

Infermiere

a P A V I A



Vita di collegio

SOMMARIO

Editoriale	2
Gli Organi collegiali	3
Promemoria per gli elettori	4
Candidati per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei conti per il triennio 2009-2011	5
Dalla cura di sé alla cura dell'altro	7
Interventi di prevenzione, trattamento, cura e supporto presso l'ambulatorio HIV di Dubbo in Etiopia	11
Educare alla salute ed il prendersi cura: riflessioni sul benessere globale della persona .	15
La complessità assistenziale. Un metodo per la gestione della risorsa umana in RSA . . .	17
Aggiornamento in Italia	20
Aggiornamento in Lombardia	22



Questo periodo autunnale è denso di novità: Le linee di indirizzo operativo sulla 194 della Regione Lombardia, Il comunicato del Ministero della Sanità sulle cure ai pretermine, la decisione del TAR del Lazio sulla diagnosi preimpianto di coinvolgere la Corte Costituzionale.... Anche se l'attualità è pressante, non possiamo tralasciare altri aspetti che interessano la nostra professione e che da tempo sono sulla stampa sanitaria e non.

Questo editoriale vuole affrontare il tema, mai esaurito né esauribile, della criticità delle professioni sanitarie. Le criticità derivano non solo da un problema di controllo della spesa sanitaria, ma innanzitutto dalla pesante eredità del garantismo professional-sindacale.

Il personale infermieristico ospedaliero, così come quello appartenente alle altre figure professionali sanitarie (medici, ostetriche, veterinari, ecc.) si trova ad affrontare sempre più spesso criticità lavorative di natura organizzativa, dettate principalmente dalla necessità di controllare la spesa sanitaria.

In particolare, recentemente gli organi di stampa hanno portato all'attenzione dell'opinione pubblica due problemi rilevanti per il personale del SSN:

- la cancellazione del diritto degli operatori sanitari alle 11 ore di riposo consecutive su 24

- ore tramite una norma inserita nella Finanziaria 2008 (art.3 comma 85) si ricorda che tale diritto è stato sancito dalle direttive europee;

- le deliberazioni regionali fissando il limite massimo di assunzioni da parte delle Aziende

Sanitarie nel corso del 2008, permetteranno la copertura solo della metà dei posti vacanti

da pensionamenti o trasferimenti avvenuti nel 2007, utilizzando anche contratti a tempo

determinato (vedi quella della Regione Lombardia datata 31.10.2007)

Medici con competenze manageriali, veri e propri "consulenti a tempo" all'interno di un'organizzazione ospedaliera, dove la continuità assistenziale è affidata a Infermieri sempre più specializzati. Questo è invece uno dei dati che emerge dalla ricerca condotta dalla Fondazione Istud "Evoluzione delle competenze nella Sanità lombarda", presentata il 12 settembre scorso, presso la sede di Assolombarda.

Ciò che emerge è che il medico e l'infermiere sono le figure più coinvolte da questo processo di mutamento, dovuto sia al modo in cui le strutture sanitarie si sono strutturate, sia ai cambiamenti che le nuove tecnologie e la società domandano con insistenza.

Dunque, come è stato sottolineato nel convegno, i punti fondamentali per migliorare la qualità sono: la collaborazione fra strutture che fanno parte di un'unica rete, una maggiore attenzione agli indicatori di efficacia (e non solo su quelli di efficienza), perché l'eccellenza dal punto di vista gestionale è il prodotto tra efficacia ed efficienza e quindi entrambe le dimensioni vanno tenute in considerazione; rendere i ruoli più elastici, le persone all'interno delle organizzazioni sanitarie, dotate delle competenze appropriate, possono anche occuparsi di attività al di fuori del proprio ruolo preassegnato.

Perché un'organizzazione sanitaria tenda all'eccellenza al

suo interno deve esserci la summa di diverse competenze: da quelle scientifiche a quelle cliniche, dalle gestionali a quelle etiche e relazionali: tutte con pari dignità. Per continuare a mantenere un alto standard di eccellenza - il prodotto fra efficacia ed efficienza - occorrono competenze relazionali, gestionali, etiche, cliniche e scientifiche.

Proprio su questa linea, si riporta un altro dato: quanto emerge da una rielaborazione di The European House - Ambrosetti sul 'Rapporto Isae: Finanza pubblica e Istituzioni' del 2008. Secondo i dati forniti, la maglia nera per il buco da record spetta al Lazio che ha accumulato un debito di 1,4 mld di euro nel 2007. Alle spalle, staccati di parecchie lunghezze, la Campania con -697 milioni di euro alla voce sanità del bilancio regionale e la Sicilia, che si guadagna l'ultimo gradino del podio con un deficit di 524 milioni di euro. Le Regioni che seguono hanno invece un debito più contenuto, da 200 mln di euro in giù. Si tratta di Puglia (-200 mln), Liguria (-141), Abruzzo (-117), Piemonte (-96), Sardegna (-68), Molise (-62), Calabria (-24), Valle D'Aosta (-14) e Basilicata (-13). Persino nel bilancio di Trento non figura il segno + alla voce sanità, anche se il debito si limita a 2 milioni di euro. Si tratta dell'ultima regione con i conti in rosso. Restano le sette Regioni virtuose, fra cui spicca la Toscana con un bilancio sanitario in attivo di 95 milioni di euro lo scorso anno. Seguono Marche e Friuli con 24 milioni di euro. Conti in positivo anche per Bolzano (+17), Umbria ed Emilia (con +13 milioni di euro). Sotto i dieci milioni di euro hanno risparmiato la Regione Lombardia (9 milioni di euro) e il Veneto, che per appena due milioni di euro rientra nel 'club' delle Regioni virtuose. Significativa quindi la stretta connessione tra modelli organizzativi e bilanci economici, quali indicatori di un sistema efficiente in grado di controllare la spesa offrendo il migliore servizio possibile alla cittadinanza.

Ma dove è possibile progettare nuove soluzioni e sperimentare modelli gestionali innovativi: nell'Università naturalmente.

Peccato però che l'università italiana sia "in crisi perché massificata" e, per questo motivo, serve una "revisione globale, profonda". (Umberto Veronesi Cernobbio 09 novembre 2008 Como, terzo forum Meridiano Sanità).

C'è bisogno di reintrodurre il merito, rivalutare l'importanza del rispetto e della conoscenza delle regole, di rinnovare i contenuti.

Plaudiamo quindi la nomina del primo ricercatore disciplinare nell'università di Pavia, auspichiamo contestualmente che, in linea con l'esigenza e la necessità di cambiamento del sistema accademico, sia offerto spazio ai giovani infermieri che vogliono sperimentare percorsi di ricerca, ma per favore lasciamo loro aria e strumenti per crescere ed eventualmente sbagliare ma continuare a sperimentare per migliorare l'assistenza.

Per i 3600 colleghi infermieri vigiliatrici e assistenti sanitarie della nostra provincia un consiglio:

- costruite con gli organismi di rappresentanza una comunicazione attiva per un dibattito vero ed efficace sui seguenti temi

- il rinnovo contrattuale quale occasione per orientare risorse agguintive incentivanti verso

- merito, qualità professionale e attività svolta in aree usuranti ove è necessario garantire

- maggiormente la continuità e l'efficacia delle cure

- richiedere l'applicazione di una politica sanitaria che premi i sistemi sanitari regionali virtuosi e penalizzi quelli inefficienti; come precedentemente riportato, in ambito nazionale si evidenziano situazioni molto disomogenee alla luce degli indicatori di efficienza ed efficacia delle cure (operatori/posti letto, tasso di occupazione posti letto, % ricoveri pazienti fuori regione, ecc.)

Il cambiamento è possibile esclusivamente a partire da un'assunzione di responsabilità di tutti (istituzioni e singoli), chiamando con il loro nome le inefficienze e premiando veramente il "merito" e "sacrificio" dei professionisti.

Aspettiamo altri colleghi pronti a sacrificare il proprio tempo e le proprie competenze a favore della comunità professionale, per perseguire e consolidare risultati sempre più alti.

Enrico Frisone

Infermiere a Pavia

Rivista trimestrale del Collegio IP.AS.VI. di Pavia
Anno XX n. 4/2008 novembre 2008

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

Direttore Responsabile Enrico Frisone

Capo Redattore Giuseppe Braga

Segreteria di Redazione G. Braga

Comitato di Redazione O. Bonafè, G. Braga, M. Cattanei,
S. Giudici, A.M. Tanzi

Hanno collaborato a questo numero: G. Ferraris, N.G. Greco, E. Petroziello,
P. Ripa

Impianti e stampa Gemini Grafica snc - Melegnano (MI)

Direzione, Redazione, Via Volta 25 - 27100 Pavia

Amministrazione Tel. 0382/525609, Fax 0382/528589
CCP n. 10816270

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

Registrazione presso il Tribunale di Pavia n. 355 del 08.02.1989.
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 novembre 2008 presso Gemini Grafica snc di S. & A. Giropini, Melegnano (MI)

GLI ORGANI COLLEGIALI

Assemblea

È il corpo stesso del Collegio ed è l'insieme di tutti gli iscritti che vi appartengono di diritto dal momento stesso della loro iscrizione all'Albo Professionale.

L'Assemblea si riunisce, su convocazione del Presidente del Collegio o dei suoi sostituti legali, una volta all'anno in seduta ordinaria ed ogni tre anni in seduta elettorale.

La funzione dell'Assemblea è essenzialmente di indirizzo generale per gli obiettivi e le strategie necessarie alla realizzazione dei fini istituzionali e si esprime approvando il programma triennale e annuale ed il Bilancio preventivo che ne consente la realizzazione.

Consiglio Direttivo

È l'organo legislativo ed esecutivo del Collegio ed ha il compito di attuare la tutela e la vigilanza sui professionisti previste dalla legge; rappresenta gli iscritti presso Enti ed Istituzioni, esercita il potere disciplinare nei confronti degli iscritti, amministra i beni e le risorse finanziarie del Collegio, promuove le iniziative intese a favorire il progresso culturale degli iscritti.

Ciascun Consigliere deve sentirsi impegnato a presenziare in modo attivo alle riunioni ordinarie e straordinarie del Consiglio e dell'Assemblea ed alle attività deliberate.

È compito specifico delle cariche attuare, attraverso l'espletamento delle proprie funzioni ed avvalendosi della collaborazione dei Consiglieri, ogni iniziativa e decisione del Consiglio Direttivo.

Le cariche sono elettive e spetta al Consiglio Direttivo, nella prima riunione indetta dal Consigliere più anziano di età, entro otto giorni dalle elezioni, eleggere tra i Consiglieri stessi le persone ritenute più idonee ad assumere tali compiti.

Le cariche previste per legge sono:

Presidente: ha la rappresentanza del Collegio di cui convoca e presiede il Consiglio Direttivo e le Assemblee degli iscritti, sia ordinarie che straordinarie ed elettorali.

Vicepresidente: sostituisce in funzione vicaria il Presidente in caso di assenza od impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal Presidente.

Segretario: è responsabile del regolare andamento dell'ufficio, della tenuta e custodia dei verbali e registri, dell'autenticazione delle delibere e degli atti da rilasciarsi a norma di legge.

Tesoriere: ha la custodia e la responsabilità dei fondi e dei valori di proprietà del Collegio, della riscossione delle entrate e del pagamento delle spese entro i limiti dello stanziamento di bilancio, della tenuta delle scritture contabili.

Impegnarsi quindi nelle funzioni e nei compiti propri di ciascuna carica richiede tempo, competenza, determinazione e, soprattutto, conoscenza della Organizzazione professionale

Collegio dei Revisori dei Conti

Il Collegio dei Revisori dei Conti è un organo di controllo ed ha il compito fondamentale di controllare l'amministrazione del Collegio, la regolare tenuta del bilancio, la completezza della documentazione e la coerenza tra le delibere Consiliari, gli stanziamenti di bilancio e le spese effettuate.

I Revisori effettivi eleggono tra di loro un Presidente che convoca le riunioni e tiene i rapporti con il Consiglio Direttivo vigilando sulla corretta compilazione dei verbali.

Compito apparentemente arido, è molto importante per garantire agli iscritti la trasparenza della gestione del Collegio.

Il Consiglio Direttivo uscente:

Presidente: Frisone Enrico
 Vicepresidente: Quattrocchi Salvatore
 Segretario: Giudici Silvia
 Tesoriere: Rampi Annamaria
 Consiglieri: Baglioni Elena
 Baratto Simone
 Braga Giuseppe
 Buongiorno Daniela
 Ciancio Gabriele
 Gerletti Jeannette
 Massaro Michela
 Melino Stefania
 Sforzini Andrea
 Tanzi Annamaria

Il Collegio dei Revisori dei conti uscente:

Presidente: Di Martino Raffaella
 Revisori effettivi: Pagano Carmela
 Cavallaro Claudia
 Revisore supplente: Bellingeri Andrea

PROMEMORIA PER GLI ELETTORI

L'Assemblea degli iscritti è chiamata a votare per eleggere i componenti del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei conti.

Affrontare questo compito al meglio richiede a ciascuno di noi, oltre ad una riflessione e ad una scelta, il conoscere le indicazioni legislative, le procedure, i problemi.

Convocazione

Con lettera raccomandata spedita almeno 20 giorni prima della data fissata per le elezioni, viene convocata l'Assemblea Elettorale degli Iscritti, quest'anno fissata per il giorno 7 febbraio 2003 alla ore 15.30 presso l'Aula Magna del Collegio Cardano, in via Resistenza, 15 - Pavia.

Al termine della prima parte della riunione il Presidente proclamerà l'apertura delle operazioni di voto che si espletano nella sede elettorale all'interno del Collegio IPASVI in via Lombroso, 3/B.

Da quel momento decadono gli organi eletti nel precedente mandato.

Validità

Perché le elezioni siano valide in prima convocazione, devono votare un terzo del totale dei professionisti appartenenti ai tre Albi professionali della nostra provincia. Percentuale che ci auguriamo di raggiungere, ma che ormai, visto l'incremento numerico degli iscritti (siamo circa 3200 iscritti), appare un traguardo arduo. Ragion per cui in seconda convocazione è sufficiente che si rechino a votare un numero di elettori pari al numero di consiglieri previsto più uno. Questa concessione legislativa non deve indurre alla rinuncia al diritto/dovere di voto, ma anzi deve stimolare ancor più la volontà ad esprimere il voto per i propri candidati, che altrimenti potrebbero risultare non eletti a causa del nostro assenteismo.

Non è ammessa la delega al voto, risulta indispensabile che:

- veniate a votare tutti muniti di documento di identità valido;
- collaboriate con Consiglieri e Revisori per favorire le operazioni di voto;
- siate disponibili a sostituirvi reciprocamente nei servizi per mettere tutti nelle condizioni di venire a votare;
- chi abita lontano da Pavia, e ha il proprio automezzo, offra un passaggio a che non lo ha.

Eleggibilità

Tutti coloro che risultano, al momento delle elezioni, iscritti agli Albi degli Infermieri Professionali, degli Assistenti Sanitari e delle Vigilatrici d'Infanzia, sono eleggi-

bili come Consiglieri o come Revisori. È utile tener presente i colleghi che si sono dichiarati disponibili per limitare la dispersione dei voti a favore di persone che stimiamo, ma che non sono, al momento, dell'idea di assumere un compito che può solo essere scelto per l'impegno che richiede.

Presso la segreteria del Collegio saranno disponibili gli Albi IPASVI per consultazione.

Operazioni di voto

Si vota esprimendo sull'apposita scheda, bianca per Consiglio Direttivo e azzurra per Collegio dei Revisori dei Conti e Revisore supplente, le proprie preferenze con nome e cognome di chi si intende votare. È molto importante userà il nome proprio dato che, essendo tutti gli iscritti eleggibili, in caso di cognome identico, è il nome che chiarisce a chi è destinata dall'elettore la preferenza.

Per il Consiglio Direttivo si devono esprimere **OBBLIGATORIAMENTE 15** (quindici) preferenze. È importante tutte e

15 le preferenze perché una sentenza della Corte di Cassazione, ha così stabilito e i componenti dell'ufficio elettorale saranno costretti ad annullare la scheda incompleta.

Per il Collegio dei Revisori dei Conti, le preferenze da esprimere sono 4 (quattro): tre membri effettivi ed uno supplente.

Si ricorda che l'elezione del Revisore supplente è separata da quella dei Revisori effettivi, e risulterà eletta la prima persona votata come tale.

Per il voto devono essere usate solo le matite copiative fornite nel seggio.

Spoglio delle schede

Alla chiusura delle operazioni di voto, espletate le necessarie formalità, l'ufficio elettorale procederà allo spoglio delle schede, che è pubblico, ossia ad esso possono assistere i colleghi che lo desiderano senza intervenire direttamente.

Concluse le operazioni, il Presidente del seggio, proclamerà i risultati che saranno successivamente esposti nella sede del Collegio, inoltre ne sarà data comunicazione al loro domicilio, a tutti gli iscritti, unitamente al risultato delle elezioni di secondo livello per la distribuzione delle Cariche in seno al Consiglio Direttivo, effettuata nella prima riunione.

**Collegio IPAS.VI.
Pavia**

**Elezioni
Consiglio Direttivo**

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

11 _____

12 _____

13 _____

14 _____

15 _____

fac-simile scheda elettorale

**Collegio IPAS.VI.
Pavia**

**Elezioni
Collegio Revisori dei conti**

Revisore dei conti effettivi

1 _____

2 _____

3 _____

Revisore dei conti supplente

fac-simile scheda elettorale

CANDIDATI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO E DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI PER IL TRIENNIO 2009-2011

Questi sono i Colleghi che, al momento di andare in stampa, hanno espresso la disponibilità ad essere eletti all'interno del Collegio IPASVI della provincia di Pavia.

Baglioni Elena, 41 anni, diplomata Infermiera a Pavia nel 2000. È iscritta nell'Albo I.P. di Pavia dal 2001. Nell'ultimo mandato Consigliere. Si candida per il **Consiglio Direttivo**.

Bergonzi Anna Maria, 49 anni, Biennio di ragioneria, diplomata Infermiera a Pavia nel 1979, Certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive dell'assistenza infermieristica nel 1987. È iscritta nell'Albo I.P. di Pavia dal 1979. Ha lavorato al Policlinico San Matteo di Pavia e al "Mondino". Ora lavora presso il SPDC dell'Azienda Ospedaliera di Pavia. Non ha mai ricoperto cariche all'interno del Collegio. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per "Effettuare una esperienza nuova per me mettendo a disposizione la mia esperienza soprattutto in ambito della relazione".

Bongiorno Daniela, 52 anni, Media superiore, diplomata Infermiera a Pavia. Nell'ultimo mandato Consigliere. Si candida per il **Consiglio Direttivo**.

Braga Giuseppe, 46 anni, Perito Industriale Capotecnico – specializzazione "Energia Nucleare", diplomato Infermiere a Roma nel 1986, Certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive dell'assistenza infermieristica a Roma nel 1989. È iscritto nell'Albo I.P. di Roma nel 1986, trasferito a Pavia dal 1991. Libero Professionista nel 1986/87 Infermiere presso l'Ospedale S. Eugenio di Roma (Medicina), Infermiere presso il Policlinico Umberto I di Roma (Degenza della Chirurgia d'Urgenza), Docente presso la Scuola Infermieri di Melegnano (MI). Dal 1989 è Referente Aziendale per la formazione in materia di Igiene e Sicurezza sul Lavoro presso l'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo" di Melegnano e dal 2006, dopo aver ottenuto il part-time al 50%, anche Libero Professionista svolgendo attività di docenza ai corsi per Operatore Socio Sanitario, Ausiliario Socio Assistenziale, Consulente aziendale per la docenza in ambito della Sicurezza sul Lavoro. Caporedattore della Rivista "Infermiere a Pavia". Consigliere per diversi mandati, nel triennio 2003-2005 ha ricoperto la carica di Segretario. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per "Innovare nella continuità per supportare i nuovi Consiglieri".

Cavallaro Claudia Maria, 41 anni, Laurea in Scienze Politiche, diplomata Infermiera nel 1991. È iscritta nell'Albo I.P. dal 1991. Lavora presso la Fondazione "Maugeri". Nell'ultimo triennio è stata Revisore dei conti. Si candida per il **Collegio dei revisori dei conti** per "Proseguire il lavoro fin qui svolto".

Ciancio Gabriele, 37 anni, Biennio di scuola media superiore, diplomato Infermiere a Pavia nel 1992, Gestione base dati presso l'ENAIIP a Pavia nel 1999. È iscritto nell'Albo I.P. di Pavia dal 1992. Lavora presso la 3° divisione di Ortopedia presso il Policlinico San Matteo di Pavia. Nel triennio 2003-2005 Revisore dei conti, nell'ultimo mandato Consigliere. Si candida per il **Consiglio Direttivo**, per il **Collegio dei revisori dei conti o Revisore supplente** per "Proseguire il lavoro fatto fino adesso per il nostro Collegio e per far sì che il Collegio sia un mezzo più sfruttato dalla comunità infermieristica".

Di Martino Raffaella, 52 anni, Maturità, diplomato Infermiere a Pavia nel 1978, Certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive. È iscritto nell'Albo I.P. dal 1981. Eletta in diversi mandati ha ricoperto le cariche di Tesoriere, Segretario, Presidente e Revisore dei conti. Si candida per il **Consiglio Direttivo** e per il **Collegio dei revisori dei conti**.

Frisone Enrico, 46 anni, Maturità, diplomato Infermiere a Genova nel 1980, Laurea Magistrale, Scuola Direzione Struttura Complessa. È iscritto nell'Albo I.P. Ha lavorato in diversi ambiti pubblici e privati, in ospedali e centri di formazione. Ora lavora presso la ASL di Pavia. Consigliere per diversi mandati, ha ricoperto la carica di Vicepresidente, da due mandati è Presidente. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per "Garantire un percorso professionalizzante, valorizzazione e riconoscimento professionale in ambito provinciale e regionale, rappresentanza professionale nazionale".

Gerletti Jeannette, 42 anni, diplomata Infermiera a Pavia nel 1991. È iscritta nell'Albo I.P. di Pavia dal 1991. Nell'ultimo mandato Consigliere. Si candida per il **Consiglio Direttivo**.

Greco Nunzio Giuseppe, 36 anni, Maturità scientifica, diplomato Infermiere a Vigevano nel 1996, Master universitario di I livello in Coordinamento delle Professioni Sanitarie. È iscritto nell'Albo I.P. dal 1996. Libero Professionista dal 1997 ha operato prevalentemente in RSA e Strutture Sanitarie private. Ora è Coordinatore RSA "Buzoni-Nigra" di Sartirana (PV) come Libero Professionista. Non ha mai ricoperto cariche all'interno del Collegio. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per *"Farsi portavoce dei Colleghi del Vigevanese e della Lomellina presso il Collegio e per promuovere iniziative in favore della Libera Professione e alla tutela dei Colleghi Libero-Professionisti"*.

Loi Duilio, 47 anni, Maturità tecnica, Laurea in Scienze della Formazione, Lauree in Infermieristica generale, Certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive, Master in Direzione Aziendale dei Servizi Sanitari, Master di II livello in Progettazione Pedagogica nel settore della Giustizia Civile, Certificato di Esperto PBL (Project Based Learning). Ha ricoperto ruoli di Infermiere con funzioni cliniche in diversi settori delle neuroscienze, Coordinatore di strutture semplici e complesse presso Aziende pubbliche e private nonché dirigente con funzioni di responsabilità nei settori Organizzazione, Formazione e Aggiornamento, Qualità e Ricerca, Qualità aziendale. Attualmente è Libero Professionista in regime di consulenza Manageriale e Formativa presso enti pubblici e privati nonché Università. Non ha mai ricoperto cariche all'interno del Collegio. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per *"Con l'impegno di offrire un contributo fattivo in termini di visibilità e incremento della "politica professionale" nel panorama sanitario e sociale della provincia, sostegno e sviluppo formativo, manageriale e di ricerca nei confronti dei colleghi, sviluppo e miglioramento della comunicazione tra istituzione e iscritti"*.

Maiocchi Enrica, 41 anni, diplomata Infermiera a Pavia nel 1986. È iscritta nell'Albo I.P. dal 1993. Libero professionista. Non ha mai ricoperto cariche all'interno del Collegio. Si candida per il **Consiglio Direttivo**.

Marcomini Marco, 43 anni, Media superiore, diplomato Infermiere a Pavia nel 1996. Non ha mai ricoperto cariche all'interno del Collegio. Si candida per il **Consiglio Direttivo**.

Quaini Attilio, 37 anni, Maturità, diplomato Infermiere a Pavia nel 1996, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche. È iscritto nell'Albo I.P. dal 1996. Dal 1997 lavora presso la Chirurgia del Policlinico San Matteo di Pavia. Non ha mai ricoperto cariche all'interno del Collegio. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per *"Effettuare una nuova esperienza e contribuire alla crescita professionale"*.

Quattrocchi Salvatore, 43 anni, Maturità, diplomato Infermiere a Pavia nel 1985, DDSI nel 2001, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche 2007. È iscritto nell'Albo I.P. di Pavia dal 1985. Ha lavorato e lavora presso l'Ospedale Civile di Legnano, ASL Provincia di Milano1, Docente presso l'Università degli Studi di Milano e Novara. Consigliere per diversi mandati, ha ricoperto le cariche di Tesoriere e, nell'ultimo mandato, Vicepresidente. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per *"Contribuire alla crescita professionale della nostra comunità professionale"*.

Rampi Annamaria, 27 anni, Maturità, Laurea in Infermieristica a Pavia nel 2002, Master universitario di I livello in Tutoring Infermieristico e Ostetrico nel 2006, Master Universitario di I livello in Management per le funzioni di coordinamento nel 2008. È iscritta nell'Albo I.P. dal 2003. Lavora presso L'Azienda Ospedaliera di Pavia, U.O. di Medicina dell'Ospedale di Vigevano. Revisore dei conti nel triennio 2003-2005, Tesoriere nell'ultimo mandato. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per *"Proseguire il percorso avviato"*.

Tanzi Annamaria, 50 anni, Diploma quinquennale, diplomata Infermiera a Trigliano nel 1993. È iscritta nell'Albo I.P. di Pavia dal 1996. Ha lavorato in SPDC e ora lavora presso il CRA "Il Torchietto" dell'Azienda Ospedaliera di Pavia. Redattore della Rivista "Infermiere a Pavia". Nell'ultimo mandato Consigliere. Si candida per il **Consiglio Direttivo** per *"Proseguire il lavoro intrapreso a favore dell'affermazione professionale e intellettuale dell'Infermiere in psichiatria e verso "l'Uomo", la persona e i suoi bisogni nel mondo della vita"*.

DALLA CURA DI SÉ ALLA CURA DELL'ALTRO

■ Annamaria Tanzi *

"C'è bisogno di una prova per conoscersi; nessuno sa quel che può se non sperimentandosi".

Seneca

Il tema si inserisce all'interno del percorso già intrapreso dalla rivista sulla relazione/comunicazione interpersonale d'aiuto. Un percorso che offre uno spazio di analisi e di riflessione sui comportamenti individuali e alcuni strumenti per la conoscenza di sé. La conoscenza di sé rappresenta una occasione di crescita e di trasformazione (*formazione permanente*) per un operatore sanitario che può risignificare la propria professionalità e andare oltre i saperi tecnicistici. Sapere dunque per Saper Fare, Sapere per Saper Essere e per Saper Divenire in un lavoro centrato sulla "persona" e sulla "relazione di cura".

CURA ed il PRENDERSI CURA.

Sono le parole chiave di questo lavoro, due momenti che si inseguono se si assume che: l'essere nel mondo è essenzialmente Cura e il Prendersi Cura dell'Altro motiva l'INCONTRO consentendo il realizzarsi etico dell'atto tecnico.

"Se me lo dici dimentico, se mi fai vedere, ricordo se mi coinvolgi, capisco".

Proverbio Cinese

Gli approfondimenti teorici andranno dal Sapere dei Sentimenti, all'esperienza del Social Dreaming, l'Incontro Dialogico, lo Stress, il Burn-out. Si tratta di aree che possono condizionare gli atteggiamenti individuali, gli atteggiamenti di cura, le dinamiche relazionali tra chi cura e chi è curato, il linguaggio delle emozioni, le parole dette e le parole non dette, i gesti, l'ascolto degli Altri, i possibili cambiamenti, i bisogni umani espressi, inespressi, incomprendi e/o sottovalutati, soddisfatti e insoddisfatti, le frustrazioni

La **Relazione di Cura** è l'incontro tra soggetti agenti, in cui le dinamiche più profonde possono sfuggire alla consapevolezza dei protagonisti.

Per relazione di cura si intende la capacità di dar vita ad una relazione umana in modo consapevole, controllato ed irrazionale, padroneggiando razionalmente "abilità che sono tutt'uno con ciò che si è".

La relazione è un rapporto fra due o più persone che presuppone una qualità ed una modalità di svolgimento e all'interno di questa comunicazione, ciascuno dei poli interessati esprime il proprio modo di essere. Ogni relazione comporta una condizione di reciprocità, all'interno della quale ognuna delle parti in causa, può subire delle modificazioni attraverso il rapporto con l'altra, con la conseguenza che si crea un legame.

La relazione di cura è un **CONTRATTO PSICOLOGICO** poiché prevede azioni, comportamenti ed aspettative reciproche. Il termine psicologico ha la connotazione di Percezione ad indicare l'importanza e la pregnanza della soggettività, cioè di come uno vede i diritti a ricevere delle due parti e i doveri di ciascuna a dare.

"Molti contratti psicologici sono impliciti in natura e in virtù di questo contratto, consistenti benefici possono essere raggiunti da entrambi le parti se vengono accuratamente esplicitati".

Chris Argyris, 1980

E' importante sviluppare le competenze per la relazione di cura che attengono alla **PROFESSIONALITA'**:

- Assumere un serio impegno di crescita per l'altro e con l'altro
- Porre attenzione e rispetto per l'altro ravisandolo come persona prima che come cliente o utente di un servizio
- Offrire l'aiuto nel momento in cui c'è il bisogno
- Rispettare i tempi di evoluzione della persona
- Non avere pretese di autocompiacimento professionale, ma riconoscersi al servizio dell'altro.

Tutto questo è diverso dal **PROFESSIONISMO** in cui possono concorrere una improvvisazione accorta quanto mistificante, interventi approssimativi e mancanza di una dimensione prospettica.

L'impegno di un operatore deve essere quello di crescere nella consapevolezza del limite (io sono quel che posso), di intraprendere un cammino dove *l'incontro con l'altro* sia potenzialità di sviluppo, occasione per entrambi di miglioramento e affinamento.

Attraverso l'innalzamento continuo della propria competenza, l'operatore perfezio-

na la qualità del suo lavoro rinforzando il peso sociale del proprio intervento.

I presupposti del lavoro psicologico si rifanno a due modalità:

- **MODALITA' ADATTIVA** lavoro psicologico come strumento di adattamento
- **MODALITA' TRASFORMATIVA** lavoro psicologico come modalità di trasformazione.

La concezione trasformativa implica un preciso senso di responsabilità dell'operatore verso l'utente/cliente.

Un aspetto importante sembra essere quello delle **RAPPRESENTAZIONI DEL LAVORO**:

- Pratico/Strumentale
- Assistenziale
- Sociale
- Di Status
- Di Intelligenza
- Culturale
- Di Emulazione

Queste rappresentazioni sono soggettive, ognuna rappresenta lo schema mentale che condiziona le azioni ed i comportamenti, cioè definisce i comportamenti.

Non sempre le rappresentazioni sono sintoniche con la realtà (**idealità, realtà, irrealità**).

Nelle professioni di aiuto prevale una rappresentazione sociale, il rischio è che l'utilità sociale può degenerare in una **Sindrome da Lavoro**.

E' importante definire la **MOTIVAZIONE** che rappresenta la spinta, l'energia che permette il raggiungimento di scopi.

Le motivazioni che inducono gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale sono:

CONSAPEVOLI (migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro meno manuale e di maggior prestigio)

INCONSCIE (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri).

Tali motivazioni sono spesso accompagnate da aspettative di "onnipotenza" (lettura inadeguata della realtà)

Tra quanti operano in ambito assistenziale non è raro come la motivazione nei confronti della professione sia frequentemente minata sia da fattori estrinseci, come i risultati che riesce a raggiungere, sia dalla propria biografia personale.

Su queste riflessioni si può introdurre il **SOCIAL DREAMING**.

*“Dio ha creato le medicine per guarire le malattie,
il riso per guarire la tristezza
e i sogni per per guidare
chi è cieco nel cammino per la vita”.*

**dal Papiro CHESTER BEATTY III
(2000 a.c.)**

**al SOCIAL DREAMING di GORDON
LAWRENCE
(2000 d.c.)**

SOCIAL DREAMING = SOGNO SOCIALE: una definizione.

Una tecnica che ascolta e valorizza il contributo dei sogni e delle libere associazioni e li condivide in gruppo. All'interno del gruppo c'è la matrice (il centro) in cui si può creare qualcosa a partire dal sogno. Importante è cogliere la catena associativa.

*Comunicare l'un l'altro scambiarsi informazioni
è natura
tener conto delle informazioni che ci vengono date
è cultura.*

Goethe

Riprendendo dalla premessa:

La **Relazione di Cura** è l'incontro tra soggetti agenti, in cui le dinamiche più profonde possono sfuggire alla consapevolezza dei protagonisti.

L'emozione trascende il razionale, dando colore all'incontro. Il pericolo è lasciarsi inconsapevolmente ottenebrare da questo sotterraneo intreccio che agisce nel campo relazionale.

L'operatore, investito dall'emozione pregnante dell'altro, può esserne contagiato e subirne l'effetto sino a rischiare la saturazione del pensiero.

La relazione con l'altro, nelle professioni di aiuto, può determinare nell'operatore due condizioni estreme: l'impotenza o l'onnipotenza, il rischio in entrambi i casi è perdere di vista "l'altro".

E' quindi importante per un operatore, non negare quanto di emotivamente interviene nell'interazione ma, al contrario, avere la curiosità di indagare le forze presenti nel campo relazionale, esplicitandole, rendendole punto di partenza nella ricerca di Sé e di un incontro autentico con l'altro.

Diventa così essenziale prendere coscienza delle proprie emozioni, frustrazioni, difese nella gestione dell'interazione con l'utente per meglio orientarsi nella

propria emozionalità.

Questo significa anche indagare le motivazioni che spingono alla relazione con l'altro, essere consapevoli della complessità insita "nell'essere con l'Altro" per avere maggiori possibilità di metabolizzare quanto sta accadendo, rendendolo pensabile e quindi più tollerabile.

La rappresentabilità di quanto accade è possibile se l'operatore sceglie di mettersi in gioco, mantenendo viva quella curiosità necessaria all'esplorazione di Sé, affinché il vissuto possa diventare un alleato nella relazione di cura.

La Capacità Relazionale

è la capacità di gestire la complessità interpersonale. E' la capacità di:

- ACCOGLIMENTO e CONTENIMENTO
- GESTIRE L'INCONTRO CON L'ALTRO IN TUTTO IL SUO DIVENIRE
- DI GESTIRE LA FATICA (o SOFFERENZA) EMOTIVA CHE LO ACCOMPAGNA.

E' importante valorizzare l'esperienza dell'incontro con l'altro, soffermandosi con essa, immergendosi nel **qui ed ora** dell'esperienza relazionale.

L'incontro con l'altro si fonda sulla possibilità di accettare, di sentire prima di capire.

Nell'incontro con l'altro è importante **sospendere il giudizio** ed assaporare la scoperta. Presuppone la capacità di poter spostare nell'incertezza, tollerando di non sapere e non capire (Bion). L'intervento è finalizzato a comprendere cosa impedisce all'altro di apprendere dall'esperienza.

Ripensare alla propria pratica professionale vuol dire recuperare motivi, azioni, emozioni, significati che quotidianamente agiscono nella relazione di cura che si caratterizza come relazione d'aiuto.

Ripensare alla propria pratica professionale deve diventare un bisogno di senso per ri-dare valore al proprio quotidiano, attraverso processi che sono solo in parte consci.

Quando ciò non avviene, la professione scade in un mestiere deprivato sul piano motivazionale e il soggetto risulta maggiormente esposto a quella sindrome di esaurimento emotivo rappresentato dal burn-out, una condizione che inevitabilmente interferirà nella qualità della relazione con gli utenti, i familiari ed i colleghi.

Stress – Burn out – Coping.

Lo **STRESS** (da strictus che vuol dire stretto, serrato, compresso) è una risposta normale di adattamento generale all'ambiente, la base psicofisiologica eed ener-

getica che si attiva di fronte ad una novità, all'attesa di un avvenimento significativo o minaccioso o inconsueto, è tendenzialmente sempre lo stesso. La risposta di stress è un reclutamento psicofisiologico di energia e di prefigurazioni comportamentali e cognitive, dalle più elementari (attacco o fuga) alle più sofisticate (p.e. tenere una conferenza importante). (Favretto 1994)

“Lo stress è inevitabile, è l'essenza della vita”

Lo stress si può considerare l'epidemia mondiale del XX° secolo (OMS 1998).

Qualunque evento è un potenziale agente stressante e nessun evento può essere considerato stressante al di fuori della sua valutazione da parte della persona. (Lazarus, 1984)

“... Nessuna analisi obiettiva di un evento ci può assicurare che esso sarà stressante. E' il significato personale, ovvero la valutazione cognitiva, l'elemento che ha l'ultima parola nel determinare l'effetto stressante di un evento.” (Cassidy, 1999)

“... La relazione tra *life events* e salute non è una semplice relazione lineare. I dati mostrano che i *life events* o lo stress percepito non sono la stessa cosa e che il nesso life events-stress è mediato dalle **DIFFERENZE INDIVIDUALI.**” (Cassidy, 1999)

Nel gergo quotidiano con il termine stress sono generalizzati una serie di altri concetti e termini più specifici. Si indicano con: *Stressors-cause*, *Eustress-positività*, *Distress-negatività*, *Strani-stato di tensione*.

Un ruolo importante nella determinazione dello stress è giocato dall'ambiente e le sue richieste (**Domande di Vita**) di natura emozionale, fisiche, finanziarie e sociali. L'Uomo ha a disposizione delle risorse per fronteggiare lo stress che riguardano:

- SALUTE FISICA
- ABILITA' ed ESPERIENZA
- ASSETTO EMOZIONALE/PERSONALITA'
- SUPPORTO SOCIALE
- OPPORTUNITA' di SVAGO/RELAX
- ATTEGGIAMENTI e ATTESE POSITIVE e REALISTICHE verso se stesso e verso gli altri.

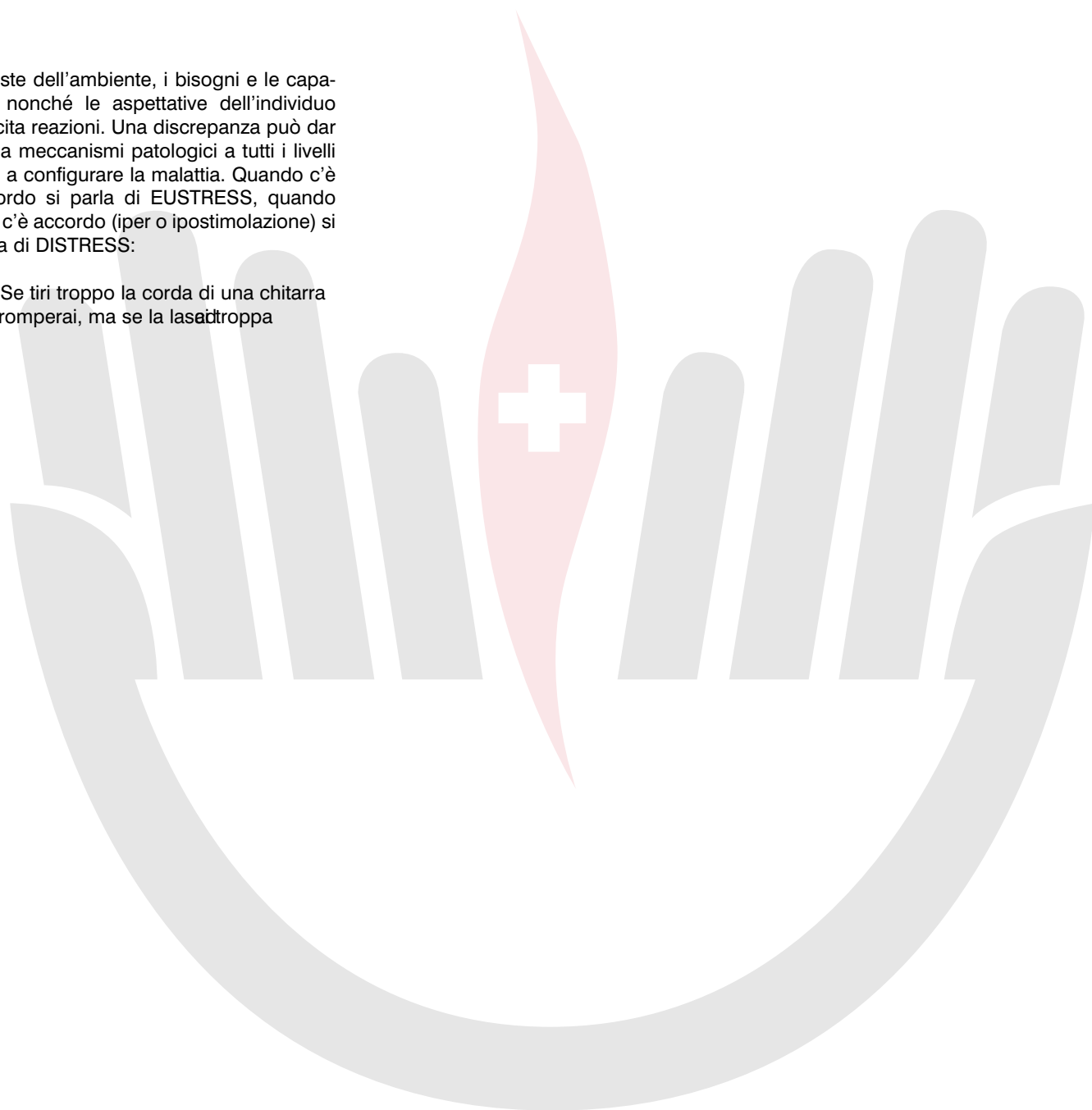
La **risposta** dell'individuo allo stress dipende da:

- CARATTERISTICHE di PERSONALITA'
- BISOGNI e VALORI
- ABILITA' ed ESPERIENZA della SITUAZIONE
- ETNIA
- ETA' e CONDIZIONI FISICHE
- INTERFACCIA CASA LAVORO.

L'interazione tra le opportunità e le ri-

chieste dell'ambiente, i bisogni e le capacità nonché le aspettative dell'individuo suscita reazioni. Una discrepanza può dar vita a meccanismi patologici a tutti i livelli sino a configurare la malattia. Quando c'è accordo si parla di EUSTRESS, quando non c'è accordo (iper o ipostimolazione) si parla di DISTRESS:

“Se tiri troppo la corda di una chitarra la romperai, ma se la lasci troppa



IPASVI

PARTECIPAZIONE AL PROGETTO HIV IN ETIOPIA - contesto territoriale: Dubbo

Dubbo è un villaggio rurale situato nella regione dell'Oromia, nel Wolajta, una zona che fa parte degli stati del sud ed è suddivisa in sette distretti, quello in cui è sorto questo ospedale è il distretto di Bolosso Sore Woleda.

Il Wolajta è situato a 400 km a sud di Addis Abeba, vicino al fiume Omo esplorato a fine 1800 dall'italiano Bottego. Il territorio è fertile, si estende per 3400 km e la popolazione vanta una lunga storia di autonomia ed indipendenza. Dal 1550 al 1580, per esempio, i Wolajta respinsero tentativi di invasione da parte delle popolazioni mussulmane dei Galla, gli attuali Oromo. Nella metà del XIII secolo i Wolajta crearono il primo stato che si manterrà indipendente fino alla fine del XIX secolo. Durante i 600 anni di indipendenza furono stabiliti il regno Bosha (1567-1883) e il regno Sheka (1560-1887) fino al definitivo assorbimento nell'Impero etiopico.

La popolazione di etnia Wolajta appartiene al gruppo linguistico ometo e si pensa che essi siano i diretti discendenti della popolazione locale; sono in parte cristiani ed in parte mussulmani anche se sopravvivono nelle loro tradizioni arcaiche tracce di animismo. Sebbene i Wolayta anticamente non abbiano avuto contatto con le popolazioni amhara, in quest'area sorgono alcune chiese scavate nella pietra simili a quelle rupestri realizzate a Lalibela. I villaggi sono formati da capanne a cupola molto ampie con pareti divisorie interne di bambù che permettono la sistemazione razionale dei membri della famiglia. All'interno della grande capanna viene ospitato anche il bestiame, sia per proteggerlo dai probabili predatori che per riscaldare l'ambiente nelle fredde notti dell'altipiano.



Dubbo: i "vasai", coloro che producono vasi, è il ceto più povero del villaggio

Da sempre l'uomo nella società Wolayta, occupa una posizione privilegiata e di

dominio sulla donna. Infatti è ancora praticata l'infibulazione, che segna l'ingresso della donna nell'età adulta e la sua pienezza del riconoscimento sociale. Per le donne etiopi, infatti, questo è il primo atto di un lento e progressivo apprendistato al dolore, verifica della capacità di sopportare prove difficili, raggiungimento della pienezza del ruolo loro assegnato, preghiera di fertilità e di desiderabilità agli occhi maschili. [10]

St. Mary Small General Hospital Dubbo

L'ospedale è stato aperto dopo l'accordo sottoscritto dal Governo Regionale Sanitario e dalla Chiesa cattolica.

L'organizzazione delle attività sanitarie ospedaliere è stata riconosciuta con licenza governativa nel settembre del 2003.

Il bacino di utenza dei servizi di cura sanitari dell'St. Mary Small General Hospital copre una popolazione di 495 000 persone di Bolosso Sore Woleda.

Le persone che giungono in questo ospedale provengono per gran parte da altri distretti, per mancanza di servizi locali deputati alla tutela della salute.

Il St. Mary Small General Hospital di Dubbo conta 72 posti letto-effettivi, ma spesso l'ospedale è costretto a preparare altri 30-40 posti-letto temporanei, soprattutto nei periodi di epidemia per malaria e/o meningite.

L'ospedale si avvale di reparti di Medicina, Pediatria, Chirurgia generale, Ginecologia-Maternità, aperti a persone appartenenti al distretto di Bolosso Sore Woleda e a persone esterne al distretto.

Inoltre sono presenti servizi di: ART (terapia antiretrovirale), VCT (Volontari Counseling and Testing) e tubercolosi presso l'ambulatorio HIV, Laboratorio di analisi, Raggi X, Ecografo, Farmacia. In aggiunta a questo c'è una Sala Parto e una Sala Operatoria.

Il personale sanitario dell'ospedale è composto da:

1 medico responsabile generale e chirurgo, 1 pediatra, 1 ginecologo, 2 farmacisti, 22 infermieri, 1 radiologo, 4 tecnici di laboratorio, 7 ausiliari.



Ospedale di Dubbo - Reparto di pediatria



Ospedale di Dubbo - Radiologia

Le attività dell'ospedale rispetto al 2003 mostrano un intenso aumento, specie nell'afflusso dei pazienti esterni:

Nel 2003:

- 17 487 visite pazienti esterni
- 2783 ricoveri ospedalieri
- 252 parti
- 9768 vaccinazioni

Nel 2006:

- 27 606 visite pazienti esterni
- 3753 ricoveri ospedalieri
- 979 parti
- 32 192 vaccinazioni

Ambulatorio HIV di Dubbo

Anche se c'è stata sempre un'attività HIV/AIDS, l'ospedale ha iniziato una forte attività di prevenzione a metà dell'anno 2006.



Infermiere counselor dell'ambulatorio HIV di Dubbo.

Da giugno del 2006 l'ambulatorio ha incominciato svolgendo attività quali:

- 1 Test HIV
- 2 Cure per HIV/AIDS e infezioni correlate
- 3 ART (Terapia Antiretrovirale)



Dubbo Hospital - CD4 Test

La fonte di queste iniziative sono:

- PIHCT: (Provider iniziative Counseling and Testing – avvio a consulenza e test HIV); è un ente di assistenza sanitaria che eroga l'avvio a consulenza e test HIV per soggetti malati che possono trarre beneficio da ART, persone con tubercolosi che sono probabilmente coinfezzate con HIV.

- PMTCT: (Prevention of Mother To Child transmission – prevenzione per la trasmissione da HIV da madre a figlio); donne in gravidanza, per rischio di trasmissione verticale da HIV da madre a figlio.



Dubbo – Allattamento, fonte di rischio della trasmissione verticale del virus dell'HIV da madre a figlio

- VCT: (Voluntary Counseling and Testing – consulenza e test volontario).

Per organizzare queste attività, per risolvere difficoltà diagnostiche e per favorire il confronto tra gli operatori in casi particolari, vengono programmati degli incontri multidisciplinari regolari (uno a settimana) che coinvolgono tutto il team: medico, infermiere, farmacista.

Progetti per il futuro:

- un nuovo edificio, di dimensioni maggiori per accogliere meglio i pazienti.

- Sensibilizzare tutte le persone nelle aree rurali con l' "educazione alla salute" per prevenire l'infezione da l'HIV. [11]

Dati che riguardano le persone prese in cura e trattate nell'ambulatorio HIV di Dubbo dal Luglio del 2006 a Giugno del 2007

Dal giugno del 2006 l'ambulatorio di Dubbo ha avuto l'accesso ai farmaci antiretrovirali, grazie allo stanziamento di fondi da parte del governo dell'Etiopia. Infatti, dal settembre del 2005 è stato avviato un programma nazionale per l'accesso alla

terapia antiretrovirale gratuita per tutta la popolazione. Mentre nel 2006 è iniziato un programma mondiale da parte delle Nazioni Unite, per l'accesso universale al trattamento antiretrovirale, soprattutto nei paesi più colpiti dall'HIV/AIDS.

Dati del 2006: da Luglio a Dicembre [12]

VCT: Consulenza e test volontario
PIHCT: Avvio alla consulenza e al test HIV
PMTCT: Prevenzione per la trasmissione HIV da madre a figlio
Pre-ART: Consulenza prima di iniziare la terapia
ART: Terapia antiretrovirale

I dati del 2007 resi noti dall'ambulatorio HIV di Dubbo riguardano il primo semestre.

Dati del 2007: da Gennaio a Giugno

	Negativi	Positivi
VCT	1063	145
PIHCT	232	46
PMTCT	433	5
Pre - ART	0	169
ART	0	89

I dati del 2006 e del 2007, messi a confronto, mostrano un incremento delle persone che hanno seguito la terapia antiretrovirale. Infatti, nel 2007 le persone che sono giunte presso il servizio HCT di Dubbo sono state in totale 2182 di cui 1728 risultate negative, 454 positive. Di queste persone, 169 hanno aderito al programma di cura pre-ART, hanno iniziato e portato a termine l'ART 89 persone. Nel 2006 le persone giunte presso il servizio HCT sono state in totale 2217 di cui 1991 sono risultate negative, 226 positive. Di queste persone, 150 hanno aderito al programma di cura pre-ART e hanno iniziato e portato a termine l' ART 41 persone.

Dati del 2007 confrontati con quelli del 2006

2007	2006
VCT numero totale 1208 Neg. 1063 – Pos. 145	VCT numero totale 1565 Neg. 1386 – Pos. 179
PIHCT num. totale 274 Negativi 232 – Positivi 46	PIHCT num. totale 229 Negativi 196 – Positivi 33
PMTCT num. totale 438 Negative 433 – Positive 5	PMTCT num. totale 423 Negative 409 – Positive 14
Pre – ART 169	Pre – ART 150
ART 89	ART 41

Per quanto riguarda il 2006 si hanno ulteriori informazioni, mentre per il 2007 non sono ancora disponibili, si conoscono solo quelle del mese di gennaio. Nel 2006 infatti, possiamo conoscere quante persone hanno abbandonato la terapia, quante sono morte durante la cura, quante sono risultate perse: di quante non si hanno avuto notizie per abbandono o morte, quante si sono trasferite in un'altra struttura HCT.

Dati da Luglio a Dicembre 2006

2006	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
Abbandono	2	0	1	0	2	2
Persi	1	3	6	9	6	3
Trasferiti	0	1	1	2	0	1
Morti	0	2	3	1	2	0

Nel 2006 da luglio a dicembre le persone che hanno abbandonato il programma di trattamento ART sono state 7; risultano perse 28; trasferite in un altro centro HCT 5; morte 8.

La Raccolta dati per gli infermieri in degenza

Per facilitare l'individuazione nei pazienti ricoverati a rischio di infezione del virus HIV, è stata implementata una raccolta dati per gli infermieri delle varie degenze del ST. Mary Catholic Small General Hospital.

La raccolta dati è un questionario che ogni infermiere dovrebbe utilizzare al momento dell'accettazione. L'esigenza di questa raccolta dati nasce dal fatto che non esiste una metodologia di raccolta dati standardizzata che tutti gli infermieri dell'ospedale possano utilizzare, infatti si limitano a scrivere su un qualunque foglio i dati e l' anamnesi della persona, senza un vero e proprio criterio.

Questa raccolta dati è uno strumento utile per l'infermiere che potrà decidere se sottoporre o meno la persona ad un' anamnesi più approfondita dall'infermiere counselor dell'ambulatorio HIV per essere sottoposto al test e al counseling.



Ospedale di Dubbo – Degenza di medicina generale



Ospedale di Dubbo – Infermieri raccolgono dati su cartelle non standardizzate

Conclusioni

L'utilizzo da parte degli infermieri delle linee guida seguite dall'ambulatorio HIV ha dato risvolti positivi anche se il miglioramento, sulla base dei dati statistici, rappresenta "una goccia nel mare". Si è visto che il numero di persone che aderiscono al programma di cura HIV e ricevono la terapia antiretrovirale è raddoppiata, confrontando gli ultimi 6 mesi del 2006 con i primi 6 mesi del 2007. Questo conferma che sempre più persone, di fronte alla paura di scoprire il proprio stato HIV, comprendono l'importanza di affrontare il problema in un contesto difficile, dove l'emarginazione della persona infettata da questo virus è molto diffusa. L'infermiere è colui che guida, nel rispetto della volontà e della dignità, la persona, la famiglia e la società attraverso professionalità e umanità, verso la consapevolezza e verso l'accesso alle cure.

Un aspetto che a nostro parere dovrebbe

essere affrontato è quello di una maggiore formazione degli infermieri che operano al di fuori dei servizi di test e counseling; infatti, questi ultimi dimostrano di avere conoscenze specifiche sull'HIV, seguendo corsi di formazione e di aggiornamento promossi dal governo. Non è lo stesso per la maggior parte degli infermieri che lavorano nelle degenze ospedaliere. In ospedale non solo manca la formazione specifica per l'assistenza a persone con infezione da HIV, ma l'infermiere non ha neppure strumenti guida utili a individuare quali pazienti siano a rischio di infezione; manca una raccolta dati standardizzata. Sulla base di quali segni e/o sintomi l'infermiere può capire se la persona che ha di fronte è a rischio ed è portatrice di una malattia cronica (es. tubercolosi) come conseguenza di una coinfezione del virus dell'HIV? Quando è consigliabile che la persona ricoverata in ospedale venga seguita anche dal servizio di test e counseling dell'ambulatorio HIV? Un modo utile per affrontare questo problema è stata la realizzazione di una raccolta dati standardizzata per l'infermiere che lavora in degenza. In questa raccolta dati vi sono domande rivolte a categorie di persone specifiche: donne, adulti e adolescenti, genitori dei bambini ricoverati e che potrebbero essere stati infettati dal virus dell'HIV. In base alle risposte può esserci una valutazione più oggettiva da parte dell'infermiere che lavora in degenza, dando un contributo importante nell'individuare pazienti da sottoporre al test HIV e alla consulenza con infermieri preparati e specializzati.

Bibliografia

- [1] World Health Organization, Global HIV prevalence has levelled off, consultato l'1/2008, aggiornato nel 2008. Disponibile all'indirizzo internet: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/en/index.html>
- [2] [3] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007 AIDS epidemic update, consultato l'1/2008, aggiornato nel 2008. Disponibile all'indirizzo internet: <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/default.asp>
- [4] [8] Ministry of Health, Guideline for implementation of antiretroviral therapy in Ethiopia, January 2005
- [5] [7] Ministry of Health, National HIV Counseling and Testing Guidelines for Ethiopia, July 2006
- [6] World Health Organization, Patient Monitoring Guidelines for HIV care and antiretroviral therapy, consultato l'1/2008, aggiornato nel 2008. Disponibile all'indirizzo internet: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/patient/en/index./html>
- [9] Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health, Providers Initiated HIV counselling and testing, December, 2006, Addis Ababa, 6 -15
- [10] Dottor Mario Battocchetti. Situazione generale a Dubbo – Etiopia. Consultato l'1/2008, aggiornato nel 2007. Disponibile all'indirizzo internet: <http://www.occhiperlafrica.org/relazione1.htm>
- [11] [12] Dubbo St. Mary Catholic

Gli autori

- * Infermiera I.R.C.C.S. Istituto Clinico Humanitas, Area Neuroscienze
- ** Dirigente medico I livello, Fondazione I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli Regina Elena, via F. Sforza 28, 20122 Milano
- *** Coordinatore Sezione di Corso Università degli Studi di Milano, I.R.C.C.S. Istituto Clinico Humanitas, Centro di Ricerca, Didattica e Riabilitazione, Via Manzoni 113/A - I piano, 20089 Rozzano (Mi)
Tel: 02/82245601
E-Mail: paola.ripa@humanitas.it
- **** Dirigente Direzione Sanitaria A.S.L. Pavia
frisone@asl.pavia.it

EDUCARE ALLA SALUTE ED IL PRENDERSI CURA: RIFLESSIONI SUL BENESSERE GLOBALE DELLA PERSONA

■ Silvia Giudici *

L'educazione alla salute rappresenta il processo educativo attraverso il quale gli individui apprendono ad assumere consapevolmente decisioni utili al mantenimento ed al miglioramento della propria salute. Processo che continua per tutte le tappe della vita, migliorando le abilità/disabilità presenti nel quotidiano.

L'approccio educativo è quello maggiormente utilizzato e preferito nell'ambito della salute, poiché cerca di modificare i comportamenti e tutti quei fattori, quali atteggiamenti e credenze, che agiscono da mediatori per il comportamento.

Scopo dell'educazione alla salute è aiutare la popolazione ad acquisire benessere attraverso i propri comportamenti ed i propri sforzi; essa si fonda in primo luogo sull'interesse che i singoli manifestano per il miglioramento delle loro condizioni di vita e mira a far percepire agli individui, membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, come i progressi della salute derivino anche dalla loro responsabilità individuale.

L'educazione alla salute, pertanto, non si occupa solo della trasmissione delle informazioni intorno ai fattori di rischio delle malattie, ma anche degli strumenti e delle strategie utili a rafforzare nei soggetti la motivazione al cambiamento, quest'ultimo

inteso come profondamente influenzato dalle condizioni sociali, economiche e culturali. Si tratta anche e soprattutto di promuovere azioni affinché le persone possano definire i propri bisogni, e di realizzarle creando ambienti favorevoli alla salute.

Educare alla salute è un concetto che può significare tante cose, e tra queste anche l'aiutare o l'insegnare a non essere ammalati, o almeno a non ammalarsi. In termini molto semplici, è un'educare a trovare il modo per non ammalarsi, per non cadere nella malattia. Significa dapprima domandarsi cosa fa ammalare l'uomo, così che, conoscendo cosa lo fa ammalare, lo si educa ad agire all'opposto per evitare che la malattia possa insorgere. È la "prevenzione da riflesso" o "prevenzione a posteriori". Un gioco di parole che però rendono l'idea di questo processo educativo.

In una forma olistica di cura non si interverrebbe solo sulle parti ammalate dell'uomo con lo scopo di ridurle, ma si agirebbe sull'ampliamento delle parti sane nell'uomo malato.

Ma che cosa mantiene l'uomo sano? Cosa fa tornare sano l'uomo malato?

Se facciamo uno studio comparativo fra persone sane e persone non malate, quelle persone cioè che pur con tutti gli acciacchi di questo mondo si considerano non malate, ci accorgiamo che non sono i traumi avvenuti o in corso a fare la differenza, visto che capitano sia agli uni che agli altri, ma la presenza di fattori protettivi della vita. Se questi sono presenti e forti, la persona resta sana; se questi sono deboli, la persona diventa malata o si sente tale pur non avendo niente, o avendo poco di malato.

Tutti gli esseri umani vogliono sicurezza e desiderano amore e approvazione. Essi bramano anche avventura, progresso, apprendimento e, in vario grado, cercano un bene ultimo, la forza etica che l'uomo vede in Dio o nella sua religione.

Gli operatori sanitari non possono rispondere a tutti questi bisogni, ma possono aiutare il paziente a creare condizioni o ad impostare un piano favorevole che renda possibile la soddisfazione di queste esigenze. Di fronte ad un infermiere garante di questi bisogni universali, il paziente si sente in buone mani e si lascia condurre. La malattia viene vissuta diversamente e con più serenità. Gli stati di non malattia (benessere psicofisico) si rafforzano e diventano corazza di fronte a un potenziale imminente o futuro stato di fragilità/disabilità.



In altre parole, educare alla salute non è solo educare ad evitare i mali, ma educare ad avere fattori protettivi per essere pronti a non sentirsi del tutto malati quando i mali verranno, e a sentirsi e comportarsi da sani nonostante l'essere ammalati, semmai lo sarà.

Se la guarigione fisica dei mali non è sempre possibile, anzi spesso la percentuale di successo è bassa, allora il concetto stesso di guarigione dovrà trasformarsi. Guarito potrebbe essere chi desidera andare avanti a vivere la vita, al massimo delle sue possibilità e nel tempo che ha da vivere, nonostante la malattia o le difficoltà intervenute.

Educare alla salute è primariamente cercare il motivo per voler vivere una vita sana, oppure cercare il modo per procedere ed esaurire degnamente una vita malata. E' stimolare gli individui alla comprensione che nelle situazioni di sofferenza, vere o vissute come tali, è importante l'assunzione dei giusti atteggiamenti interiori, nonché la presa di posizione circa cosa voler fare della propria vita da quel momento in poi. Questo è il lavoro di chi educa alla salute. E' principalmente uno stare accanto, ed insieme un accompagnatore, a favore di una decisione interiore.

Educare alla salute è in fondo permettere all'essere umano di decidere circa il senso da dare alle proprie giornate e alla propria vita, per poter decidere a favore della sua necessaria prosecuzione quando un qualsiasi blocco sembrerebbe fermare il percorso verso qualcuno o qualcosa da amare.

Prendersi cura significa curare, avere

cura, curarsi di qualcuno o di qualcosa. Tutti questi termini fanno riferimento a una dimensione fondamentale che è quella della "relazione che aiuta". In altri termini si tratta di offrire alla persona l'opportunità di esplorare, scoprire e rendere chiari gli schemi di pensiero e di azione, per vivere più congruentemente, vale a dire aumentando il proprio livello di consapevolezza, facendo un migliore uso delle proprie risorse rispetto ai propri bisogni e desideri, e pervenendo un grado maggiore di benessere.

Il nostro essere operatori parte dalla convinzione che l'essere umano, finché c'è vita, ha sempre la possibilità di uscire dalla sua situazione per ri-modellare ancora qualcosa. Il vero educatore è colui che, convinto di ciò, cercherà con tutte le strategie possibili di permettere a chi accompagna di andare avanti ancora a vivere. Magari in un modo diverso da prima, visto che forse non può più farlo secondo le modalità precedenti alla malattia, ma ancora procedendo verso il futuro.

Noi infermieri siamo chiamati a lavorare per il benessere integrale delle persone che incontriamo.

L'infermiere è l'interprete e l'idealista, ovvero colui che sa leggere un evento per tradurlo nel linguaggio di un'altra persona che non sa comprenderlo. E' colui che contestualizza il momento di malattia e lo inserisce in un momento/contexto che è molto più ampio della malattia stessa. L'idealista sa sognare ad occhi aperti il futuro più concreto possibile per la persona che ha di fronte. Non significa regalare delle illusioni. Significa essere convinti che c'è

ancora uno spazio di vita nonostante tutto.

Volutamente ho ripreso parte del testo "Tra il dire e il fare c'è di mezzo...l'amare" del dr. Paolo Giovanni Monformoso che ringrazio perché con i suoi indimenticabili interventi e testimonianze riesce sempre a raggiungere i cuori di tutti noi operatori, tanto da farci riflettere non solo sull'importanza della relazione d'aiuto infermiere-paziente ma anche sulla sacralità della vita dell'uomo e dei suoi inviolabili diritti, tra cui il *diritto di essere amato e compreso*.

Bibliografia

- Canevari A., La relazione di aiuto, Carocci, Roma 1999.
- Consolini M., Pombeni M. L., La consulenza orientativa, Angeli, Milano, 1999.
- Di Fabio A., Counseling. Dalla teoria all'applicazione, Giunti, Milano, 1999.
- Dossey L., Medicina transpersonale, RED, Como, Novara, 2003.
- Frank V., La sofferenza di una vita senza senso, LDC, Torino, 1990.
- Goleman G., Le emozioni che fanno guarire, Mondadori, Milano, 1998.
- Monformoso P.G., Tra il dire e il fare c'è di mezzo...l'amare, Ed. APM, Carpi, 2006.
- Pettigiani M. G., Sica S., La comunicazione interumana, Angeli, Milano, 1996.
- Sandrin L., Capire ed aiutare il malato. Camill., Torino, 1995.
- Fonti internet.



L'autore

* Infermiera - Neuroriabilitazione
Fondazione Salvatore Maugeri - Pavia

LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

Un metodo per la gestione della risorsa umana in RSA

■ Nunzio Giuseppe Greco *

La misurazione della complessità assistenziale, intesa come insieme degli interventi infermieristici espressi in termini di intensità d'impegno e quantità-lavoro dell'Infermiere, può costituire un metodo per la distribuzione equa della risorsa umana. Il gestore della risorsa umana ovvero il Coordinatore infermieristico deve porsi obiettivi che rispettino i criteri di efficacia ed efficienza del servizio assistenziale ad egli affidato. In relazione a quanto affermato gestisce le risorse in maniera da produrre risultati misurabili (efficacia) che rispettino i criteri di efficienza, ossia con il minor spreco di risorsa ed al costo più basso. Per efficienza si intende anche ottenere maggiori risultati a parità di risorsa.

Lo scrivente, Coordinatore della RSA "Coniugi Buzzoni Nigra", ha introdotto, attraverso il coinvolgimento dell'equipe infermieristica, un sistema per la misurazione della complessità assistenziale dei casi clinici.

La RSA "Coniugi Buzzoni Nigra" è una struttura residenziale per anziani non autosufficienti presso Sartirana Lomellina in provincia di Pavia. La struttura è disposta su tre piani, ai quali corrispondono tre nuclei di degenza di 20 posti letto i primi due, e di 12 posti letto l'ultimo. Il totale dei posti letto è di 52 di cui 50 accreditati. Il servizio assistenziale è stato esternalizzato allo "Studio Medico Fisioterapico Infermieristico & Associati", di cui lo scrivente fa parte, che gestisce il Servizio Infermieristico, il Servizio fisioterapico e parte del Servizio Medico. Operano nella struttura 30 operatori tra professionisti sanitari, sociali ed ausiliari (ASA e OSS). Nel 2006 la RSA ha ottenuto il punteggio più alto, tra le 38 strutture entrate in graduatoria, per l'assegnazione del "premio di qualità" erogato annualmente dalla ASL di Pavia¹. La gra-

duatoria è stabilita in virtù di una valutazione di alcuni parametri tra cui la customer satisfaction², il miglioramento dei livelli di fragilità degli ospiti della struttura, l'erogazione di assistenza infermieristica notturna, realizzazione di progetti finalizzati.

L'equipe infermieristica si è posta come obiettivo principale la definizione di uno strumento di valutazione oggettivo della complessità assistenziale. Il contesto operativo della RSA prevede il coinvolgimento del personale ausiliario per l'erogazione di prestazioni assistenziali di base. In funzione di quanto detto, la determinazione della complessità assistenziale rappresenta una valutazione generale dell'assistenza infermieristica anche se non direttamente espressa dall'infermiere, il quale, attraverso la formulazione del piano delle attività³ e del PAI⁴, assegna attività infermieristiche di base. Dopo una revisione della letteratura sul tema dei carichi di lavoro e loro misurazione, si è giunti alla definizione di uno strumento per la misurazione della complessità assistenziale infermieristica e la relativa assegnazione di un profilo assistenziale⁵.

Lo strumento per poter essere utilizzato deve rispettare alcuni criteri:

semplicità di applicazione: applicabilità della scala a tutti i casi assistenziali in qualsiasi momento;

realistico e descrittivo: deve rispecchiare la realtà assistenziale e descrivere il più precisamente possibile la complessità assistenziale;

duttilità: la scala deve essere modificabile mantenendone l'efficacia.

Tale strumento è una scala chiamata "Valutazione del Profilo Assistenziale" composta da dieci item indicativi della complessità del lavoro infermieristico. I dieci item sono stati identificati come indi-

¹ **ASL di Pavia - Deliberazione N.50/DG del 12 Marzo 2008:** determinazioni in ordine a remunerazione della qualità aggiunta offerta dalle RSA accreditate al 31/12/2006, D.G.R. n.VIII/6278 del 21/12/2007.

² **Customer satisfaction:** dall'inglese soddisfazione del cliente. L'indice di soddisfazione dei clienti viene stabilito attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento dei servizi della RSA. I questionari possono essere somministrati agli ospiti ed anche ai loro parenti e conoscenti.

³ **Piano delle attività:** elenco delle attività assegnate, con particolare riferimento a specifici compiti di assistenza di base in determinati momenti della giornata. Il Piano di Lavoro è invece applicabile solo alle figure professionali poiché elenca

una serie di responsabilità e non di compiti.

⁴ **PAI:** Acronimo di Piano di Assistenza Individualizzato. Il PAI è uno strumento assistenziale redatto dall'equipe multidimensionale della RSA (Infermiere, Medico, Fisioterapista, Animatore e Ausiliario). Composto di quattro aree soprannominate Domini: Assistenziale, Terapeutico, Riabilitativo e delle Attività sociali ed occupazionali. Compilato in sede di riunione d'equipe riportando i seguenti indici: Barthel Index, Tinetti Balance Scale, Norton Scale, CIRS e MMSE.

⁵ **Profilo Assistenziale:** classificazione degli interventi maggiormente rappresentativi della complessità dell'assistenza infermieristica erogata a una o più persone in un determinato periodo di tempo, in un contesto specifico e secondo criteri stabiliti.

cativi dell'attività assistenziale generale in ambito geriatrico:

- 1) Alimentazione e idratazione;
- 2) Igiene;
- 3) Continenza;
- 4) Abbigliamento;
- 5) Deambulazione;
- 6) Trasferimenti e mobilizzazione;
- 7) Medicazioni;
- 8) Terapia;
- 9) Sonno e riposo;
- 10) Cognitività.

Per ogni item vengono prese in esame tutte le attività con questo correlate. Dopo di che, si selezionano gli interventi che descrivono la complessità dell'assistenza ad esempio:

Alimentazione e Idratazione:

- Assolto autonomamente;
- Necessita cibi tagliati;
- Necessita supervisione e sollecitazione verbale;
- Necessita piatto unico;
- Dipendente;
- Nutrizione e idratazione enterale totale (SNG, PEG)

Gli interventi si configurano come indicatori di performance infermieristica che distinguono il grado di complessità dell'assistenza erogata da una persona all'altra. La scala di valutazione si esprime attraverso la assegnazione di un punteggio. Il punteggio è ricavato attraverso una pesatura dei dieci item principali espressa in 100esimi. La pesatura degli item tiene conto della ricaduta in termini di carichi ed intensità del lavoro all'interno del contesto operativo (vedi tabella sotto).

Item Principali	Peso
Alimentazione e idratazione	10
Igiene	15
Continenza	10
Abbigliamento	10
Deambulazione	15
Trasferimenti e Mobilizzazione	15
Medicazioni	10
Terapia	5
Sonno	5
Cognitività	5
Totale	100

La pesatura degli item principali deve in qualche modo rispecchiare il contesto operativo, nel nostro caso in RSA, ovvero una struttura residenziale per anziani dove l'assistenza è prevalentemente assistenza di base. Le attività in ambito diagnostico-terapeutico hanno una incidenza sul carico di lavoro minore (vedi medicazioni e terapia). Stabilito il peso relativo dei singoli item sarà necessario ripartirlo per gli indi-

catori di performance. La ripartizione tiene in considerazione l'intensità della singola performance, anche in questo caso si procede all'assegnazione di un punteggio in 100esimi successivamente trasformato in valore decimale (vedi tabella sotto).

Alimentazione e idratazione Peso 10	100esimi	Calcolo	Valore
Autonoma	5	5/100x10	0,5
Necessita di cibi tagliati	10	10/100x10	1
Necessita supervisione e sollecitazione	5	5/100x10	0,5
Piatto unico	5	5 / 100 x 10	0,5
Imboccamento - Dipendente Idratazione	60	60/100x10	6
Nutrizione e idratazione SNG	15	15/100x10	1,5
Totale	100	Totale	10

Il succitato procedimento viene applicato a tutti gli item principali ottenendo così una scala di valutazione della complessità assistenziale infermieristica (C.A.I.) espressa con un punteggio in 100esimi. Dopo una prima fase di sperimentazione attraverso la somministrazione della scala a tutti gli ospiti della RSA, si è proceduto alla formulazione dei profili di Assistenza Infermieristica (in seguito AI). Sono stati ricavati quattro Profili di AI (vedi tabella).

Valore in 100esimi	Profilo di AI	Colore
0 < C.A.I. ≤ 10	Bassa Intensità	Bianco
10 < C.A.I. ≤ 25	Moderata Intensità	Verde
25 < C.A.I. ≤ 40	Elevata Intensità	Giallo
C.A.I. > 40	Elevatissima Intensità	Rosso

Di seguito (in fondo alla pagina) viene mostrata una rappresentazione grafica della distribuzione dei profili su un numero totale di 46 casi assistenziali della RSA "Coniugi Buzzoni Nigra" di Sartirana Lomellina nel 2007 (grafico 1). Il grafico mostra in maniera chiara ed inequivocabile come ci siano delle soglie che distinguono i quattro profili e di conseguenza la complessità infermieristica prestata alle persone assistite.

L'utilizzo della Scala di valutazione del Profilo di Assistenza Infermieristica ha consentito un approccio innovativo nella valutazione complessiva dei casi clinici, apportando sensibili cambiamenti organizzativi.

L'introduzione della Scala ha permesso la realizzazione di un progetto finalizzato esplicito attraverso la formalizzazione di una Mission e di una Vision Infermieristiche. Il Coordinatore della RSA ha inteso quindi unire l'équipe sotto un progetto comune. La formalizzazione dello scopo e della visione futura, intesa in termini di progettualità, spinge ad un processo di responsabilizzazione dei membri di qualsiasi organizzazione. La Mission e Vision passano attraverso un processo di piena condivisione e unità di intenti dell'équipe ed infine diffusa a tutti i livelli operativi. L'équipe infermieristica della RSA "Coniugi Buzzoni Nigra" ha adottato questo strumento organizzativo da circa due anni. Per brevità si illustra uno stralcio della Vision perché attinente all'argomento trattato.

"L'équipe Infermieristica, attraverso la ricerca, intende strutturare un sistema assistenziale dove ogni professionista si prenda carico, in senso globale ed olistico, di un determinato numero di ospiti, per garantire un'assistenza sempre più personalizzata..."

Attraverso il raggruppamento dei casi

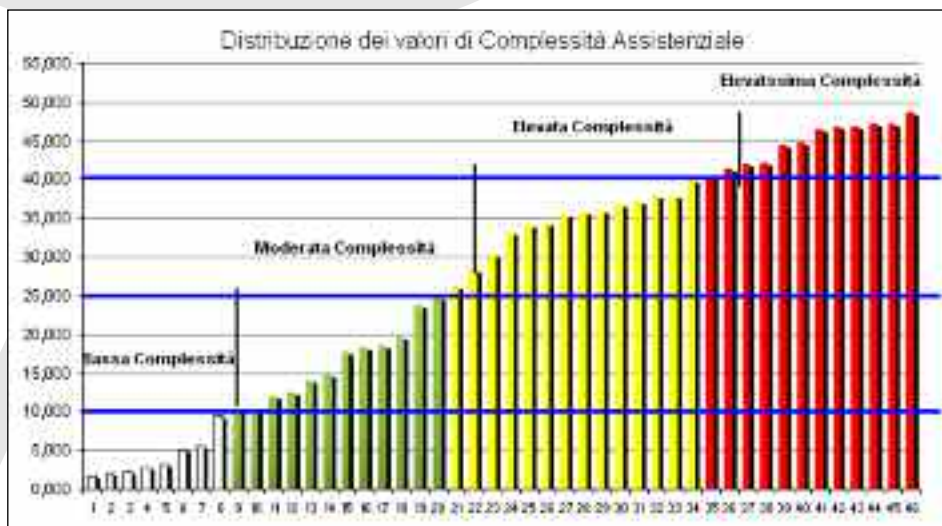


Grafico 1

clinici in relazione al loro profilo assistenziale si sono costituiti tre gruppi di ospiti omogenei. Ogni gruppo, quindi, contempla i quattro profili assistenziali. L'equipe infermieristica è composta attualmente da sei professionisti escluso lo scrivente. Per l'assegnazione dei gruppi sono stati, inoltre, esclusi i professionisti che operano esclusivamente nei turni notturni. La responsabilità assistenziale è stata affidata ai tre infermieri che costituiscono il nucleo portante dell'equipe. Ogni infermiere gestisce il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) del gruppo affidatogli, coordinando verso obiettivi comuni i professionisti dell'equipe multidimensionale composta da fisioterapista, animatrice, ASA e OSS, collaborando a stretto contatto con il medico di struttura. Tale approccio ha prodotto risultati rilevanti in termini di collaborazione inter-professionale oltre che in termini di efficacia ed efficienza del servizio infermieristico.

- La distribuzione dei casi nei nuclei di degenza è stata stabilita utilizzando la scala di valutazione del profilo assistenziale. La media dei punteggi di complessità assistenziale indica in ogni momento il livello di complessità totale della RSA. La media del punteggio del nucleo stesso rappresenta la complessità del nucleo stesso, permettendo una comparazione con gli altri nuclei. In considerazione della distribuzione dei profili si sono configurati i nuclei di 20 posti letto con una complessità media elevata ed il rimanente di 12 posti letto con una complessità media bassa (vedi grafico 2).

L'assegnazione degli ospiti ai nuclei deve rispettare determinati criteri:

b) Per i nuovi ospiti l'assegnazione al nucleo di degenza è stabilita attraverso un breve periodo di osservazione che va da due a quattro settimane. Una volta stabilito il profilo di AI ed il relativo punteggio di complessità, è possibile

stabilire l'assegnazione del nucleo di degenza.

c) Per gli ospiti già presenti in struttura, viene effettuata una valutazione ogni 6 mesi per confermare il profilo ed il punteggio, se questi sono invariati. Se è stata osservata una variazione migliorativa o peggiorativa del caso clinico, l'utilizzo della scala di valutazione permette di stabilire oggettivamente l'entità del miglioramento o del peggioramento anche per piccole variazioni. Tuttavia l'assegnazione di un profilo di AI impedisce che a fronte di piccole variazioni ci sia un passaggio da un profilo all'altro. La variazione del profilo di AI avviene per variazioni di punteggio di un certa entità, poiché a questa corrisponde una variazione del carico di lavoro importante.

- Come già affermato prima, in RSA l'assistenza infermieristica di base è assegnata dall'infermiere, attraverso la formulazione del piano delle attività e la compilazione del PAI (Piano di Assistenza Individualizzato), al personale ausiliario. In ragione di ciò, fatta eccezione per l'attività diagnostico-terapeutica, l'infermiere svolge funzioni di coordinamento dell'equipe assistenziale, essendo responsabile dell'applicazione del PAI. Quanto detto, impone al Coordinatore della RSA un utilizzo delle risorse umane equo. In questo senso, il calcolo della complessità assistenziale consente una razionalizzazione del carico di lavoro nei vari nuclei. La presenza minima di personale viene quindi stabilita, oltre che dagli standard regionali lombardi in materia di assistenza minima garantita, anche attraverso l'utilizzo di un strumento creato ad hoc per la struttura. Lo standard di accreditamento impone che siano erogati in media almeno 901 minuti a settimana di assistenza per ogni ospite suddivisi tra infermieri, medici, fisioterapisti, animatori e ausiliari. Tuttavia è a discrezione del-

le amministrazioni delle RSA stabilire la proporzione tra le diverse figure professionali e ausiliarie. La risorsa umana essendo per definizione limitata deve, quindi, essere gestita tenendo ben presenti i limiti minimi imposti dalle normative ma anche tenendo in considerazione i carichi di lavoro derivanti dalla complessità assistenziale dei casi clinici.

Conclusioni

In conclusione, lo scrivente spera di aver dimostrato che nella gestione della risorsa umana la valutazione della complessità assistenziale assume un'importanza critica. In ogni caso l'esperienza maturata attraverso l'utilizzo di tale strumento potrà suscitare nuovi spunti in un'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza infermieristica. Il ruolo dell'infermiere riveste un'importanza cruciale poiché se coinvolto in maniera positiva, e perché no, creativa nei processi decisionali può costituire una fonte di innovazione. Lo scrivente ha incentrato tutta la sua attività di su uno stile di coordinamento che prevedesse coinvolgimento del personale, la partecipazione del personale è però subordinata ad un elemento essenziale ossia la maturità del gruppo di lavoro. La maturità intesa in termini di capacità di iniziativa personale-professionale e di sostenere un progetto.

Quanto detto ha finora trovato realizzazione nella nostra esperienza in RSA, poiché maggiore è il coinvolgimento della risorsa umana, a tutti i livelli organizzativi, maggiori saranno i risultati in termini di efficacia-efficienza del servizio assistenziale.

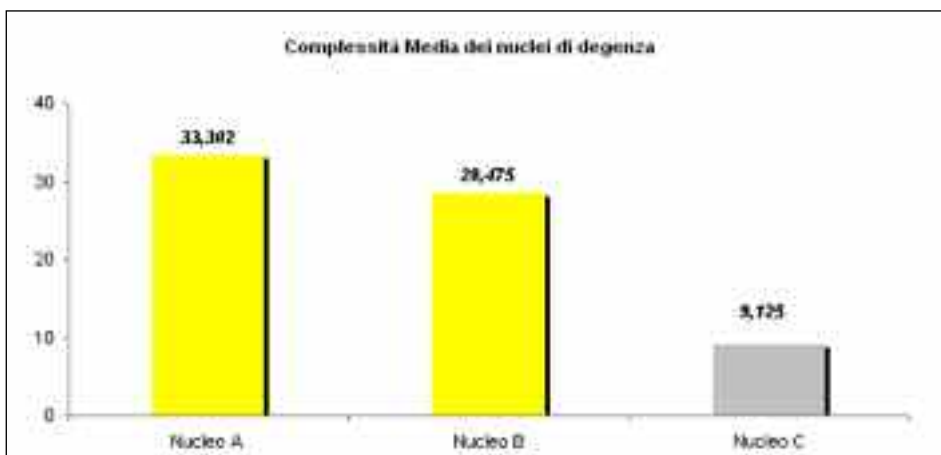


Grafico 2

L'autore

* Infermiere Libero Professionista
Coordinatore presso la RSA "Coniugi Buzoni Nigra" - Sartirana Lomellina (PV)



Aggiornamento



IN
ITALIA

→ RITORNO

* Silvia Giudici

III° MEETING WOUND CARE. FACE TO FACE CON GLI ESPERTI. CORSO TEORICO-PRATICO SUL MANAGEMENT DELLE ULCERE CUTANEE.

Nei giorni 29, 30 e 31 novembre u.s. si è tenuto ad Asti il III° Wound Meeting, un corso di alto livello dove i partecipanti, infermieri e medici, hanno potuto confrontarsi sulle metodiche di trattamento delle ferite difficili e delle lesioni cutanee. Sessioni teoriche succedute da altre squisitamente pratiche con una faculty ricchissima di personaggi di fama internazionale appartenenti a svariate branche specialistiche mediche, chirurgiche, infermieristiche.

Risaputa è l'efficacia delle *medicazioni avanzate tradizionali* che facilitano la cura delle lesioni cutanee acute e croniche grazie alla disponibilità dei prodotti di resistere a lungo sulle ferite, di gestire l'essudato e di svolgere un marcato effetto antisettico topico. Esse mantengono l'ambiente umido a contatto con la lesione tissutale, permettono lo scambio gassoso di ossigeno, anidride carbonica e vapore acqueo con l'ambiente, garantiscono l'isolamento termico, sono barriera all'ingresso di microrganismi esterni, hanno alto potere assorbente.

Alla famiglia delle medicazioni avanzate appartengono: alginati, collagene, garze impregnate, idrocolloidi, idrofibre, idrogeli, schiume, pellicole trasparenti.

Tra le metodiche, oltre all'evidenza scientifica delle medicazioni avanzate e l'*elastocompressione graduata* in presenza di ulcere flebostatiche, spiccano trattamenti di nuova generazione degni di essere menzionati.

L'*ingegneria tissutale* è una nuova branca della scienza biomedica che si prefigge di ricostruire in vitro tessuti o parti d'organo grazie a processi di esterificazione dell'acido ialuronico dai quali si sono ottenuti membrane, spugne, microsfeere. Pare che l'estere benzilico dell'HA svolga un ruolo importante per la crescita tridimensionale delle cellule in vitro e la conseguente ricostruzione del tessuto.

La *chirurgia riparativa* sfrutta tessuti semiartificiali di derivazione sintetica o eterologa. Il sito da impiantare viene dapprima bonificato e poi trattato con antisettici topici

e chirurgici in grado di eliminare i contaminanti batterici e la necrosi.

Le *cellule staminali adipose* centrifugate favoriscono la restituito ad integrum della vascolarizzazione dei tessuti soprattutto a livello degli arti inferiori.

Le *onde d'urto*, usate normalmente nella frantumazione dei calcoli renali o litotripsia, e in campo ortopedico per la cura della fratture non consolidate, se applicate sull'apparato muscolo-scheletrico e sui tessuti molli a media e bassa frequenza, favoriscono la risoluzione di una lesione. Inoltre hanno effetto analgesico e sono in grado di disintegrare calcificazioni e modificare la biologia del tessuto osseo e tendineo. Vengono anche usate nelle ulcere distrofiche e diabetiche.

Al *gel piastrinico* ad uso topico è riconosciuto una efficace azione di stimolo rigenerativo tissutale. Efficace unitamente all'acido ialuronico e alla metilcellulosa sodica sotto forma di garza facilmente applicabile e conservabile.

bisturi alternativi trovano uso nell'allontanamento in modo completo e definitivo di tessuti necrotici ed infetti svolgendo azione di debridement selettivo, veloce e scarsamente invasivo.

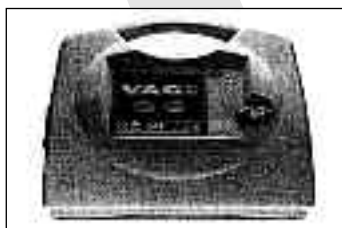
La *carbossiterapia* consiste nel trattamento per via sottocutanea o percutanea di anidride carbonica a scopi terapeutici mediante apparecchiature certificate. Non è tossica e non presenta effetti collaterali importanti. Migliora la circolazione locale e induce un aumento della pressione parziale di ossigeno a livello tissutale.

I *filler* a breve e lungo assorbimento sono in grado di ridurre gli effetti indesiderati del trauma andando a colmare gli eventuali deficit di tessuto in caso di depressioni e di rendere più duttili le cicatrici. Ad effetto ablativo cutaneo esistono poi il *peeling*, la *dermoabrasione* e il *laser*, mentre per nascondere gli inestetismi delle ferite ormai guarite, la chirurgia plastica estetica fa da "padrone".

Attenzione particolare va data alla *Vacuum Assisted Closure*, meglio conosciuta come Vacuum Therapy o più semplicemente VAC Therapy.

Viene gestita non solo dai medici, ma anche dagli infermieri dopo opportuna formazione. Proprio per questa caratteristi-

Sistema V.A.C.



ca mi soffermerò a lungo ad analizzare insieme a voi i suoi particolari, indicazioni e benefici.

Essa consiste in una metodica di recente acquisizione per aiutare la guarigione di lesioni e ferite di varia natura per seconda intenzione. Si tratta di una medicazione strumentale topica che, attraverso una pressione negativa indotta (pressione sub-atmosferica continua o intermittente), è in grado di innescare la rivascularizzazione e la proliferazione cellulare dei tessuti. La sua azione prepara il letto della ferita alla chiusura preventivamente sbrigliata dal tessuto necrotico, riduce gli edemi, rimuove l'essudato o altro materiale infetto.

Nello specifico la VAC Therapy è un sistema integrato formato da una medicazione in spugna di poliuretano o una medicazione in schiuma di alcool polivinilico, la quale funge da interfaccia fra la superficie della ferita e la fonte di pressione negativa. La medicazione in schiuma viene ricoperta da una pellicola adesiva trasparente e semioclusiva e a sua volta collegata all'unità VAC mediante un tubo integrato.

Questa metodica è indicata per pazienti con ferite acute, subacute, croniche, desolenti, traumatiche, ustioni a spessore parziale, ulcere da pressione, ulcere diabetiche. E' controindicata in presenza di tessuto necrotico (escara), strutture vitali esposte (tendini, legamenti, vasi sanguigni, siti anastomatici, organi e nervi), osteomielite non trattata, fistole non enteriche o inesplorate, ferite di natura maligna e in caso di sensibilità all'argento. Vanno prese delle precauzioni in pazienti che presentano emorragie, ridotta emostasi della lesione e che assumono anticoagulanti.

L'impostazione predefinita per la VAC è di 125 mmHg in modalità continua per le prime 48 ore, ma può essere aumentata di 25 mmHg alla volta fino ad un massimo di 250 mmHg in presenza di ferite iperessudanti o ferite estese.

Sebbene la terapia intermittente è generalmente l'opzione preferibile trascorse le prime 48 ore, alcuni pazienti potrebbero

trarre maggiore giovamento dal prolungamento della terapia continua per tutta la durata del trattamento. La terapia a pressione negativa deve essere mantenuta attiva per almeno 22 ore al giorno. Se viene interrotta per periodi superiori alle due ore giornaliere, la medicazione in schiuma va rimossa e temporaneamente sostituita con una tradizionale.

Prima di mettere in funzione la Vacum occorrono degli accorgimenti importanti.

E' necessario sbrigliare adeguatamente gli eventuali tessuti occupati dall'escara o dalla fibrina indurita e ottenere l'emostasi. Si procede con la detersione accurata della ferita con soluzione salina o altra soluzione secondo i protocolli interni di reparto.

Se umida o unta, l'area perilesionale va detersa ed asciugata. Alla stessa andrà applicata una pasta barriera. Se fragile o escoriata, l'area perilesionale va protetta con una medicazione sottile come la pellicola adesiva o un idrocolloide.

Si procederà poi a sagomare la schiuma in modo da poterla posizionare delicatamente all'interno della lesione senza comprimerla troppo in quanto ciò potrebbe inibire la contrazione dei margini. L'intero letto

della ferita va coperto bene, compresi i suoi bordi interni in quanto la pressione negativa deve essere equilibrata in tutti i punti della lesione. La schiuma può essere quindi tagliata in più pezzi per coprire i punti più difficilmente raggiungibili.

Ferita con schiuma al suo interno e cute perilesionale vanno coperte con pellicola trasparente adesiva. Si pratica poi un foro circolare di 1-2 cm per permettere il passaggio di fluidi attraverso la medicazione.

Tra pellicola e tubo d'aspirazione della VAC si connette un accessorio circolare chiamato Sensa TRAC Pad che impedisce la dispersione di pressione negativa esercitata dal sistema. Si collega infine il tubo d'aspirazione al tubo dell'unità VAC. A questo punto l'aspirazione può avere inizio. Bisogna ciclicamente controllare la presenza dei polsi periferici per garantire l'efficienza circolatoria e chie-

dere al paziente se avverte sensazione di dolore, intorpidimento o formicolio agli arti, e monitorare lo stato delle schiume.

Per un trattamento simultaneo di più ferite adiacenti, ma con impostazioni di pressione differenti, si usa il connettore ad "Y". Esiste poi la tecnica a ponte (bridging) per ferite ravvicinate e che presentano la stessa eziologia. Il vantaggio è che nella tecnica a ponte si usa un solo set di tubi, mentre con i raccordi ad "Y" si usano due set diversi.

Per rimuovere la medicazione occorre dapprima spegnere il sistema (lasciare che l'unità terapeutica aspiri nel contenitore dei fluidi l'essudato presente nel tubo di drenaggio). Si attendono 15-30 minuti per consentire alla schiuma di decomprimersi. Poi si utilizza una soluzione fisiologica affinché il suo liquido penetri al di sotto della schiuma e ne faciliti la rimozione senza traumatizzare il letto della ferita ormai ridotto in dimensione. Su prescrizione medica, in caso di dolore, si può infondere nel tubo di drenaggio della lidocaina prima di rimuovere la medicazione.

Il contenitore dei fluidi va sostituito in media ogni 3-5 giorni o almeno una volta alla settimana per evitare cattivi odori.

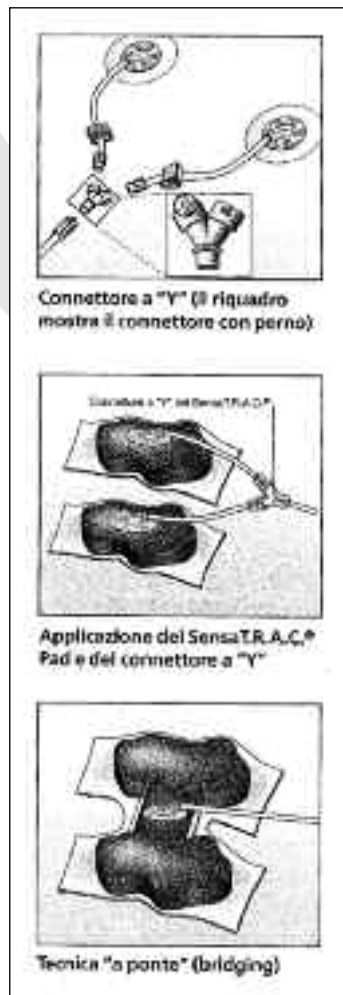
Una volta aver stabilito che la lesione si è ridotta di dimensioni e aver constatato la diminuzione dell'essudato, la VAC Therapy può essere sospesa definitivamente per dar spazio alle tradizionali medicazioni avanzate. Evidenze scientifiche hanno dimostrato che l'uso della Vacum, unitamente a quello delle medicazioni avanzate tradizionali, ha favorito una riduzione dei tempi di guarigione delle lesioni e di conseguenza anche dei costi di trattamento normalmente sostenuti.

In comodato d'uso la metodica costa circa 100,00 euro/die. Non solo può essere utilizzata in ambiente ospedaliero; la sua applicazione è consentita anche a domicilio del paziente sotto controllo di operatori esperti.

Un sentito ringraziamento va a tutti quei relatori che, grazie alle loro testimonianze scientifiche, hanno permesso ai corsisti di apprendere nuove metodiche ed ampliare il proprio bagaglio esperienziale pronto per essere divulgato e condiviso su campo con i rispettivi team di lavoro.

L'autore

* Infermiera - Neuroriabilitazione
Fondazione Salvatore Maugeri - Pavia





Aggiornamento

IN LOMBARDIA

ANDATA

* **Silvia Giudici**

RELAZIONI DIFFICILI COL MALATO E LA FAMIGLIA: UNA METODOLOGIA DI ANALISI

Torino, 10 e 11 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 240,00
Segreteria: segreteria@cespi-centrostudi.it
Tel. 011 5604219; fax 011 5113545

MODELLI ORGANIZZATIVI E PROCEDURE IN SALA OPERATORIA

Vicenza, 13 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 120,00
Segreteria: info@formatsas.com
Tel 055 359866; fax 0533717314

LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE TRA ASPETTI GESTIONALI E PROBLEMI BIOETICI

Pavia, 13 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 50,00
Segreteria: info@medscongressi.it
Tel 02 87380300; fax 02 4812546

IDENTIFICAZIONE E INTERVENTO PRECOCE DELLE PSICOSI: L'ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI COMO

Montano Lucino (Como), 16 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: gratis
Segreteria: ida.tacconi@effetti.it
Tel 02 3343281; fax 02 38006761

ESPERIA - ESPERIENZE IN SCHIZOFRENIA. PERCORSI DIDATTICI E INTERVENTI INTEGRATI DI ASSISTENZA

Milano, 16 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: gratis
Segreteria: ecm.intramed@intramed.it
Tel 02 345451; 02 33106875

ULTIME EVIDENZE DEL TRATTAMENTO DEL DOLORE IN ONCOLOGIA

Torino, 16 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: gratis
Segreteria: INFO@MB-MEETING.COM
Tel 011 4332336; fax 011 19824642

L'INTERVENTO RIABILITATIVO SU OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI: CORSO BASE

Somma Lombardo (Varese), dal 16 al 20 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: gratis
Segreteria: segreteria@ipasvivarese.it
Tel 033 2310950; 033 2311591

LA GESTIONE DELLE URGENZE INTRAOSPEDALIERE

Aosta, 18 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 50,00
Segreteria: info@formatsas.com
Tel 05 33713275; fax 05 33717314

CORSO PTC AVANZATO ESECUTORE IRC

Lavagna (Genova), 18, 19 e 20 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 500,00
Segreteria: EMOLINARO@ASL4.LIGURIA.IT
Tel 018 5329351; fax 018 5329384

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN CHIRURGIA: EVIDENZE SCIENTIFICHE E RACCOMANDAZIONI

Busto Arsizio, 19 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 50,00
Segreteria: info@formatsas.com
Tel 0533713275; fax 05 33717314

NUOVE STRATEGIE NELLA CURA DEL DIABETE E NELLA PREVENZIONE DELLE SUE COMPLICANZE

Godiasco, Salice Terme (Pavia), 20 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: gratis
Segreteria: ecm@segnoeforma.it
Tel 02 89150005; fax 02 89150453

LESIONI CUTANEE TRA EBN E PRATICA CLINICA: UN DIFFICILE INCONTRO

Brescia, 20 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 35,00
Segreteria: Pempeo69@yahoo.it
Tel 333 4173967; fax non pervenuto

LA GESTIONE DELLE EMERGENZE IN UTIC

Torino, 22 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: gratis
Segreteria: centroformazione@anmco.it
Tel 055 51011; fax 055 5101350

LA TECNOLOGIA AL SERVIZIO DEL MALATO E DELLA FAMIGLIA

Milano, 30 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 30,00
Segreteria: ebpcongress@libero.it
Tel 02 4989818; fax 02 4989818

CORSO DI RIANIMAZIONE NEONATALE - RINNOVAMENTO

Genova, 30 dicembre 2008
Ecm: in fase di accreditamento
Euro: 100,00
Segreteria: paola.milani@biomedia.net
Tel 02 45498282; fax 02 45498199

L'autore

* Infermiera - Neuroriabilitazione
Fondazione Salvatore Maugeri - Pavia



Assemblea Elettiva

*1ª Convocazione 5 Dicembre 2008 alle ore 22.00 - presso l'Aula Corsi del Collegio IPASVI - Via Volta 25, Pavia
votazioni - presso l'Aula Corsi del Collegio IPASVI - Via Volta 25, Pavia: dalle ore 22.00 alle ore 22.30 del 5 dicembre 2008;
dalle ore 10.00 alle ore 11.00 del 6 dicembre 2008; dalle ore 10.00 alle ore 11.00 del 7 dicembre 2008.*

2° convocazione

venerdì 12 dicembre 2008
Assemblea elettiva
dalle ore 18.00 alle ore 19.00
(dopo il Convegno)

Aula Corsi Collegio IPASVI
Via Volta, 25 - Pavia

ORDINE DEL GIORNO:

SALUTO DEL PRESIDENTE

RELAZIONE DI FINE MANDATO

PRESENTAZIONE DEI CANDIDATI

MODALITÀ DI VOTAZIONE

Collegio
Infermieri
Professionali

Assistenti
Sanitari

Vigilatrici
d'Infanzia

della
Provincia di
Pavia

apertura dei seggi e
svolgimento delle votazioni
presso l'Aula Corsi del Collegio IPASVI:

venerdì 12 dicembre 2008
dalle ore 19.00 alle ore 22.30

sabato 13 dicembre 2008
dalle ore 10.00 alle ore 22.00

domenica 14 dicembre 2008
dalle ore 10.00 alle ore 15.00