona assistita non percepisca come imposizione o dovere, ma opportunità di **reale integrazione nella comunità**.

Le parole giuste ... abbracciano, proteggono, aiutano.

"Il case manager comunitario nella salute mentale: esperienze e proposte a livello internazionale" è stato il titolo della relazione di **Jerome Guay**, psicologo di comunità canadese esperto in case management che ha portato l'esperienza del modello canadese del Quebec.

Il punto di partenza è stato il manicomio che nella realtà canadese offriva ai degenti una ospitalità di tutto rispetto, all'interno erano previsti confort quali la piscina, la palestra e altri svaghi, ottima nutrizione ben distribuita durante la giornata e dieta equilibrata. Tuttavia è emersa l'esigenza di chiudere una struttura di questo genere. Così il Dr. Test e il Dr. Stain, antesignani del case management, hanno teorizzato in merito perchè questi degenti, fuori dal ma-

nicomio, avessero un *accompagnatore*: il case manager.

IL MODELLO PACT Canadese (STEIN E TEST, ANTHONY E FARKAS) ha quattro principi:

La comunità, non l'ospedale, deve essere il luogo principale per dare le cure, poiché è nell'ambiente che gli utenti stanno di fronte alla **tensione permanente quotidiana**.

I trattamenti e i provvedimenti di sostegno devono essere interi e complessivi e toccare tutti i campi della vita e devono essere flessibili ed individuati, personalizzati.

Devono essere strutturati ed erogati in modo tale da raggiungere l'utente quando ne ha bisogno.

Le équipes sono interdisciplinari e comprendono: infermieri, psicologi, educatori, psichiatra ed è l'équipe che eroga ogni tipo di trattamento sia sanitario in senso stretto sia sociale.

La «presa in carico» è dell'équipe ma è concepito l'operatore di riferimento del paziente; i servizi sono aperti 24 ore su 24 (il modello mutuato è stato quello di Trieste in Italia); quando è necessario è previsto un case management intensivo; nell'80% dei casi il lavoro è svolto a domicilio e/o nella comunità sociale.

Lo scopo principale è quello di migliorare il funzionamento del paziente nelle attività di vita quotidiana con particolare riferimento all'ambito del lavoro e quello delle relazioni sociali, tutto attraverso questa funzione di accompagnamento.

Caratteristiche di questo lavoro sono:

- il pragmatismo;
- flessibilità
- valutazione più completa
- rinforzo del legame
- l'accento sulle competenze
- la polivalenza
- **l'apertura sulla rete sociale.**

Si pone l'accento sulle competenze e abilità (parti sane) piuttosto che sulle incompetenze e patologie, si rimanda alla rete sociale ed ai legami umani e da ultimo importanza assume la **polivalenza**, perchè le difficoltà che le persone vivono sono tutte collegate: la salute fisica, la salute mentale, l'economia, le condizioni abitative, producono tutte un effetto le une sulle altre. Inoltre, poiché le reti sociali sono tutte interconnesse, la popolazione non è divisa in gruppi di età come sono spesso i nostri programmi, e ciò implica che è necessario poter essere capaci di rivolgersi a tutti gli utenti qualunque sia la loro età o la loro situazione. In definitiva, le strutture devono essere un modello di vita reale con tutte le difficoltà del vivere quotidiano ma anche con tutta la libertà di movimento (scelte, desideri, bisogni nel qui ed ora) delle persone.

L'accompagnamento è ASCOLTO,

COMPRESIONE, SOSTEGNO, **INCORRAGGIAMENTO**, GESTIONE DELLE EMOZIONI, PRONTO INTERVENTO NELLA CRISI. L'accompagnatore, il *case manager*, è una figura intermedia che si pone tra il professionista e l'amico, il fratello in termini di caratteristiche individuali, di requisiti garantendo soprattutto la **presenza presente**.

Il CASE MANAGEMENT, deve integrare il sociale al sanitario ed entrambe le dimensioni devono diventare complementari: questa è la sfida di oggi.

La persona che porta una sofferenza psichiatrica ed un disagio sociale deve poter vivere una esperienza soggettiva di controllo sulla propria vita, un *modo di vivere una vita soddisfacente anche con i limiti causati dalla malattia*.

Guay ha evidenziato i possibili vissuti dei pazienti:

- la speranza
- avere fiducia nei propri pensieri
- avere piacere nell'ambiente
- sentirsi vivace e vivente
- stima di se aumentata
- interagire con altri.

Il nostro lavoro, ha detto, rimanda all'obiettivo del *ristabilimento* che è un processo non una destinazione. Così come un **progetto terapeutico** non può essere la partenza semmai sarà l'approdo e lo documenteremo nello svolgersi del processo di cura.

Guay invita alla riflessione sulle resistenze al processo di cura dei nostri pazienti, soprattutto degli psicotici chiedendosi e chiedendoci se spesso le strutture non rispondono ai bisogni reali delle persone. Ci sono ancora barriere interne (strutturali fisiche ma anche interne alle persone: operatori e pazienti) ed esterne (stigma, pregiudizi, paure, sfiducia nelle possibilità di emancipazione dei pazienti, innanzitutto negli operatori).

Trainor et al. (1996) propone di sostituire il paradigma di servizi con il paradigma di mutuo aiuto (si potrebbe dire sul modello per esempio dei CAT (Club Alcolisti in Trattamento), sul modello dell'impresa sociale etc.).

I piani d'intervento non dovrebbero essere costruiti dai professionisti, ma dovrebbero essere impegnati in essi una maggioranza di persone non professionali (i cosiddetti **operatori naturali**), gli utenti dovrebbero poter portare nei servizi i loro amici, i loro prossimi (i caregivers) e anche una persona per difendere i suoi diritti. I professionisti dovrebbero facilitare questo processo nel momento in cui si raggiunge la negoziazione ed il cosenso tra i servizi e gli utenti. Si tratta di *condividere il potere d'agire*, si tratta di avviare una vera collaborazione tra i professionisti, gli utenti, la

gente comune.

La RETE DELLE COLLABORAZIONI:

Genitori

- Il sostegno ai genitori
- Le separazioni costruttive

Paziente

- Consapevolezza dei segni annunciatori dei sintomi
- Impara facendo errori e a partire dai suoi fallimenti
- Accoglienza delle emozioni forti del paziente
- Sostituire il servizio individuale con il mutuo aiuto

Rete informale

- Sviluppo di contatti con la gente comune
- Sostegno ai cittadini che hanno paura

Collaborazione con i cittadini

- Visibilità accessibilità
- Sostegno alla gente che ha paura: interventi di crisi
- Mediazione fra la gente e i pazienti
- Stimolazione di rapporti con la gente comune
- La collaborazione con gli aiutanti naturali.
- Rispettare le regole di base della società
- Rete di sicurezza.

In Quebec, l'intuizione è stata la professionalizzazione del comunitario quando la stessa comunità ha iniziato ad organizzarsi in Associazioni/Gruppi per lo più in difesa dei diritti dei malati o per mutuoaiuto; questo modo alternativo di far sentire la propria voce da parte degli utenti è stato utilizzato come risorsa attiva e da qui è partita l'integrazione sino a concepire uno stile di lavoro basato sul **case management**.

Adesso, afferma Guay, il piano del ministero della salute esige che 10% - 20% delle équipe siano degli utenti.

I vantaggi sono:

- una migliore empatia e comprensione dei bisogni e problematiche dei clienti;
- una facilità di intervento ed una più grande tolleranza di fronte a comportamenti marginali, una migliore comprensione delle medicine e dei loro effetti secondari;
- la presenza di una motivazione, di una flessibilità, di una necessità di difendere i diritti dei clienti e una conoscenza aumentata dei servizi.

Accanto ai vantaggi si aprono nuove sfide quali:

- confusione dei ruoli
- confidenzialità
- la grande glorificazione delle qualità dell'utente
- formazione ed esperienza professionale
- la rivelazione di sé
- la ritraumatizzazione
- la re-stigmatizzazione.

La critica maggiore, ha rilevato Guay, alla pratica psichiatrica è che è troppo centrata sui sintomi e la farmacoterapia a sca-

pito della qualità di vita soggettiva.

E pensare che la nuova psichiatria ha assunto proprio la soggettività delle persone come partenza nel processo di cura. (Una riflessione necessaria anche in Italia dove la riforma ha avuto luogo prima che in altre parti del mondo).

La psichiatria ha bisogno di:

INTERVENTI DI RETI

«Il PRSM si è posto l'obiettivo di indicare i modelli e gli strumenti per sviluppare una nuova policy per la salute mentale: la risposta ai bisogni delle persone non può essere trovata solo nell'ambito sanitario, ma necessariamente deve coinvolgere anche l'ambito sociale e considerare l'aspetto esistenziale e relazionale della vita dell'uomo». (Cerati, Percudani e Petrovich 2005)

TRE TIPI DI RETI:

La rete familiare

La rete sociale: amici, conoscenze (colleghi, sport, svago)

La rete di prossimità

- a) formale: associazioni
- b) informale: vicini

LA RETE SOCIALE e Apertura alla Comunità Sociale (Riabilitazione - Emancipazione)

«Dobbiamo rompere con il pensiero che il lavoro di serie A è la psicoterapia, mentre la riabilitazione è di serie B. La cura e la manutenzione delle reti familiari e sociali, come parte fondamentale dei processi di riabilitazione, costituisce il cuore degli interventi dei servizi». Saccotelli, G. (2009) direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL BaT

Il processo d'aggravamento dei problemi di salute mentale è sempre accompagnato d'un processo d'isolamento sociale. Il paziente si ritira in se stesso, rompe i contatti con gli amici. Gli amici e compagni di sport e di svago si distanziano. La rete di psichiatria (malati mentali, professionisti) si sostituisce alla rete sociale.

Il case manager corre il rischio d'essere intrappolato nella bolla d'intimità del colloquio individuale. L'aiuto individuale è la norma sociale del modo in cui l'aiuto deve essere dato. Invece, gli interventi di rete devono essere integrati nel intervento individuale, Guay ha concluso il suo intervento con dei suggerimenti agli operatori dei servizi:

- Sostenere la persona nei suoi sforzi per adottare dei comportamenti che la rendano capace di vivere nella società e contribuire alla società.
- I professionisti devono credere nella capacità di autonomia dei pazienti.
- Significa per esempio lasciare la persona vivere delle difficoltà, esplorare, sperimentare, fare degli errori. Intervenire

solo all'ultimo momento quando la persona non può più trovare una forma di adattamento congrua.

- Avvicinare i cittadini alle persone con una malattia mentale.
- È l'assenza di rapporti che nutre i pregiudizi. Il cittadino è l'attore dimenticato del processo d'inserimento sociale. Egli ha bisogno del nostro sostegno e ne ha diritto.
- Il ruolo del professionista è di natura sistemica poiché i cambiamenti sono collegati e concomitanti.

Ersilia Baracco (infermiera, tutor d'aula) ha presentato il documento finale sulle linee guida per il case manager, risultato delle elaborazioni e discussioni in aula tra docenti, tutor d'aula e partecipanti.

IL CASE MANAGER è:

Un operatore con un percorso formativo specifico che opera autonomamente secondo i dettami del proprio profilo professionale.

- Ha capacità empatica e relazionale
- Ha capacità di interrelazione con altre professionalità
- Ha senso di responsabilità e capacità organizzative.

Tutti i diversi professionisti della salute in psichiatria (medico, infermiere, educatore, psicologo, assistente sociale, tecnico della riabilitazione psichiatrica) possono svolgere la **FUNZIONE** di Case Manager, ognuno con le competenze connesse al proprio specifico RUOLO professionale.

Il **Case Manager** è il Tutore del progetto e del processo di cura, favorisce la comunicazione e l'integrazione all'interno dell'equipe e con le agenzie del territorio ed è scelto tra gli operatori in relazione con il paziente.

L'individuazione del case manager avviene all'interno della microequipe, dopo la presa in carico del paziente, in considerazione della priorità dei bisogni che sono stati identificati.

È stata evidenziato il significato di **PRE-SA IN CARICO** che deve fondarsi su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita.

Ed è stato altrettanto ricordato che La realizzazione della presa in carico rappresenta una mission specifica del DSM.

La funzione di titolare e garante della presa in carico e della continuità terapeutica è attribuita al servizio territoriale e nella fattispecie al Centro Psico sociale (C.P.S.) considerato il perno dell'organizzazione territoriale della assistenza psichiatrica e l'agenzia territoriale deputata a mantenere le fila del discorso.

All'interno di questa organizzazione territoriale, **IL CASE MANAGER:**

- Opera autonomamente rispetto alle pro-

- proprie competenze professionali
- **Coopera** con gli altri membri della microequipe per il raggiungimento degli obiettivi concordati
- **Concorre** a unificare le singole progettualità in un unico progetto
- **Garantisce** l'uso appropriato delle risorse
- **Collabora** con le agenzie territoriali e garantisce che venga svolto il lavoro di rete
- **Garantisce** l'applicazione del Progetto Terapeutico Individuale quale strumento operativo della presa in carico
- **Partecipa** alla stesura del P.T.I. (**Piano di Trattamento Individuale**)
- **Monitora** le fasi del progetto terapeutico
- **Tiene** l'agenda della microequipe
- **Tiene** un elenco dei suoi casi

È molto vicino al paziente operando in difesa dei suoi interessi (**ADVOCACY**).

IL CASE MANAGER costituisce un forte momento di cambiamento.

All'interno delle varie professioni, è chiaro che quelle di tipo socio-sanitario più facilmente e più frequentemente devono confrontarsi con situazioni difficili.

Da questo è nata l'esigenza di elaborare strumenti di lettura ed analisi delle situazioni difficili insieme a metodologie adeguate.

Il CASE MANAGEMENT è un possibile strumento e:

rappresenta oggi una **sfida** per tutti gli operatori di qualsiasi professione, una sfida anche al nostro stesso sapere, una sfida che è fonte di un continuo chiedersi cosa è bene cosa è male, una sfida che obbliga gli operatori ad una pratica connotata da significato etico e ad aperture verso funzioni e dimensioni complementari ed infine, una sfida affascinante se la si affronta con la consapevolezza della necessità di acquisire gli strumenti adeguati per affinare la tecnica della relazione interpersonale con cui potenziare la fiducia, la disponibilità, il dialogo e l'alleanza consapevole del paziente alla cura ed ai trattamenti.

Nel successivo intervento **Fabiola Bongiolatti** (educatore professionale, tutor d'aula) ha invece presentatoto il punto d'arrivo nel percorso formativo concluso per il P.T.I. (Piano di Trattamento Individuale), strumento operativo della presa in carico, introdotto nella realtà operativa della nostra Regione, attraverso il Piano Regionale per la Salute Mentale.

Questo strumento operativo deve essere contenuto nella cartella clinica e regolarmente aggiornato.

Contiene le motivazioni della presa in carico, le prestazioni erogate (cliniche, riabilitative, di assistenza, intermediazione e coordinamento). "Stimola" il lavoro dell'équipe e identifica un case manager.

Tipologie di attività dell'équipe:

- **attività clinica:** attività psichiatrica e psicologica, centrate sull'utente e orientate

alla relazione terapeutica.

- **attività riabilitativa:** attività di riabilitazione, *risocializzazione*, reinserimento nel contesto sociale; attività semiresidenziali (CD) e legame con la rete territoriale
- **attività di assistenza:** *relazione con il paziente per sostenere i suoi aspetti deficitari* e migliorare il funzionamento psicosociale, attività domiciliare.
- **attività di intermediazione:** *attività per contrastare gli effetti di* deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma:

i) utilizzo agenzie territoriali (servizi sociali, realtà cooperativistiche e di lavoro protetto, gruppi di volontariato);

ii) individuazione di potenziali reti informali (facilitatori o aiutanti naturali);

iii) sostegno e informazione alla famiglia

- **attività di coordinamento - integrazione - attività sul singolo caso:** per integrazione dei diversi soggetti e aree di attività del progetto di cura e per continuità al piano di trattamento individuale.

Ciò comporta un forte investimento sul lavoro d'équipe, intesa come gruppo multiprofessionale in grado di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata.

Il P.T.I. emerso dalle consultazioni in aula tra docenti, tutor e partecipanti è il seguente:

SCHEDA SINTETICA DI PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI) - 1

Motivazioni della presa in carico:

- diagnosi (ICD 10)
- funzionamento psicosociale:

ottimo	<input type="checkbox"/>
buono	<input type="checkbox"/>
moderatamente deficitario	<input type="checkbox"/>
gravemente deficitario	<input type="checkbox"/>
- rete sociale/familiare

presente	<input type="checkbox"/>
deficitaria	<input type="checkbox"/>
assente	<input type="checkbox"/>
- precedenti trattamenti psichiatrici:

presenti	<input type="checkbox"/>
assenti	<input type="checkbox"/>

SCHEDA SINTETICA DI PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI) - 2

- Obiettivi del progetto di PTI:
- Micro-équipe:
 - Psichiatra:
 - Psicologo:
 - Infermiere:
 - Educatore:
 - Assistente sociale:
 - Referente del PTI (case manager):

SCHEDA SINTETICA DI PIANO DI TRATTAMENTO INDIVIDUALE (PTI) - 3

Programma di cura

- Colloqui psichiatrici: SI NO (frequenza
- Colloqui psicologici: SI NO (frequenza
- Farmacoterapia: SI NO
- Psicoterapia: SI NO
- Interventi domiciliari: SI NO
- Coinvolgimento/sostegno ai familiari: SI NO
- Interventi sociali: SI NO
- Attivazione risorse sociali (progetti con Enti pubblici privato sociale, volontariato): SI NO
- Interventi riabilitativi: SI NO
- Interventi di inserimento lavorativo: SI NO
- Inserimento al CD: SI NO (sede del CD
- Inserimento in Struttura Residenziale: SI NO
- Sede di eventuali ricoveri ospedalieri:

L'identificazione degli utenti gravi avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree che concorrono a definire il "profilo di salute":

- **diagnosi nosografica** (diagnosi elettive: disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi, gravi disturbi di personalità)
- **gravità clinica**
- **funzionamento sociale**
- **caratteristiche della rete** familiare e psicosociale
- **precedenti trattamenti** psichiatrici e psicologici.

La valutazione deve avvalersi dell'uso di Scale Appropriate, una metodologia di lavoro non adottata in tutto il territorio lombardo. Tra le scale di valutazione in uso in ambito psichiatrico sono state citate:

LIFE SKILLS PROFILE

- **CANSAS**
- **VADO**
- **HoNOS**
- **VGF o GAF.**

La valutazione della rete diventa però l'elemento fondante ed originale del modello e viene considerata insieme alle valutazioni di carattere specifico effettuate dai vari protagonisti professionali, come la diagnosi medica o l'identificazione dei bisogni della persona.

La "valigetta" del case manager deve contenere

- Le scale di valutazione del *funzionamento* psicosociale, da integrare con la relazione e l'osservazione clinica
- I metodi di valutazione delle reti personali: le *carte di rete* (La carta di Rousseau e Carta di TOOD)
- La *relazione* personale e il modello dell'*integrazione* funzionale

Il **Dr. Giorgio Cerati** ha chiuso gli interventi della giornata riportando all'attenzione dei presenti che la **Formazione al ruolo di case manager e all'acquisizione di strumenti di intervento e valutazione (PTI e PTR)** è stato uno dei programmi innovativi della Regione Lombardia previsti nel Piano Regionale di Salute Mentale vigente. Lo scopo è quello di favorire l'attuazione di coerenti percorsi di cura e riabilitazione centrati sul paziente, all'interno delle reti sociali naturali e della rete dei servizi.

Uno degli obiettivi generali è quello di favorire la reale applicazione dei **percorsi clinici territoriali previsti dal PRSM**, in particolare il percorso della **presa in carico**, attraverso l'implementazione dello **strumento del PTI** e della figura strategica del **case manager**, la cui presenza nei CPS è tuttora piuttosto incerta e disomogenea sul territorio regionale.

Il percorso formativo della **FASE CENTRALE** ha avuto l'obiettivo di favorire l'implementazione reale delle funzioni del ca-

se manager nel PTI in tutti i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali.

L'orizzonte del case management sta nella sua potenzialità di **valorizzare gli operatori**, di farne **attivatori** o agenti di rete, di favorire la crescita di referenti-**integratori** che nell'ambito di **miniequipe** multiprofessionali siano **"responsabili di processo"** (aspetti clinici e istituzionali).

Era stata prevista la **FASE LOCALE nel 2011**, organizzata e ormai definita dal board d'area nella quale si auspica che i corsisti formati saranno impegnati a collaborare al processo formativo dei loro colleghi operatori-case manager di ciascuno dei CPS lombardi. Per questa fase, alcune A.O. (Aziende Ospedaliere) saranno capofila dei corsi e autonome nella designazione dei professionisti dipendenti, il board d'area (tavolo tecnico) si riserverà di fornire indicazioni in merito per il buon fine dell'iniziativa come segue:

Favorire l'intervento dei case manager formati e il trasferimento delle conoscenze a tutti gli operatori in modo da implementare realmente il case management nei CPS lombardi, con un *piano*:

- un **modello** formativo che *coinvolga attivamente i soggetti e che consenta l'analisi delle resistenze e delle risorse*;
- **richiesta preliminare a capisala e responsabili dei CPS di inviare gli strumenti (modelli PTI, scale) attualmente in uso: revisione**;
- **la capacità di trasmettere un metodo di lavoro corredo degli strumenti appropriati: "valigetta" o kit del case manager comunitario**;
- **la continuità dell'intervento del board d'area e dei docenti collegati per garantire contenuti omogenei della formazione**;
- **l'affiancamento del personale formato nella fase centrale con tutor, in funzione di "case manager dei case manager", essenzialmente per favorire la veicolazione della formazione sul campo**;
- **quindi adeguato spazio da prevedere al lavoro di gruppo e sui casi**;
- **presentazione di un progetto di attivazione di case management e PTI secondo le linee guida apprese (indicatore di outcome)**.

Le modalità organizzative della fase locale prevedono:

- Obiettivo di **formare tutti gli operatori dei CPS** all'applicazione della metodica del PTI con case manager nella pratica di lavoro. A tale scopo è previsto un **attivo coinvolgimento dei DSM**, degli operatori già formati, dei tutor e docenti del corso centrale.
- Criterio di favorire un **lavoro aperto ad operatori di diversi CPS** appartenenti ad

ambiti territoriali prossimi per ASL, in modo da ampliare i rapporti e le possibilità organizzative, e agevolare la partecipazione degli operatori a edizioni diverse.

- **Corsi obbligatori per operatori di CPS con qualifica: Infermiere professionale, Assistente sociale, Educatore professionale, Tecnico riabilitazione psichiatrica; almeno 1 Medico psichiatra per CPS.**

La Fase locale è impostata in funzione del saper fare, cioè con l'obiettivo che tutti gli operatori di CPS sappiano partecipare a progettare e attuare il PTI con case management

L'attuazione della Fase locale comporta il coinvolgimento attivo degli operatori già formati, dei tutor, dei responsabili dei CPS, di alcuni docenti del corso d'aula

Il programma generale per la Fase locale prevede:

- 2 giornate di studio
- il tirocinio pratico
- una giornata conclusiva.

Suddivisione per aree

L'articolazione territoriale delle iniziative per l'implementazione della fase locale deve tener conto anzitutto del criterio di favorire un **lavoro aperto ad operatori di diversi CPS**, pur se appartenenti ad ambiti territoriali prossimi per ASL, in modo da ampliare i numeri dei partecipanti, quindi i rapporti e le possibilità organizzative, e agevolare la partecipazione degli operatori a edizioni diverse.

La suddivisione delle aree territoriali avverrebbe per **reti formative** che fanno capo ad ambiti di una o più ASL (accorpate se di piccole dimensioni). Invece dal punto di vista amministrativo appare più funzionale identificare come riferimento **una delle A. O. dell'ambito territoriale - capofila**. I membri del **board d'area** sono disponibili a fare da riferimento ciascuno per una o più delle reti formative così suddivise, dove si dovrà costituire un **comitato organizzativo locale** con i rappresentanti degli operatori formati, dei tutor, dei CPS, delle A.O e ASL.

IPOTESI DI SUDDIVISIONE DELLE RETI FORMATIVE E DELLE EDIZIONI FASE FORMATIVA LOCALE

- ASL Bergamo + Sondrio = 3 edizioni AO capofila Bergamo
- ASL Brescia + Vallecamonica = 3 edizioni AO capofila Brescia**
- ASL Como + Lecco = 2 edizioni AO capofila Como
- ASL Cremona + Mantova = 2 edizioni AO capofila Mantova**
- ASL Lodi + Pavia = 2 edizioni AO capofila Pavia
- ASL Milano città = 4 edizioni AO capofila Niguarda**
- ASL Milano 1 = 2 edizioni AO capofila Legnano
- ASL Milano 2 = 2 edizioni AO capofila Melegnano**
- ASL Monza Brianza = 2 edizioni AO capofila Monza
- ASL Varese = 2 edizioni AO capofila Varese.**

I **membri del board d'area** saranno riferimento per una o più reti formative.

Per le docenze locali saranno disponibili **docenti e tutor** del corso centrale o loro collaboratori.

Gli **Uffici Formazione** delle A. O. capofila, in stretta collaborazione con gli Uffici Formazione delle altre AO e i DSM, costituiranno un **Comitato organizzativo** allo scopo di assicurare un'attuazione della fase locale **coerente con la fase centrale** ed adeguatamente contestualizzata e condivisa. Comitato locale con rappresentanti di:

- Ufficio formazione (capofila), board d'area I.Re.F (1), operatori formati o tutor corso centrale (1)
- Direttori DSM (o delega a 1 Responsabile di CPS x DSM), Coordinatori Inf. CPS (1 x DSM).

È stata prevista una riunione preliminare informativa da parte DGS – I.Re.F. I tempi di attuazione del progetto: primo semestre 2011.

L'AO capofila trasmetterà la relazione finale approvata dal Comitato sull'attuazione della fase locale del corso al Board d'Area.

L'autore

* Infermiera CRM
Comunità Torchiello – D.S.M. – A.O. Pavia



Aggiornamento Andata

NUOVE REGOLE ECM A PARTIRE DAL 2011



* Silvia Giudici

Riporto qui di seguito, fedelmente, le novità pubblicate inerenti le nuove regole ECM (Educazione continua in medicina), valevoli anche per gli eventi già accreditati con le vecchie disposizioni.

La Commissione ministeriale sull'ECM, infatti, ha stabilito il termine della fase intermedia (la cosiddetta fase "cuscinetto"), per cui gli eventi e i progetti formativi registrati e gestiti sulla base della vecchia normativa (ovvero, quelli che vengono registrati e si svolgono entro il 31 dicembre 2010) restano assoggettati alle vecchie regole fino al 1° gennaio 2011.

"A far data dal 1° gennaio p.v. - si legge sul sito web del Ministero della Salute - gli accreditamenti degli eventi e dei progetti formativi aziendali che sono registrati e gestiti sulla base dell'accredito attualmente in corso, sono sottoposti alle stesse regole di trasparenza, indipendenza del contenuto formativo, di responsabilità per l'erogazione degli eventi stessi, in analogia agli eventi che saranno erogati dai provider (provvisori) che erogano la formazione residenziale e/o su campo".

Soddisfatta Federcongressi che aveva caldeggiato questa soluzione a tutela dei diritti acquistati da centinaia di organizzatori di eventi medico-scientifici, che, in assenza di un regime transitorio, avrebbero potenzialmente tratto gravi danni dalle nuove disposizioni, in vigore dal 1° maggio 2010.

Dal canto mio, per non perdere l'abitudine e il desiderio di formazione continua, propongo alcuni appuntamenti da annotare in agenda per il prossimo anno.

LA PATOLOGIA VULVO-PERINEALE. II° CORSO D'AGGIORNAMENTO

Milano, 21 gennaio 2011
ecm: in fase di accreditamento
euro: 180,00
tel: 059551863; fax: 0595160097
mail: mediabac@tin.it

INDICATORI PER IL GOVERNO CLINICO

Virgilio (Mantova), 21 gennaio 2011
ecm: in fase di accreditamento
euro: gratis

tel: 0376201213; fax: non presente
mail: alessandra.gandolfi@aopoma.it

GLI STRUMENTI VERBALI E NON VERBALI NELLA COMUNICAZIONE CON IL MALATO

Bergamo, dal 28 gennaio al 4 febbraio 2011 (3 giornate)
ecm: 15
euro: gratis
tel: 035389274; fax: 035389445
mail: casadicura@istitutopalazzolo.it

CORSO DI APPRENDIMENTO DELL'INGLESE PER UN SUO UTILIZZO IN AMBI-TO SANITARIO

Bergamo, dal 23 marzo al 25 maggio 2011 (10 giornate)
ecm: in fase di accreditamento
euro: gratis
tel: 035389274; fax: 035389445
mail: casadicura@istitutopalazzolo.it

CORSO DI AGGIORNAMENTO TEORICO-PRATICO IN NEFROLOGIA E DIALISI (in programmazione)

sede: per info contattare IAF-Istituto Alta Formazione Roma
durata: quattro giornate
ecm: in fase di accreditamento
euro: 395,00
sito web: www.aiform.it

Infine propongo alcuni siti web utili per la ricerca di eventi formativi in ambito professionale nella speranza che possiate trovare tematiche di interesse.

www.ecmcampus.it
www.med3.it
www.obiettivosanita.it
www.iss.it
www.ecmitalia.it
www.ecm-fad.it
www.eformat.biz
www.nursingup.it
www.medicalecmsservices.com
a) <http://fad.cbim.it>
b) <http://ecm.agenas.it>

L'autore

* Infermiera, Neuroriabilitazione
Fondazione Salvatore Maugeri Pavia
sede di via Boezio

restituire compilato con 30 gg di anticipo sulla scadenza a GPA s.p.a – Strada Nuova, 86 27100 Pavia
referente convenzione: Paolo Bosatra – bosatra@gruppongpa.it tel.0382-301893 – fax 538256
allegare copia attestato di rischio e polizza in corso



• **Contraente Polizza:**

Nome Cognome:	
Data di nascita:	
Stato civile:	
Professione:	
Codice Fiscale:	
Via – C.A.P. - Città - Provincia	
Recapito telefonico\Cellulare	

• **Proprietario del veicolo se diverso dal contraente:**

Nome Cognome:	
Data di nascita:	
Stato civile:	
Professione:	
Codice Fiscale:	
Via – Città - ,Prov - C.A.P.	

• **Informazioni Contrattuali:**

Data di scadenza annuale della polizza	
Classe Di Merito: Bonus/Malus	
Ha usufruito del decreto Bersani?	
Conducenti inferiori ai 26 anni utilizzano il veicolo?	
Il veicolo è assicurato da più di 5 anni?	
Ci sono stati sinistri con colpa nell'ultimo anno?	
Ci sono stati sinistri con colpa negli ultimi 5 anni?	
Numero di auto in famiglia?	

• **Dati del veicolo:**

Marca e Modello e Allestimento	
Anno Imm.ne – Anno d'acquisto	
Targa:	
Cilindrata – Cavalli Fiscali – KW	
Ricovero notturno del veicolo:	<input type="checkbox"/> Box privato <input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> Proprietà privata <input type="checkbox"/> Strada

• **Garanzie A.R.D. :**

Valore Assicurato:

€

Incendio – Furto		
Kasko o Collisione		
Atti Vandalici		
Eventi Naturali e Garanzia CRISTALLI		
Infortunati Cond. Max <input type="checkbox"/> € 100.000 <input type="checkbox"/> € 50.000		
Assistenza stradale <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> FULL		
Tutela Legale		

Premio totale annuo attuale:

CONVENZIONE ISCRITTI COLLEGIO IP.AS.VI DI PAVIA

Casse / 3. Altra grana per Enpapi (infermieri)

Ricorso d'urgenza su regole elettorali

Collegi lombardi
anti regolamento
Chiesta ai giudici
l'invalidità

Infermieri lombardi sul piede di guerra. Sei presidenti di collegio (Mantova, Cremona, Brescia, Cremona, Como e Pavia) e una decina di iscritte hanno presentato ricorso al Tribunale di Roma (articolo 700, codice procedura civile) contro il nuovo regolamento elettorale di **Enpapi**, cassa di previdenza degli infermieri, presieduta da Mario Schiavon. Nel documento, datato 12 novembre, si chiede l'illegittimità del regolamento in quanto vi sarebbe in all'interno «come contrarie alla legge e ai principi di democraticità e di rappresentatività».

Viene contestato per esempio l'articolo 12 che attribuisce a ogni collegio un numero di delegati pari a uno ogni mille iscritti ma si è stabilito un delegato anche al collegio provinciale che non raggiunge il numero di mille iscritti. In passato era un delegato ogni cento

Uncoerenti aspettavo ades-

so una risposta veloce dai giudici: infatti a marzo vi saranno le nuove elezioni.

Tra l'altro è ancora fresco il ricordo della recente spaccatura all'interno del consiglio d'amministrazione di Enpapi. Spaccatura poi ricomposta. La rottura tra il presidente Schiavon e gli altri consiglieri, a quanto si è saputo, ha riguardato lo stile di conduzione della gestione dell'ente con particolare riferimento alla circostanza che era stato riscontrato nel verbale della seduta del 23 settembre 2010 (vedi «Plus24» di sabato 30 ottobre). A riscontrare «una situazione molto critica in Enpapi» è stato il collegio sindacale che ha appunto evidenziato il «notevole contrasto tra il presidente e la maggioranza dei consiglieri d'amministrazione». A figura della situazione difficile in cui versa l'ente degli infermieri, c'è la lettera di dimissioni presentata dal direttore generale Luigi Marchionni, ma respinta dal consiglio d'amministrazione. Da segnalare che il collegio sindacale ha chiesto, infine, al cda documenti e informazioni sulla compravendita dell'immobile che era nuova sede Enpapi

V.D'A.