

Infermieri Informati

notizie dal Collegio
IPASVI di Vicenza

in questo numero...

**Sindacati e obbligatorietà di iscrizione
all'albo (editoriale)**

Dietro le sbarre con il SERT

**Viaggio nel nursing transculturale della
maternità**

**Il progetto del Collegio IPASVI di
Vicenza per il triennio 2003-2005**

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno IV - numero 1-2

Direttore Responsabile

Cariolato Massimo

Redazione

Bottega Andrea, Dal Degan Sonia, Fanchin Gianmaria
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile Editoriale

Collegio IPASVI di Vicenza
viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza
tel/fax 0444 303313 e-mail info@vicenzaipasvi.it

Progetto Grafico e Stampa

Edizioni MAXIMUS
tel/fax 0444624070
e-mail info@edizionimaximus.com

Abbonamenti

Le richieste di abbonamento vanno inviate al Responsabile Editoriale (Collegio IPASVI di Vicenza). Il costo dell'abbonamento annuo è: 20 € per le persone fisiche e 40 € per Enti ed Associazioni (+ 25% per l'estero)

Diritti

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, senza l'autorizzazione dell'Editore.

Norme Editoriali per le proposte di pubblicazione

Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva facoltà di apportare piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.

Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail o su floppy disk, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato).

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo
 - autori (nomi completi e qualifiche professionali)
 - data di completamento del lavoro
 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail)
- La bibliografia va inserita nell'ultima pagina seguendo i seguenti criteri:

- **per le riviste:** cognome e nome degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione.
- **per i libri:** cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione.
- **per gli atti:** titolo dell'evento, città, data.

Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'Istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dai relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - tel/fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
Spedizione in abbonamento postale - art. 2, comma 20/C, legge 662/96 - DCI "VI" - Registrazione al Tribunale di Vicenza n. 997 del 03/04/01

EDITORIALE	3	17	12 MAGGIO: L'INFERMIERE SI FESTEGGIA IN PIAZZA
IL PROGETTO DEL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA PER IL TRIENNIO 2003-2005	4	18	L'INFERMIERE E IL MALATO TERMINALE
DIETRO LE SBARRE CON IL SERT	7	22	AGENDA
VIAGGIO NEL NURSING TRANSCULTURALE DELLA MATERNITÀ	10	23	CONVOCAZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
INFERMIERI E OSS: UN PROBLEMA ANCORA APERTO	15	23	INFORMAZIONI DI SEGRETERIA

Editoriale

di Fanchin Gianmaria
Presidente del Collegio
IPASVI di Vicenza

Carissimi Colleghi,

il presente numero di Infermieri Informati è, in questa sua edizione, particolarmente importante per due ragioni: la presentazione del nuovo Consiglio Direttivo per il triennio 2003-2005, con la dichiarazione degli obiettivi programmatici e le linee di progettualità per definire dove siamo e dove vogliamo andare come professione, l'altra per interrogarci, dopo il deciso intervento della CGIL, sulla obbligatorietà dell'iscrizione all'albo.

Due cose estreme, in antitesi tra loro.

Mentre da un lato si pensano e si propongono interventi volti a promuovere lo sviluppo della professione, a renderla più consapevole, dall'altro si assiste ad un'azione che mira a ridurre e impoverire il ruolo dell'infermiere mediante un'azione contro l'istituzione che lo rappresenta, il Collegio IPASVI.

Come Presidente non posso che essere a favore del Collegio, ma ho cercato di riflettere a fondo per cercare di trovare un nesso rispetto l'azione promossa dal sindacato. Ho pensato: "Che scopi hanno Collegio e Sindacato?". Il Collegio è un punto di riferimento per gli Infermieri:

- ✓ promuove iniziative per favorire lo sviluppo culturale dei propri iscritti;
- ✓ realizza corsi e convegni;
- ✓ fornisce risposte di carattere etico-legale-professionale;
- ✓ garantisce il cittadino che gli iscritti all'albo professionale, comunitari e non, sono in possesso dei requisiti previsti dalla legge;
- ✓ tesse continui rapporti con le Istituzioni per affermare l'importanza della figura Infermieristica nel contesto sanitario e sociale del Paese.

Il sindacato agisce su un altro fronte, vigila sull'osservanza del contratto di lavoro e sulle norme di sicurezza e di tutela dei lavoratori, li rappresenta nella contrattazione decentrata nelle Aziende Sanitarie, nelle IPAB, nelle case di cura, interviene per la difesa dei diritti.

Le due istituzioni hanno ambiti diversi ma l'una non esclude necessariamente l'altra.

La riflessione non mi aiuta, non riesco a spiegarmi il perché di questa azione. Cerco aiuto sul dizionario e alla voce Sindacato trovo la seguente definizione: "associazione di lavoratori costituita per tutelare gli interessi economici e professionali della categoria".

Ancora alla voce Sindacalismo leggo: "il complesso delle teorie e dei movimenti che mirano a tutelare gli interessi dei lavoratori nei confronti dei datori di lavoro".

Giustamente il sindacato si occupa di tutelare gli interessi economici della categoria nei confronti del datore di lavoro, non c'è dubbio, ma allora ha sbagliato interlocutore. Noi dell'IPASVI non siamo datori di lavoro ne tanto meno ci occupiamo di interessi economici. No, questa risposta non mi aiuta a capire, non riesco a spiegarmi perché questo cambiamento di rotta, questo occuparsi dello smantellamento di un ente pubblico che, al contrario, numerose categorie sanitarie vorrebbero avere. I fini di questa azione non sono chiari, come poco chiaro è difendere i diritti dei lavoratori sempre e comunque a prescindere da tutto, come il caso dei lavoratori della Malpensa, difesi nonostante le tristi evidenze. Se questo è lo scopo del Sindacato continui su questa strada nel perseguire i propri fini. Ma non dimentichi di intervenire per tutelare l'infermiere dal continuo richiamo dai riposi e dalle ferie, dalla continua necessità di ricorrere all'orario straordinario per garantire il servizio, da uno stipendio inadeguato rispetto l'impegno e la responsabilità richiesti.

Il Collegio da parte sua si adopera per fornire un supporto, culturale e professionale, per aiutare l'infermiere nell'esercizio delle proprie funzioni, coagulando a sé gli spunti maturati dalla professione stessa, fornendo strumenti, divulgando informazioni e conoscenza affinché sia il singolo - da sé - a trovare le risposte che gli consentono di svolgere con sicurezza la professione, a "crescere" professionalmente.

Chi mi conosce sa che agli infermieri che giungono alla sede del Collegio sono solito dire: "Benvenuti a casa". Una casa dove è possibile trovare colleghi come voi che credono in un infermiere informato, preparato, autonomo, consapevole dell'importanza del proprio ruolo per il contesto sociale e sanitario (così come affermano la Legge 42/99 e dalla Legge 251/00), che credono sia possibile percorrere insieme la via tracciata e cogliere il vento favorevole per condurci alle mete volute. Che credono alla sinergia di forze piuttosto che alla frammentazione conseguente ad una lotta tra "poveri". Ma affinché tutto questo sforzo e lo sforzo di tutti i colleghi che hanno lavorato per il Collegio non venga meno, ribadisco, con serenità, che il diritto/dovere di iscriversi all'albo resta una condizione per esercitare la professione, condizione intesa come conquista, non come obbligo burocratico.

*"Nessun
vento è
favorevole
per chi non
sa dove
andare"*

R. M. Rilke

Il Progetto del Collegio IPASVI di Vicenza per il Triennio 2003-2005

di **Gianmaria Fanchin**

*Presidente del Collegio
IPASVI di Vicenza*

Le recenti elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e la nomina dei rappresentanti del Collegio IPASVI per il triennio 2003-2005, richiede necessariamente la verifica degli obiettivi posti nel precedente mandato allo scopo di consolidare e conseguentemente sviluppare i risultati raggiunti. Non può mancare un sincero ringraziamento a tutti gli iscritti che, con la loro preferenza, hanno consentito a questo gruppo di continuare il lavoro intrapreso 3 anni fa e un sentito grazie ai colleghi che hanno concluso il loro mandato.

Gli obiettivi posti dal precedente direttivo miravano a sviluppare due aspetti importanti:

- ✓ la valorizzazione del gruppo professionale;
- ✓ la valorizzazione della professione nel contesto sociale e sanitario.

Per la VALORIZZAZIONE DEL GRUPPO PROFESSIONALE sono stati realizzati, nel triennio 1999-2002:

- ✓ 22 convegni di cui 4 con patrocinio;
- ✓ la Rivista del Collegio "Infermieri Informati";
- ✓ la nomina di un rappresentante del Collegio di Vicenza nella commissione

tecnica regionale per l'ECM;

- ✓ presentazione in Regione Veneto di progetti per un maggior valorizzazione dell'infermiere (Ospedale di comunità, Hospice, assistenza domiciliare agli stomizzati, riorganizzazione dell'attività professionale con le figure di supporto);
- ✓ attività di consulenza professionale, legale e libero professionale;
- ✓ l'istituzione della commissione d'esame per l'accertamento delle disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia, che ha esaminato 30 stranieri (normativa e conoscenza della lingua italiana);
- ✓ il potenziamento della biblioteca con l'acquisto di 42 nuovi testi, il rinnovo degli abbonamenti per 40 riviste e la sottoscrizione di nuovi abbonamenti per 3 riviste;
- ✓ potenziamento del sito internet www.vicenzaipasvi.it, passando dai 100 contatti settimanali agli attuali 900.

Per la VALORIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE NEL CONTESTO SOCIALE E SANITARIO sono stati realizzati:

- ✓ campagna informativa sul ruolo dell'infermiere, rivolta ai giovani, su scala

regionale (progetto del Collegio di Vicenza), in collaborazione con la Regione Veneto e con i Collegi IPASVI del Veneto;

- ✓ interventi diretti nelle scuole medie superiori della città e provincia (oltre 40 sedi);
- ✓ incontri con le Istituzioni: Regione Veneto, Università, Comune, Provincia, Aziende Sanitarie, Forze dell'Ordine, Società scientifico-professionali, Ordine dei Medici, organizzazioni politiche;
- ✓ evento pubblico per la promozione dell'immagine sociale dell'infermiere a suggellare l'impegno professionale nei confronti del cittadino, in occasione del 12 maggio - giornata internazionale dell'infermiere, in Piazza dei Signori di Vicenza;
- ✓ articoli e interviste con i media: Il Gazzettino, Il Giornale di Vicenza, La Domenica di Vicenza, Il Sole 24 ore nord-est, Il Corriere di Vicenza, TVA Vicenza, TV Canale 68.

Le attività descritte, a fronte di un impegno concretizzato (nel precedente triennio) in 51 consigli del direttivo, 23 consigli di coordinamento regionale IPASVI, 13 consigli nazionali con la Federazione Nazionale Collegi IPASVI in Roma, hanno consentito di orientare il Collegio verso gli obiettivi prefissati.

Per consolidare e sviluppare questi risultati, l'attuale consiglio direttivo propone nel mandato del triennio 2003-2005 i seguenti obiettivi:

Obiettivi programmatici

- ✓ essere punto di riferimento per la professione, fornendo risposte di carattere professionale, strumenti organizzativi, conoscenze scientifiche;
- ✓ promuovere lo sviluppo culturale e professionale degli iscritti all'albo;
- ✓ rendere visibile l'agito professionale nella società, con i media, con

le associazioni;

- ✓ garantire i cittadini del possesso dei requisiti previsti dalla Legge e l'assunzione, come valore, della tutela della salute;
- ✓ lottare contro ogni forma di abusivismo, di comportamenti eticamente inaccettabile, di danno all'immagine della professione.

Linee di progettualità e attività

- ✓ **Attivare rapporti di collaborazione con le istituzioni:**
 - sostenere l'istituzione della dirigenza e della docenza
 - sostenere progetti che esaltino il ruolo dell'infermiere (ospedale di comunità...)
- ✓ **Tutelare l'esercizio professionale:**
 - fornire supporto e tutela legale
 - rispondere ai quesiti posti dall'iscritto
 - disporre della consulenza di esperti (*dott. Benci...*)
- ✓ **Favorire lo sviluppo culturale e scientifico:**
 - gestione informatizzata testi, riviste, tesi
 - aggiornamento biblioteca
 - istituzione di una borsa di studio a tema
- ✓ **Garantire l'aggiornamento:**
 - realizzazione di eventi formativi accreditati ECM
 - favorire un primo approccio sulla metodologia della ricerca
 - sviluppare tematiche professionali di natura etica
 - diffondere risultati di studi e progetti applicabili nella pratica clinica
- ✓ **Promuovere l'immagine professionale nella società:**
 - realizzazione di eventi pubblici (12 MAGGIO...)
 - adesione ad iniziative di ca-

Il nuovo Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza

A gennaio di quest'anno gli infermieri vicentini hanno votato i nuovi rappresentanti della professione infermieristica nella nostra provincia.

Il risultato elettorale e la prima convocazione dei neo-eletti hanno così definito il nuovo Consiglio Direttivo e il nuovo Collegio dei Revisori dei Conti:

Consiglio Direttivo

Presidente

Gianmaria Fanchin

Vicepresidente

Gaetana Pagiusco

Segretaria

Sonia Dal Degan

Tesoriera

Maria Teresa Pernechele

Consiglieri

Bortoli Romina
Bottega Andrea
Cariolato Massimo
Cecchetto Roberto
Fanin Filippo
Gomitolo Olga
Pegoraro Federico
Ramon Nadia
Sarzo Paola
Simonetto Monica

Revisori dei Conti

Membri effettivi

Bortolamei Bruna
Dal Cengio Giampietro
Donà Luigi

Membro supplente

Artuso Lucina

rattere sociale di solidarietà (un'ambulanza per la Palestina, Emergency...)

- interventi nelle scuole superiori della provincia per far conoscere il ruolo dell'infermiere
- ✓ **Regolarizzazione rapporti professionali e sviluppo scientifico infermieri NON comunitari:**
 - espletamento esami per l'iscrizione all'albo (Decreto Bindi)
 - individuazione del fabbisogno formativo

- realizzazione percorsi formativi
- gestione dell'albo

✓ **Divulgazione dell'informazione:**

- pubblicazione di 3 numeri della rivista del Collegio "INFERMIERI INFORMATI"
- realizzazione di opuscoli informativi integrativi a tema
- sito internet www.vicenzaipasvi.it
- newsletter "vicenzaipasvi news"

✓ **Servizi agli iscritti:**

- consulenza libera professione (E. Vanzo)

- consulenza fiscale (Dr. Bottene)
- consulenza Medicina complementare (M. Polverino)
- tutela assicurativa (La Fondiaria)
- convenzione compagnia teatrale (La Piccionaia).

Per favorire le attività previste nelle linee di progettualità e raggiungere gli obiettivi programmatici, sono state costituite delle commissioni dedicate, ognuna con propri obiettivi specifici e responsabili referenti.

La "squadra" del Collegio IPASVI di Vicenza

<i>Rapporti con le istituzioni</i>	<ul style="list-style-type: none">■ Gianmaria Fanchin (referente)■ Gaetana Pagiusco
<i>Tutela esercizio professionale</i>	<ul style="list-style-type: none">■ Andrea Bottega (referente)
<i>Sviluppo culturale e scientifico</i>	<ul style="list-style-type: none">■ Federico Pegoraro (referente)■ Olga Gomitolo■ Monica Simonetto
<i>Aggiornamento</i>	<ul style="list-style-type: none">■ Filippo Fanin (referente)■ Nadia Ramon■ Roberto Cecchetto■ Monica Simonetto
<i>Immagine</i>	<ul style="list-style-type: none">■ Romina Bortoli (referente)■ Federico Pegoraro■ Gianmaria Fanchin
<i>Regolarizzazione e sviluppo infermieri non comunitari</i>	<ul style="list-style-type: none">■ Paola Sarzo (referente)■ Monica Simonetto■ Sonia Dal Degan■ Mariateresa Pernechele
<i>Informazione</i>	<ul style="list-style-type: none">■ Massimo Cariolato (referente)■ Andrea Bottega■ Sonia Dal Degan■ Gianmaria Fanchin.
<i>Servizi agli iscritti</i>	<ul style="list-style-type: none">■ Mariateresa Pernechele (referente)

"Se vuoi costruire una nave, non radunare gli uomini per raccogliere il legno e distribuire il lavoro, ma insegna loro la magia del mare ampio e infinito"

A. De Saint-Exupèry

Dietro le sbarre con il Ser.T.

Intervista ad una infermiera del Servizio Tossicodipendenze

Il decreto 230 del 1999 propone il trasferimento della medicina penitenziaria dal Ministero di Giustizia a quello della Sanità. Dopo un periodo sperimentale in alcune regioni italiane, la riforma non ha avuto gli effetti sperati, ma un obiettivo importante è stato raggiunto: la confluenza del presidio delle tossicodipendenze nel SerT.

S. T., infermiera del Servizio Tossicodipendenze dell'ULSS n.6 di Vicenza, da circa tre anni presta servizio presso la Casa circondariale maschile "San Pio X" di Vicenza, con un contratto part-time.

S., è stata una tua scelta la casa circondariale?

Naturalmente nessuno me lo ha imposto. Mi è stato proposto di uscire dall'ospedale in un periodo della mia vita in cui ritenevo importante fare esperienze diverse. Ho accettato la proposta e ho deciso di rimanere perché ho visto quanto avrei potuto contribuire come persona e come infermiera.

Alcuni aspetti del mio carattere, una capacità naturale di mediatore, le motivazioni e il senso di responsabilità che da sempre mi orientano e mi guidano professionalmente, sono stati i presupposti per continuare ad occuparmi di questa parte di società troppo spesso dimenticata da chi sta fuori. Un luogo ostile, dalle tensioni continue, dall'equilibrio sempre fragile, dove può bastare uno sguardo per scatenare una rissa o un pestaggio.

L'arrivo del SerT nelle Case circondariali è stato un evento più che positivo, non solo per il servizio che offre ai detenuti con problematiche legate alla dipendenza da

sostanze stupefacenti e/o da alcool, ma anche perché ha notevolmente migliorato il lavoro degli infermieri.

Cosa intendi per miglioramento delle condizioni di lavoro degli infermieri?

Prima di essere definita "infermiera del SerT", da detenuti e agenti penitenziari, ero "infermiera dell'ospedale", volutamente differenziata dai colleghi dipendenti dal Ministero di Giustizia. Abbiamo un contratto e uno stipendio diversi, responsabilità e incombenze difforni, ma disponiamo degli stessi spazi, dei medesimi strumenti e materiali. I colleghi, del Ministero di Giustizia, assunti tramite concorso o in regime di libera professione, si occupano di tutti i bisogni sanitari dei detenuti tranne ciò che compete al Servizio Tossicodipendenze. Prima degli infermieri, nelle carceri, erano gli agenti penitenziari che si occupavano delle terapie, del rilievo di parametri, con una formazione di qualche ora.

Il Ser.T. nella casa circondariale è presente 24 ore su 24, con medici e infermieri alle dipendenze dell'ULSS n. 6.

In questo luogo "dimenticato da Dio", il "si è sempre fatto così" è una regola indiscussa. Inizialmente ho accettato, mi sono adeguata, poi in "scienza e coscienza" non sono più riuscita a stare alle "regole". Non riesco a praticare tecniche infermieristiche, a somministrare terapie, a gestire materiali e ambienti senza tener conto di tutto ciò che conoscevo e ritenevo importante; dovevo fare qualcosa.

La nostra Costituzione prevede che la reclusione di una persona, non abbia scopo punitivo ma riabilitativo,

è necessario che noi contribuiamo affinché l'ambiente e le condizioni di salute siano favorevoli. Così vale anche per noi operatori sanitari che dobbiamo poter lavorare seguendo criteri di evidenza e di scientificità.

Il servizio di cui faccio parte, mira alla soddisfazione dei bisogni che hanno queste persone, non sta a me giudicare perché si trovano lì. Infatti non sono a conoscenza dei reati commessi dai detenuti, non sono tenuta a saperlo, inoltre la documentazione a mia disposizione è scritta in codici. In realtà basterebbe poco per conoscere i reati commessi, anche da loro stessi ma non voglio avere questa informazione perché, anche non volendo, finirei per farmi influenzare.

Nei tre anni in cui ho lavorato come infermiera dell'ospedale, ho dovuto lottare per farmi riconoscere come professionista dagli agenti, dai medici, dai detenuti e dal Direttore, per poter poi azzardare alcune proposte di modifica. Ci sono stati momenti molto difficili perché il mio mandato professionale si scontrava con la realtà che avevo trovato, ma piano piano ho trovato lo spazio per modificare quello che era possibile e in parte doveroso.

Che cosa hai potuto cambiare?

Non conoscevo nulla di questa realtà, soprattutto sulla tossicodipendenza e i suoi diversi approcci terapeutici. Per l'inserimento lavorativo non era prevista alcuna formazione aggiuntiva. Per una settimana sono stata affiancata ad un collega esperto, con lo scopo di imparare la sequenza dei compiti da svolgere. Dovevo eseguire ordini impartiti dal Direttore, come se fossi un agente, dovevo svolgere la mia attività seguendo vecchie procedure, con sistemi obsoleti e privi di efficacia; dovevo somministrare terapia sempre affiancata e controllata a vista da un agente, senza poter scambiare una parola con il detenuto. Inizialmente non capivo l'importanza di mantenere quel distacco e di avere vicino qualcuno che mi proteggesse. Insomma mi sentivo anch'io in carcere.

Ho iniziato documentandomi sui regolamenti delle case circondariali, sulle leggi in materia di sanità penitenziaria, ho cercato di applicare in questo contesto ciò che avevo imparato a scuola. Ho cercato di convincere i miei colleghi di quanto fosse importante apportare alcuni cambiamenti, non solo per migliorare il servizio, ma anche per rendere il nostro lavoro più sicuro e tutelato dal punto di vista delle responsabilità civili, penali e deontologiche. Mi sono resa conto che dovevamo prendere in considerazione molti aspetti, che normalmente un infermiere di corsia ospedaliera non si trova a gestire: l'igiene dei locali in cui operiamo, gli spazi per lo staccaggio e la conservazione dei farmaci e dei materiali, la gestione degli spogliatoi e dei servizi igienici per il personale, la cura e la pulizia delle divise, l'organizzazione delle ferie, dei permessi: tutto ciò che normalmente fa un caposala.

Recentemente, grazie all'arrivo del SerT, tutto questo è stato sottoposto all'attenzione del personale preposto e qualcosa è già migliorato.

La collaborazione e l'incoraggiamento che ho avuto, soprattutto dal responsabile del SerT, che è anche il dirigente sanitario penitenziario, hanno creato le condizioni favorevoli per ottenere autorevolezza come professionisti in questo luogo. Il nuovo team del SerT ha ottenuto buoni risultati grazie anche al dialogo di collaborazione che si è creato con il Direttore, una persona molto motivata e favorevole ai cambiamenti.

Nello stesso anno del decreto 230 una legge importantissima per la professione infermieristica è stata promulgata: la L. 42 ovvero l'abrogazione del mansionario, la denominazione di "professione sanitaria", quindi non più ausiliaria, la definizione dei campi propri di attività e di responsabilità contenuti nel Profilo Professionale D.M. (Sanità) 14 settembre 1994, n. 739, nell'ordinamento didattico D.M. (M.U.R.S.T) 2 aprile 2001 e

nello specifico Codice Deontologico del 1996.

È stato un provvedimento che ha favorito o ostacolato l'esercizio della professione in carcere?

La Legge 42/99 ha dato ad ogni professionista una grande opportunità. Sono riuscita a delineare il mio progetto professionale proprio in coincidenza con l'emanazione di queste due norme. Una mi ha sganciato dal limite del mansionario, l'altra mi ha dato riconoscimento e autonomia in un luogo dove nemmeno tra infermieri ci si riconosceva. Insieme ad altre figure sanitarie, come il medico, lo psicologo, gli educatori, gli assistenti sociali, abbiamo creato un gruppo di lavoro ottimale. Si è creato un clima di comprensione e condivisione degli obiettivi, guidati dalle stesse motivazioni, tutti attenti alle singole fasi del progetto, rispettando le competenze e gli ambiti di ogni figura professionale. I dati lo dimostrano: il servizio funziona, sono ridotti sia i casi di violenza sia quelli di autolesionismo tra i detenuti. Per gli agenti e per i detenuti l'infermiere del SerT è una garanzia.

In cosa consiste il SerT e qual è il tuo ruolo?

Ciò che il SerT si prefigge nella casa circondariale è prima di tutto dare soddisfazione al bisogno di sollievo dal dolore, dagli effetti che le crisi di astinenza provocano, dal senso dell'abbandono, dalla depressione; se il detenuto era già seguito dal SerT, in libertà, si prefigge di dare continuità terapeutica; favorire la conoscenza del servizio da parte di chi ne ignora l'esistenza per poterlo scegliere; dare un punto di riferimento al detenuto una volta tornato in libertà.

Il nostro intervento mira alla prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza (epatiti, HIV, ecc.) e al trattamento dei pazienti con PAC (problemi alcool correlati). Sono principalmente problemi di carattere psicologico legati alla presa di coscienza della condizione di alcoolista. Gli interventi sono di tipo psicologico, attraverso la terapia di "gruppo

dipendenze”, e di tipo farmacologico. Si tratta di “farmaci sostitutivi” delle sostanze che danno dipendenza.

Come avviene la presa in carico del detenuto da parte del SerT?

Il medico, durante la visita ad ogni detenuto prevista all’entrata, raccoglie la sua eventuale dichiarazione di uso di sostanze stupefacenti o alcool, lo segnala a noi infermieri che fissiamo un incontro per un primo colloquio. Coloro che non dichiarano l’uso di sostanze stupefacenti e risultano invece positivi all’esame delle urine, vengono comunque contattati.

Questo primo colloquio con il detenuto dipendente da sostanze stupefacenti è importante perché è in questo momento che possiamo dare e infondere fiducia, stringere un patto di alleanza terapeutica. È un momento di semplice raccolta di dati ma che, se fatta con il corretto approccio relazionale, apre un dialogo con il detenuto.

Con il primo colloquio siamo in grado di fare una valutazione e indirizzare il detenuto al giusto operatore sanitario: medico, psicologo, educatore, assistente sociale. In questi momenti avviene uno scambio di pareri e consulenze multiprofessionali, nascono molte idee per nuovi progetti; si evidenziano le esigenze formative; un professionista cerca e trova il suo ambito. Dopo aver presentato il programma eseguiamo dei prelievi ematochimici per valutare la presenza di malattie infettive e, in collaborazione con l’assistente sanitaria, provvediamo ad eseguire eventuali vaccinazioni.

Una volta che il medico ha definito il trattamento farmacologico, ci occupiamo della somministrazione della terapia. Fase molto delicata in cui bisogna fare attenzione che il farmaco venga assunto correttamente e dalla persona giusta. Non solo nel rispetto delle 6 G, ma perché qui per autolesionismo, per trarre effetti

particolari o per attirare l’attenzione i detenuti, volutamente, si scambiano i farmaci. Facciamo colloqui individuali, utilizziamo test guida per valutare le conoscenze della persona ed interveniamo con l’educazione sanitaria dove ci sono comportamenti scorretti o mancanza di conoscenza. Si tratta prevalentemente di igiene del corpo, del vestiario e regole di vita di comunità.

Durante gli incontri dei gruppi dipendenze, oltre alla presenza dello psicologo, dell’educatore e/o dell’assistente sociale è prevista la nostra partecipazione per rispondere



ad eventuali quesiti di tipo igienico-sanitario, posti dai detenuti.

Quando racconti che lavori in una casa circondariale come reagiscono gli altri?

Raccontare dove lavoro, suscita reazioni molto diverse, molto spesso si tratta di stupore, perché fa paura il tipo di persona che assisto e, soprattutto, il tipo di patologie che spesso affliggono queste persone. La cosa più difficile invece è accettare un sistema che sta alla base della gestione delle case circondariali e di altre forme di

detenzione, fortemente distorto ed ingiusto. Mi è capitato spesso che ex detenuti venissero a salutarmi incontrandomi per strada, o al supermercato, non ho mai avuto problemi. Alcuni colleghi hanno vissuto con angoscia la paura di vendette o rivendicazioni da parte dei detenuti.

Altre persone rimangono incredule del fatto che anche in carcere ci siano infermieri, medici, psicologici, educatori come per le persone “normali”, come se ritenessero ingiusto “spendere soldi per i detenuti”. Con altri riesco a discutere il mio punto di vista e trasmettere la mia positività.

Per impegno sociale e per scelta professionale anche mio marito esercita in questo settore, quindi non crea problemi di accettazione, tranne per il fatto che si tratta di una casa circondariale maschile.

Lavorare in una casa circondariale dà una possibilità di fare carriera come infermiera?

Quando sono arrivata qui ho trovato un metodo di lavoro basato sui compiti, ora, dopo qualche difficoltà, si lavora per obiettivi. La situazione ha richiesto da parte mia un grosso lavoro di ricerca, di costruzione di protocolli e di procedure divenuti ora strumenti utili ad un infermiere che si appresta a prendere servizio presso una casa circondariale. Un lavoro che ho dovuto fare da sola, perché ero da sola. Non so se si possa dare visibilità alla carriera di un infermiere in questo settore. L’attivazione del progetto a Vicenza è una realtà unica in Italia, per ora, e un infermiere del SerT con l’esperienza maturata e le conoscenze e le abilità acquisite in questo particolare settore sanitario, potrebbe un giorno proporre la gestione di un progetto “SerT in carcere”, considerato che i dati statistici dimostrano che è molto efficace.

Viaggio nel nursing transculturale della maternità

di Elisa Dal Lago

Infermiera Poliambulatorio ASL 6 - Vicenza

Nursing transculturale e medicina transculturale: una medicina delle relazioni

Il costituirsi di famiglie immigrate sul suolo italiano ha portato ad una consistente crescita del numero di bambini stranieri che fanno sentire la loro presenza nei servizi pediatrici e nella medicina scolastica; le donne hanno contatti crescenti con i servizi di tutela delle maternità, e il loro numero nelle sale parto e nei pronti soccorsi comincia ad essere consistente in molte aree; le leggi recenti, insieme al numero ormai rilevante di persone soggiornanti regolarmente, hanno facilitato l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale.

Un'indagine pubblicata dal Ministero della Sanità (Fortino et. al 2002), indagando sulle schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2001, ha evidenziato che le prime quattro cause di ricovero sul totale dei pazienti stranieri sono correlate alla gravidanza e al parto; in alcune città italiane (ad es. Milano) un quarto dei nuovi nati ha almeno un genitore straniero.

L'infermiera antropologa americana Madeleine Leininger ha dato origine alla teoria del "Transcultural Nursing" con una frase molto significativa:

"Questa è l'era della consapevolezza culturale con il bisogno critico di capire e lavorare con persone con diversi stili di vita e di diverse parti del mondo. Oggi tutto il personale sanitario ha il bisogno di venire a conoscenza delle diversità culturali e delle

variabili tra le diverse culture con lo scopo di essere terapeutico e di aiuto ai clienti che parlano una lingua diversa e che hanno differenti bisogni di salute".

Il Nursing Transculturale ha come cardine il concetto di human care, il prendersi cura, l'insieme degli atti di sostegno e di aiuto rivolti ad un individuo o ad un gruppo con dei bisogni, al fine di migliorare una condizione o uno stile di vita umano: esso è ovviamente riconosciuto come un fenomeno universale, ma le espressioni, i processi ed i modelli variano in base alle culture.

Il Nursing Transculturale può aiutare a preservare il modo positivo e naturale in cui i vari gruppi culturali promuovono la cura ed affrontano la malattia: è quindi una risorsa importante. Inoltre previene i problemi associati alle imposizioni culturali e all'etnocentrismo che possono minare la serenità e lo stato di salute degli utenti.

Si parla di medicina transculturale intendendo una medicina attenta in modo specifico ad ogni persona, in grado di essere efficace nella relazione terapeutica con persone di diversa cultura. Essa porta a riscoprire la possibilità di non generalizzare il proprio sapere, ponendosi costantemente in dialogo con altre discipline e aprendosi all'apporto coordinato di ogni altro operatore di salute percepito, nella sua originalità, come risorsa relazionale per una più efficace comunicazione tra persone appartenenti a culture diverse.

L'area materno-infantile nella sua realtà ospedaliera e territoriale è quindi uno dei Servizi su cui ricadono maggiormente le domande delle famiglie e delle donne migranti, sia in termini sanitari (alta natalità, interruzione volontaria della gravidanza, salute della donna, del bambino) che psico-sociali, per la problematicità dei disagi che le migrazioni comportano sugli assetti familiari e sui rapporti fra generazioni (rottura dei legami di solidarietà tradizionali, inserimento in organizzazioni lavorative, scolastiche e in tessuti sociali diversi da quelli dei Paesi di origine).

In un contesto così ricco di aspettative estremamente delicati, i Servizi socio-sanitari, che quotidianamente sono chiamati ad interagire con una realtà così complessa, cominciano ad essere investiti da una serie di problematiche in precedenza del tutto sconosciute: la differenza etnico-culturale fra paziente immigrato e operatore sanitario complica un rapporto già talora non facile fra operatori e utenti, creando nuove barriere di incomprensione che spesso rendono inefficaci gli interventi terapeutici.

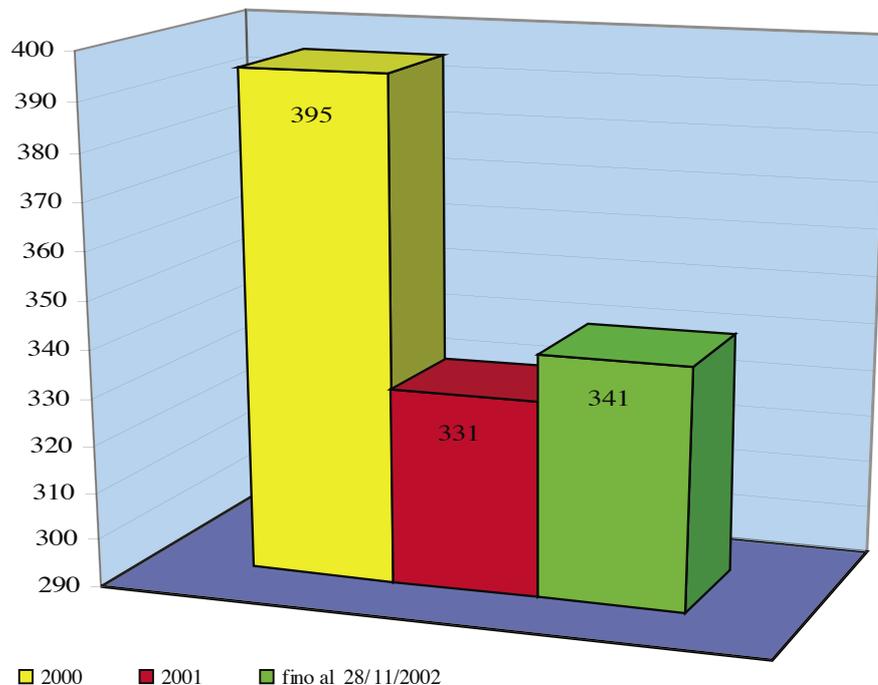
Si avverte sempre più la necessità di porre dei cambiamenti, riflettendo sulle possibili alternative al fine di elaborare delle modalità di intervento diversificate ed integrate tra i vari Servizi territoriali e ospedalieri. Innanzitutto bisogna cercare di migliorare la qualità dei Servizi socio-sanitari in ambito ostetrico-ginecologico offerti alle donne straniere. Ciò predispone di migliorare l'utilizzo da parte delle donne straniere delle strutture operanti a livello territoriale e ospedaliero, con una conseguente riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e al reparto di Ostetricia e Ginecologia.

Bisogna promuovere nella popolazione straniera residente nel nostro territorio, una cultura di attenzione alla prevenzione, diagnosi precoce, trattamento di patologie importanti in ambito ostetrico-ginecologico, in modo particolare:

- ✓ attenzione alle cure prenatali per la prevenzione e diagnosi tem-

Sulla base di dati raccolti consultando i registri dei parti avvenuti nel Reparto di Ostetricia dell'ASL 6 di Vicenza si sono rilevate queste informazioni:

ANNO	NUOVI NATI (da entrambi i coniugi stranieri)	NUOVI NATI (da moglie straniera e marito italiano)	TOTALE PARTI	VARIAZIONE PERCENTUALE
2000	395	47	2330	18,90%
2001	331	56	2233	17,30%
fino al 28/11/2002	341	62	2110	19%



- ✓ pestiva degli eventi patologici in gravidanza, assistenza al parto;
- ✓ sostegno alla contraccezione allo scopo di prevenire le gravidanze indesiderate e l'interruzione volontaria della gravidanza;
- ✓ prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e profilassi delle malattie a trasmissione sessuale;
- ✓ prevenzione e diagnosi precoce delle patologie oncologico ginecologiche;
- ✓ coinvolgimento e follow-up della coppia nelle problematiche di infertilità-sterilità.

Dalla tabella in alto si desume che le pazienti straniere che partoriscono nell'ASL n. 6 di Vicenza sono in aumento, sia che si tratti di moglie straniera e marito italiano, sia che si tratti di coniugi entrambi stranieri.

Ritengo opportuno, a questo punto, inserire il contributo dell'esperienza di Franca Pizzini (Università

degli Studi di Milano) maturata ad un incontro internazionale "Donna e salute" a Rio de Janeiro:

"Sono stata all'incontro internazionale "Donna e salute" a Rio de Janeiro, dove unica italiana insieme a una collega psicologa, ho imparato molto dalle donne dell'Asia, dell'Africa e dell'America Latina là convenute che portavano dati e discussioni sul tema "Salute della donna. Povertà e qualità della vita", con un'ottica molto diversa dalla nostra, in cui l'incontro interculturale risultava veramente utile: noi portavamo loro la storia italiana della legge sull'aborto, che in vari paesi dell'America latina è la seconda causa di morte per le donne, loro mi spiegavano cosa vuol dire vivere in un paese sovrappopolato dove le donne muoiono di parto. Io parlavo loro dei nostri problemi circa la natalità e le tecnologie riproduttive, loro mi descrivevano i dati sul commercio

di organi e di uteri in affitto per le coppie dei paesi ricchi!”

Dai dati del recentissimo rapporto sulle popolazioni del mondo emerge quanto l'ambiente interagisce sulla salute femminile. Eccone alcuni esempi: in Colombia migliaia di donne sono addette alla coltivazione di fiori che vengono esportati negli Stati Uniti; è stato stimato che le loro esposizioni a circa 127 diversi tipi di pesticidi, molti dei quali sono già stati proibiti negli Stati Uniti stessi, ha ripercussioni nella loro salute riproduttiva. In alcuni villaggi delle province cinesi del Gansu, l'inquinamento provocato dagli scarichi di una fabbrica di fertilizzanti, è stato ritenuto responsabile dell'alto numero di aborti e di morti intrauterine.

L'inquinamento delle acque di tre fiumi della Russia è stato considerato una delle cause del raddoppio di patologie renali e della vescica nelle donne gravide della zona. Infine in Sudan è stato trovato un collegamento tra l'esposizione ai pesticidi e la mortalità perinatale con un rischio più elevato per la donna contadina. Nello stato del Gujarat, in India, a causa della deforestazione, le donne spendono dalle quattro alle cinque ore ogni giorno per raccogliere la legna che serve a cucinare, mentre prima facevano la stessa cosa ogni cinque giorni.

La situazione in Italia

Non esistono differenze di patologia tra neonati extracomunitari ed italiani se non per quelle legate allo scarso controllo della salute materna e della gravidanza. Generalmente quasi tutte le donne si presentano ai servizi accompagnate dai mariti spesso unica figura in grado di fare da tramite linguistico: questo è valido soprattutto per le donne arabe, quelle africane e le albanesi che in genere sono molto isolate, vivono in casa e non hanno una rete di supporto femminile. Le filippine, le sudamericane e le donne di altri paesi dell'est, che sono espressione di contesti migratori prevalentemente femminili, invece vengono sole o con amiche con le quali condividono l'abitazione e che spesso sanno parlare meglio la lingua.

Visite, esami del sangue ed ecografie

Lo scarso livello di educazione sanitaria, le mancate considerazioni dell'importanza della prevenzione, la difficoltà di accesso ai servizi sanitari italiani rendono conto del perché le donne straniere effettuano poche visite in gravidanza e in genere si presentano, con rare eccezioni, alla prima visita oltre la 12^a settimana gestazionale. D'altra parte, in molte donne persiste una convinzione, che era presente anche nel nostro paese fino a qualche decennio fa, che da una visita interna eseguita in età gestazionale molto precoce possa aumentare il rischio di abortività. Vi è anche la diffusa convinzione che se una donna annuncia presto il suo essere incinta questo sarà di cattivo auspicio per il bambino.

Molte donne immigrate, essendo clandestine, non sanno di poter frequentare almeno per la gravidanza, le strutture sanitarie senza oneri di pagamento. Infatti, in seguito all'applicazione del Testo Unico delle disposizioni concernenti le discipline dell'immigrazione e delle norme sull'immigrazione dello straniero in materia (n.286/98), non solo ciò è possibile, ma alle donne può essere assegnato, dietro presentazione alla Questura di un certificato medico attestante la gravidanza, un permesso di soggiorno temporaneo che le tuteli anche psicologicamente fino a 6 mesi dopo la nascita del bambino. Questo ha permesso a molte di loro di avvicinarsi con minor timore ai Servizi anche per fare le visite e gli esami di controllo.

Per quanto riguarda le donne provenienti dall'America Latina bisogna segnalare che, dai dati disponibili, circa il 55% soffre di anemia, inoltre in molti paesi di quest'area non esiste l'obbligatorietà della vaccinazione antitetanica dell'infanzia.

Nei Centri di salute, che equivalgono più o meno ai nostri consultori, si effettua in gravidanza questa vaccinazione gratuitamente, anche se questo avviene, in Perù per esempio, solo nel 20% delle donne in gravidanza seguite nelle aree urbane e il 12% in quelle

rurali. Stessa cosa accade per le donne del Nord Africa che, spesso, quando arrivano in Italia non hanno ancora completato il ciclo vaccinale e gli esami che eseguono in gravidanza al loro paese nei centri pubblici consistono nell'esecuzione del gruppo sanguigno (l'immunoprofilassi antiRh non viene eseguita di routine e l'incidenza della malattia emolitica neonatale è ancora elevata) e dell'emocromo con la determinazione del volume globulare per lo screening della talassemia.

In molti paesi del Sud Asia la beta-talassemia è molto diffusa, insieme all'alfa-talassemia che è più comune soprattutto in Thailandia, Vietnam, Cambogia. Inoltre la consanguineità nei matrimoni è molto alta nei paesi musulmani dove circa la metà di essi avviene tra cugini primi e non bisogna dimenticare che musulmani vivono non solo nei paesi del Nord Africa o del Medio Oriente, ma anche in Indonesia, Pakistan, Somalia, Bangladesh, Filippine e Africa Subsahariana. Dal 1980 molti studi basati sull'evidenza riportano un aumento dell'uso delle tecniche di diagnosi prenatale per evitare la nascita di figlie femmine. La prima notizia dei termini del fenomeno si ebbe nel 1984 quando fu riportato che, dal 1978 al 1984 circa 78.000 feti di sesso femminile, identificati con la diagnosi prenatale, erano stati abortiti in India. Nonostante il governo indiano abbia regolamentato l'uso dell'ecografia, della villocentesi e amniocentesi al fine di evitare questo fenomeno, i dati del 2001 mostrano che, soprattutto negli stati del Nord, in cui la condizione delle donne è più soggetta alle tradizioni, sono nate 300.000 femmine in meno, un valore che si discosta da quello, mediamente stabile ed inferiore come scarto, degli altri paesi del mondo tranne la Cina. Infatti anche quest'ultimo paese quest'anno ha reso noti i dati sulla popolazione per obblighi legati all'entrata nel WTO e da questi si è evidenziato lo stesso, se non superiore, scarto dell'India per quanto riguarda le figlie femmine.

Per la Cina si tratta di seguire le regole demografiche imposte dallo Stato mentre per l'India è implicato il meccanismo della dote: una figlia fem-

mina a 13, 14 anni andrà sposata e dovrà portare una dote alla famiglia del marito di circa 50.000 rupie, oltre alla sua forza lavoro che sarà a completo beneficio dei suoceri. Considerando che una famiglia media indiana ha un reddito di 1000 rupie mensili, sposare una figlia vuol dire indebitarsi per tutta la vita, mentre avere un figlio maschio è fonte notevole di guadagno.

La mediatrice culturale è un'operatrice dei servizi che, in base all'appartenenza ad un gruppo culturale diverso, alla propria condizione di immigrata ed in base ad una specifica preparazione professionale di carattere teorico-pratico, svolge attività di traduzione linguistica ed attività di mediazione culturale. Con quest'ultimo termine si intende un processo attraverso il quale essa chiarifica e contestualizza nella cultura d'origine il significato di comportamenti e di comunicazione dell'utente straniera all'operatore italiano e viceversa, chiarisce alla donna del suo gruppo culturale la logica e l'organizzazione dei servizi italiani.

I livelli di incomprensione tra operatore sanitario e paziente straniera

Due medici, Riccardo Colasanti e Salvatore Geraci, operatori del più grande ambulatorio per immigrati d'Italia, quello gestito dalla Caritas a Roma, hanno cominciato fin dagli

anni Ottanta una riflessione sui livelli d'incomprensione tra medico e paziente, che hanno poi sistematizzato nel volume *Argomenti di medicina delle migrazioni* (1995).

Secondo i due autori le possibili incomprensioni si situano a 5 livelli:

1. **prelinguistico** (non estensibilità delle sensazioni interiori);
2. **linguistico** (arbitrarietà del significato e del valore semantico);
3. **metalinguistica** (arbitrarietà dei valori simbolici);
4. **culturale** (imprinting ed elementi culturali inconsci);
5. **metaculturale** (differenze ideologiche, filosofiche e religiose):

Livello prelinguistico

L'incomprensione a livello prelinguistico ha a che fare con la difficoltà a comunicare le proprie sensazioni interiori. Non è un fatto legato esclusivamente alla relazione transculturale ma un'esperienza diffusa quella di avere difficoltà a riconoscere e esprimere i propri vissuti interiori.

Una distinzione classica dell'antropologia medica è quella tra *disease* e *illness*, con il primo termine (come detto in precedenza) volendo descrivere la malattia qual è conosciuta dalla scienza medica, e con il secondo l'insieme di sensazioni, emozioni, pensieri e comportamenti correlati propri della percezione soggettiva dell'essere ammalato del paziente.

L'etnopsichiatria è l'ambito della

psichiatria che si occupa della sofferenza psichica contestualizzandola nei riferimenti culturali del paziente: molto raramente un paziente africano esprime i suoi sospetti nei confronti di una sofferenza psichica; egli lo farà solo dopo qualche tempo e soprattutto dopo aver raggiunto una sufficiente fiducia nell'operatore. Questo perché la causa della sua sofferenza può venire attribuita a fenomeni di influenzamento a distanza (fattura, stregoneria ecc.) o a possessione (spiriti), e l'immigrato sa che questa spiegazione non è accettabile dal medico europeo: questi con facilità emetterebbe una diagnosi - *disease* che parla di delirio; mentre si tratta semplicemente di un diverso sistema di riferimento per spiegare l'origine della malattia. Un contesto di questo tipo è più frequente di quanto non si creda anche in campo ostetrico-ginecologico, per la grande importanza che in alcune culture viene data alla maternità: fenomeni di infertilità di vario tipo, dalla difficoltà a concepire, ad aborti ripetuti, a malformazioni fetali, possono trovare spiegazione, secondo la *illness* della paziente, in fattori eziologici analoghi (influenzamento, possessione, ecc.) e un trattamento efficace, che presuppone la collaborazione della paziente, si avvantaggia dal tenerne conto, magari avviando una collaborazione con un servizio di etnopsichiatria.

Ma è ben comprensibile che, per poter agire anche a questo livello, è necessario venire a conoscenza di quanto la paziente pensa e sente dentro di sé, cioè di superare l'ostacolo a livello prelinguistico.

Livello linguistico

È la difficoltà più immediata e ovvia, quando gli interlocutori non conoscono una lingua comune; è un livello di incomprensione che, frequentissimo nei primi anni di immigrazione, va riducendosi nel tempo, via via che l'immigrazione in Italia si stabilizza, e la quota di immigrati in grado di esprimersi in un italiano sufficiente diventa maggioritaria.

Accanto ai problemi strettamente lessicali, tuttavia, ci sono quelli semantici, legati cioè al significato



delle singole parole, che, paradossalmente, possono aumentare anziché diminuire con l'aumento delle competenze linguistiche degli immigrati: l'apparente facilità di comprensione può far distogliere l'attenzione dalla relazione linguistica, creando specifiche difficoltà di comprensione.

Livello culturale

In un paese come l'Italia in cui, come abbiamo visto in precedenza, i flussi migratori sono molto variegati, è un'impresa al di sopra delle realistiche possibilità di un operatore sanitario quella di conoscere in modo sufficientemente approfondito i riferimenti culturali di tutti i suoi potenziali pazienti. Decidere quindi di poter curare un paziente solo conoscendo la sua cultura significherebbe, nella maggior parte dei casi, rinunciare semplicemente a curarlo. Inoltre, l'identità dell'individuo non è qualcosa di definito e di stabilizzato per sempre.

Livello metalinguistico

Un esempio suggestivo del livello di incomprensione transculturale può essere quello dei riferimenti simbolici di una malattia. Credo sia condivisibile il fatto che alla parola "cancro" nella nostra cultura si associa l'idea di malattia mortale, e quindi tout-court di morte. Lo stesso valore simbolico, un secolo fa, era forse detenuto dalla parola "tubercolosi". Se noi oggi volessimo utilizzare la parola cancro con questo significato simbolico, potremmo però non venire capiti da una persona che viene da un'area del mondo dove la maggior causa di morte sono le malattie infettive: per questa lo stesso significato potrebbe venire veicolato dalla parola "diarrea", o "anemia" (con riferimento, per esempio, alla malaria); e

viceversa possiamo pensare che una persona che utilizza un termine di questo tipo potrebbe volerci mandare un messaggio simbolico che contenga il tema della paura della morte, messaggio che a noi, che associamo la parola diarrea a un breve, seppur seccante, fastidio transitorio, sfuggirebbe del tutto.

Livello metaculturale

Il livello metaculturale è "il piano dove gli uomini affermano consciamente e con lucidità la loro visione della vita, che a livello culturale appare implicita e, in definitiva, inconscia". Ad esempio la ferma decisione di seguire le regole del Ramadan può essere l'esplicitazione consapevole di un bisogno nascosto, inconsapevole. Potrebbe accadere che, al paese d'origine, il paziente sarebbe disposto a derogare dall'obbligo religioso per assumere dei farmaci, o per seguire regole dietetiche connesse al trattamento di una specifica malattia (cosa del resto già contemplata dalla giurisprudenza islamica); ma è possibile che non sia disposto a farlo in terra d'immigrazione, perché qui sente più forte il bisogno di un ancoraggio alle proprie origini religioso-culturali.

Ritengo utile accennare allo status sociale dei migranti: secondo i dati raccolti nell'ultimo decennio si tratta in gran parte di persone acculturate.

Come detto in precedenza, a partire dai paesi poveri sono in genere persone di buon livello culturale e sociale; quando arrivano qui diventano semplicemente degli "extracomunitari", con tutti gli stereotipi che questo termine comporta: poveri, miseri, ignoranti, "selvaggi" ecc. Vi sono persone che passano da uno status sociale nel quale erano riconosciuti

come persone colte, stimate, a un altro in cui sono considerati vagabondi. Si trovano, al momento dell'arrivo, a dividere le mense delle associazioni di beneficenza con le fasce più povere ed emarginate della società italiana.

Gli unici in cui si riscontra un livello culturale medio-basso sono i cinesi: arrivano infatti in Italia per lavorare molte ore al giorno in fabbriche di confezioni e perciò non è richiesto loro alcun titolo di studio. Ci sono anche cinesi laureati o che arrivano in Italia perché hanno vinto una borsa di studio all'università, ma queste categorie si distinguono dagli operai sia per ubicazione abitativa che per tipo di lavoro.

Dopo aver analizzato i livelli di incomprensione tra operatori sanitari e stranieri, si avverte la necessità di un cambiamento. Le iniziative di cambiamento mirano soprattutto al concetto di formazione dell'infermiere, intesa in ambito antropologico (inserimento delle discipline etno-antropologiche nell'ordinamento didattico del corso di studi dell'infermiere), in ambito linguistico (si è già puntualizzata la necessità sempre crescente della conoscenza di lingue straniere intermedie quali l'inglese e il francese), in ambito organizzativo (a partire dai servizi territoriali e ospedalieri, affinché rispondano in modo efficace ai bisogni di questa fascia di utenza) e in ambito assistenziale (adattare i modelli assistenziali e gli strumenti considerando l'altro come soggetto e risorsa nel processo di cura).

Il primo passo da fare consiste nell'esplorare intimamente i nostri valori personali, per maturare la consapevolezza necessaria a superare il fenomeno dell'etnocentrismo.

Bibliografia essenziale:

- Balsamo F., 1997, "Da una sponda all'altra del Mediterraneo donne immigrate e maternità", Torino, edizioni L'harmattan;
- Calamandrei C., D'Addio L., "Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere", edizioni Mc Graw Hill;
- El. Hasshemite, 1997, "The Islamic view in genetic preventive procedures", in Lancet;
- Favaro G., 1991, "Donne dal mondo: strategie migratorie al femminile", Milano, Guerini e Associati;
- Jordan B., 1985, Il parto in culture diverse, in "Il parto tra passato e presente: gesto e parola", Cagliari, La Tarantola Edizioni;
- Maciotti M., 2000, "Immigrati e religioni", Napoli, Liguori Editore;
- Mazzetti M., 2001, "Il dialogo transculturale in medicina", Roma, Percorsi Editoriali;
- Nathan T., 1996, "Principi di etnopsicanalisi", Torino, edizioni Boringhieri;
- Parolai L., 2001, "Donne immigrate: gravidanza e maternità", Roma, Percorsi di donne;
- Pittau F., 2001, "La nuova realtà socio-demografica dell'immigrazione femminile", Roma, Percorsi Editoriali.

Infermieri e OSS: un problema ancora aperto

di **Gianmaria Fanchin**

*Presidente del Collegio
IPASVI di Vicenza*

L'istituzione della figura dell'OSS con LR Veneto n. 20/01 e dell'OSS con formazione complementare LR Veneto n. 17/02, ha aperto un fitto dibattito tra la categoria infermieristica sui vantaggi e limiti che queste nuove figure possono determinare nel contesto socio-sanitario.

L'inserimento dell'OSS nelle Unità Operative offre importanti opportunità per il miglioramento della qualità assistenziale con la possibilità di impiegare con appropriatezza la competenza infermieristica. Tuttavia, per raggiungere questi ambiziosi risultati, si impone necessariamente l'utilizzo di un modello professionale e organizzativo in grado di favorire questo cambiamento.

Un modello per consentire all'infermiere l'attuazione delle proprie funzioni sanitarie: accertamento e classificazione dei bisogni di assistenza, pianificazione (definizione degli obiettivi assistenziali e attuazione degli interventi), verifica dei risultati raggiunti in termine di salute per il paziente.

L'infermiere per riuscire ad attuare questo processo deve necessariamente attribuire alcune attività all'operatore di supporto. Ma per quali pazienti e quali interventi possono essere attribuiti ad una figura che non è infermieristica?

Il problema inizia a complicarsi, mol-

ti colleghi temono lo scadimento dell'assistenza, temono lo svilimento del proprio ruolo nel momento in cui qualcun altro è abilitato all'attuazione di attività assistenziali. La responsabilità poi, in caso di errore, su chi ricade? Sull'infermiere che ha attribuito l'intervento o sull'OSS che lo ha attuato?

Il problema è reale e serio, ma a partire da queste numerose domande, ancora senza una chiara risposta, abbiamo cercato, come Coordinamento dei Collegi IPASVI del Veneto, di condividere la questione.

Fin dai primi incontri, tenutisi nella sede del Collegio IPASVI di Padova, è emersa l'esigenza di attuare un'azione in sinergia con i colleghi infermieri dirigenti degli uffici infermieristici, con i Coordinatori dei corsi di formazione di Laurea in Infermieristica e dei corsi per OSS.

Entro un anno ci sarà una quantità notevole di OSS con formazione complementare, quindi risulta importante elaborare delle proposte che diano alla professione degli orientamenti e chiare indicazioni su come, dove, quando inserire l'operatore di supporto di base e "Specializzato".

Non dobbiamo dimenticare che dietro alla sigla OSS, nel Veneto, si nasconde di tutto. La riqualifica di figure ausiliarie e sociali (OAA) con poche ore di formazione, ha determinato di fatto un allarga-

mento delle competenze sul piano sanitario.

Questi intenti si sono concretizzati lo scorso 6 giugno a Mestre, con un corso di aggiornamento organizzato dai Collegi IPASVI delle 7 province venete rivolto ai colleghi dirigenti, ai coordinatori del corso di Laurea e dei corsi di OSS della Regione Veneto. L'evento formativo ha avuto lo scopo di individuare le strategie e gli interventi da realizzare per la valorizzazione della professione infermieristica con l'inserimento e la gestione delle figure di supporto. Nella prima parte della giornata si è cercato di inquadrare il problema dal punto di vista professionale, giuridico e deontologico con interventi della Presidente Nazionale Annalisa Silvestro, del Dott. Luca Benci e del Prof. Daniele Rodriguez. Si è proseguito nel pomeriggio con un interessantissimo dibattito che ha permesso di focalizzare i problemi prioritari. A tal fine si sono costituiti due gruppi di lavoro formati da colleghi dell'area dirigenziale e formativa, dai Presidenti e Consiglieri dei Collegi IPASVI, per cercare e definire ciascuno, le linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del lavoro definendo gli elementi irrinunciabili sia per l'ambito formativo che per l'ambito organizzativo. Un lavoro lungo e complesso che richiede tempo ed energie.

Aldilà della fatica, che a noi infermieri non ha mai preoccupato, l'aspetto positivo che emerge è che l'esigenza di trovare la soluzione al problema di inserimento e gestione dell'OSS e OSSS, nasce all'interno della professione stessa. L'esigenza condivisa e non più rinviabile di essere pronti sul piano formativo e organizzativo, con modelli e strumenti, al cambiamento che si sta attuando e che ci coinvolgerà pienamente. Senza travolgerci.



IPASVI

Collegio Provinciale di Vicenza



www.vicenzaipasvi.it

12 MAGGIO 2003

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

Il Collegio IPASVI di Vicenza, in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, invita tutta la cittadinanza ad una serata musicale animata dalla **CB Band**

domenica 18 maggio 2003
alle ore 20.30

Piazza dei Signori - VICENZA



L'infermiere si festeggia in piazza

Annuale appuntamento in Piazza dei Signori a Vicenza per la festa del 12 maggio

di *Andrea Bottega*

È divenuto ormai un appuntamento fisso negli anni. Il 12 maggio, festa internazionale dell'infermiere, il Collegio IPASVI di Vicenza ha organizzato un momento di incontro con i suoi iscritti e la cittadinanza. Nonostante i tempi stretti (il nuovo Consiglio Direttivo si è insediato all'inizio di quest'anno) e le non poche difficoltà derivanti dalla sovrapposizione di altri eventi culturali, sportivi e politici della città, anche quest'anno si è riusciti ad ottenere che la Piazza dei Signori, il salotto della nostra provincia, fosse il luogo di ritrovo per ricordare degnamente che la professione di infermiere è particolarmente legata al tessuto sociale e civile in cui si realizza. Cittadini e infermieri si sono ritrovati assieme per un momento di allegria e festa domenica 18 maggio. A partire dalle 20,00 si è cantato e ballato sulle note delle più famose canzoni pop e rock italiane degli ultimi vent'anni. La CB Band, che ha animato la serata, ha saputo regalare alle persone presenti un momento veramente emozionante dove si è potuto vivere e rivivere con dolce nostalgia l'epoca

della giovinezza. Emozioni e musica, un binomio scelto quest'anno per sottolineare l'importanza della comunicazione diretta, il saper evocare e toccare direttamente i sentimenti della persona umana. E a ballare e cantare insieme c'erano parecchi colleghi, oltre ad alcune autorità (il sindaco ha portato i saluti dell'amministrazione comunale) e tanta gente che, giunta anche per una passeggiata, si è aggregata alla festa. Di fronte al

palco, poi, è stato allestito uno stand per promuovere e dare informazioni sulla professione di infermiere. Grazie ancora una volta al patrocinio del Comune di Vicenza e della Provincia e all'impegno dei consiglieri del Direttivo siamo riusciti a dare una visibilità insolita ma ugualmente efficace dell'infermiere, nella speranza che il prossimo anno, organizzandoci con maggior anticipo, si possa replicare alla grande.



Musica in Piazza dei Signori per la Giornata Internazionale dell'Infermiere

L'infermiere e il malato terminale

Atti del Convegno

"La gestione dei supporti vitali nel malato terminale"

di Chiara Dalle Carbone, Romina Faccin, Simone Lussu, Nadia Ramon

Infermieri Oncologia
Medica ASL 6 - Vicenza

Sabato 17 Maggio 2003 presso il seminario Vescovile di Vicenza si è tenuto un incontro sul seguente tema: **"La gestione dei supporti vitali nel malato terminale"**.

Il tema è molto attuale perchè coinvolge tutti gli operatori di tutte le unità operative. Gli spunti sono stati molti e si è cercato di chiarire alcuni aspetti ancora oscuri come:

- ✓ la definizione di un momento in cui la terapia va terminata;
- ✓ la limitazione dei supporti vitali;
- ✓ il coinvolgimento del malato e della famiglia;
- ✓ il ruolo dell'infermiere nella cura del malato morente.

Di quest'ultimo punto ce ne siamo occupati noi portando la nostra esperienza con il malato terminale oncologico. Di seguito vi riportiamo la relazione che abbiamo presentato.

Il malato di cancro non diventa subito e necessariamente il malato oncologico terminale che tutti abbiamo presente (cachetico, allettato, dipendente in toto, ...), ma attraversa un percorso, a volte molto lungo, che può portare anche ad una soluzione positiva del problema.

Quando il paziente inizia il percorso della chemioterapia si pone un limite di tempo entro il quale vuole tornare ad una vita normale e, quindi, da malato essere nuovamente considerato sano.

Purtroppo, però, con la chemioterapia non si ottengono sempre i risultati prefissati e la malattia può progredire rapidamente; in questo caso il medico può optare per un trattamento palliativo. La sospensione delle terapie è per il paziente la chiave della consapevolezza che la vita sta per finire; ancor di più se questa è accompagnata da segni

clinici evidenti che portano alla dipendenza dagli altri. Il paziente non sempre affronta il tema della morte, si attacca a tutto ciò che può farlo sentire ancora vivo, vorrebbe l'autonomia ma si rende conto di non esserne in grado. Solo nel momento in cui viene ricoverato, comincia a rendersi conto della gravità della situazione; ha ancora la speranza di stare bene ma questa si affievolisce con il tempo lasciando spazio alla rabbia e poi alla rassegnazione della morte.

Ma allora chi è il malato oncologico terminale?

- ✓ Persona a cui rimane un periodo limitato di sopravvivenza (spesso non quantificabile);
- ✓ persona devastata da malattia grave (spesso i tumori solidi, a differenza delle neoplasie dell'apparato emopoietico, sono

- visibili al paziente; questo porta allo scontro quotidiano con la malattia);
- ✓ persona che sta perdendo la propria autonomia;
- ✓ persona che combatte con la coscienza della propria malattia e con la consapevolezza della sua morte imminente;
- ✓ infine è una persona che, nonostante quanto sopra detto, conserva la sua dignità di uomo, la sua morte, la sua capacità di pensare e valutare.

E qual è il ruolo dell'infermiere?

- ✓ Colui che sta a stretto contatto col malato 24 ore su 24;
- ✓ ascolta e riceve le domande che il malato pone (l'infermiere è in grado di percepire che il malato non necessita di una risposta fine a se stessa, ma, soprattutto, di avere una serie di informazioni che lo tranquillizzino e che non lo facciano sentire solo nella gestione della situazione);
- ✓ si prende cura non solo del corpo, ma di ciò che la persona è: bisogni psico-fisici del malato.

Assistere il malato oncologico in fase terminale significa aiutarlo a restare fino alla fine per sé stesso e per i suoi famigliari, un uomo e una donna vivente, cioè un essere umano capace di desiderio che bisogna capire e soddisfare, di una dignità che è necessario rispettare.

In questa situazione è inevitabile che si crei uno stretto rapporto tra la figura infermieristica e il malato terminale ed è altrettanto essenziale che l'infermiere abbia ben chiaro chi si trova di fronte:

- ✓ paziente: persona che non è solo corpo, ma storia, vissuto ed è fondamentale cercare di fargli mantenere i rapporti con il mondo esterno fino a quando lui stesso lo richiede;
- ✓ il decadimento fisico e il dolore ripropongono le domande essenziali della vita:

- ✓ il corpo del malato diventa altro da quello che era, diventa occasione di quesiti sul perché morire, perché proprio lui (guarda come sono cambiato, non ero così...).

Di conseguenza cosa significa assistere un malato terminale oncologico?

La fase terminale della malattia comporta il progressivo e inarrestabile declino delle normali funzioni fisiologiche. La dignità del morire è l'obiettivo terapeutico dell'assistenza infermieristica.

- ✓ Soddisfare i bisogni psico-fisici (paura, solitudine, dolore, dispnea, nausea, vomito, confusione, perdita d'autonomia, etc.): nutrirlo, lavarlo, ascoltarlo, fargli compagnia, garantirgli la sicurezza. È molto importante interagire con il paziente, coinvolgerlo e fargli capire che è ancora lui il protagonista della sua vita.
- ✓ Aiutare, sostenere i famigliari e renderli partecipi dell'assistenza al malato secondo le loro capacità (assistenza 24 ore su 24 etc.) e possibilità.

Il rapporto tra infermiere e paziente è sì un rapporto unico ma non è esente da difficoltà come:

- ✓ accompagnare il paziente alla morte senza percepirla come una sconfitta. L'infermiere non ha il compito di guarire il paziente ma quello di garantirgli un'assistenza adeguata alle sue esigenze;
- ✓ nel momento in cui il medico decide di sedare il paziente. Quando la dignità di vivere di cui abbiamo parlato sopra viene meno, quando i segni e sintomi assumono una importanza notevole, quando i famigliari lo chiedono o quando è il paziente stesso che lo chiede. Sedare significa ridurre o eliminare ogni tipo di contatto con l'esterno ma significa anche ridare una

- dignità alla morte del paziente;
- ✓ spesso è necessaria la presenza di un familiare che si occupi del malato che gli faccia compagnia e che lo aiuti nello svolgimento delle sue attività quotidiane. È fondamentale identificare chi, come, quanto e quando deve assistere il paziente. Questo perché il ruolo del familiare deve essere un ruolo positivo per il paziente e non deve assolutamente recargli disagio;
- ✓ sostenere la famiglia immediatamente dopo il decesso quando si verifica il distacco dalla persona a loro cara;
- ✓ assistere contemporaneamente un nuovo paziente, nella stanza vicino, che inizia il percorso di terapia e ha bisogno di stimoli, di input positivi.

Per poter far fronte a tutte le difficoltà sopra descritte è opportuno individuare alcune risorse. La comunicazione tra le figure che ruotano attorno al malato e ai famigliari assume un ruolo rilevante.

È essenziale che infermiere e medico si confrontino per identificare le strategie migliori per un piano di intervento che garantisca al paziente risposte uniformi ed equilibrate.

Molto importante è anche il confronto tra operatori, non necessariamente della stessa equipe, magari con l'ausilio di una figura di supporto come lo psicologo che metta l'infermiere nelle condizioni di saper elaborare delle strategie di superamento delle difficoltà quali il tema della morte, la comunicazione col malato, il burn-out, ecc...

Poiché la branca oncologica è in costante evoluzione, è indispensabile un continuo aggiornamento anche per l'infermiere, la cui soddisfazione professionale non deve essere necessariamente la guarigione del malato, ma la certezza di erogare un'assistenza di qualità.

Non seppellite il mio cuore

di Gianni Bordin, Cittadella Editrice,
100 pagine, € 10,50



Un racconto di vite dove dignità e miseria convivono con la speranza.

Non vi è alcun riferimento “anatomico” nel titolo di questo bel libro del collega Gianni Bordin, scritto alla fine di un’esperienza di volontariato in Maranhão, nel nord di quel Brasile così diverso da quello patinato proposto dalle agenzie di viaggio e dai media.

Quello a cui Gianni allude è un cuore “...felicitemente immerso in un miscuglio di malinconia e sfinimento...”, nel momento della partenza per tornare in Italia. La sua esperienza fra

le donne e gli uomini di questo Brasile bello e povero è stata così importante da avergli indotto il bisogno di comunicarla e condividerla, regalandoci queste “finestre sul mondo” nelle pagine di un libro. Leggendole, si è aperto anche il mio cuore, mi sono un po’ riconosciuta in questo modo di pensare al lavoro dell’infermiere come espressione di solidarietà e servizio (termine quest’ultimo forse desueto, ma a me comunque caro) verso i più deboli, i più sofferenti e meno competitivi in un sistema inesorabilmente competitivo.

La riflessione di Gianni Bordin non si risolve in un diario di avventura e propone ben altro rispetto ad un atteggiamento pietistico o genericamente comprensivo delle tragedie altrui; ci invita invece a tentare di comprendere quali siano le cause delle disuguaglianze, della globalizzazione selvaggia, dello sfruttamento dell’uomo e dell’ambiente a vantaggio di pochi. “Ma noi cosa possiamo farci?” è la domanda, ad un certo punto, di un amico prete; invito i colleghi a leggerne la risposta nel libro (se tentassi una sintesi qui sarebbe in ogni caso riduttiva), per provare a capire insieme quali siano le nostre possibilità di cercare un po’ di giustizia nella nostra realtà ed in quella di persone che sembrano così lontane, mentre è il nostro modo di vivere che condiziona pesantemente il loro e crea le distanze, mantenendole.

Grazie Gianni per averci parlato

di te, di tante persone straordinarie che, come te, hanno lavorato e continuano a farlo in situazioni difficili ed estreme, e di tante altre che lottano ogni giorno, con coraggio, fantasia, ottimismo, per difendere il semplice diritto ad esistere.

Grazie ad Alex Zanotelli per la presentazione al libro. Le sue parole sono sempre un invito all’impegno in ogni contesto, oltre che un canto alla speranza nei “sotterranei della vita e della storia”.

a cura di Paola Sarzo

L’ autore.

Gianni Bordin è nato a Padova nel 1961 e vive ad Asiago. Dopo due anni vissuti in una comunità di accoglienza per barboni a Padova, inizia a lavorare in ospedale come infermiere. Nel 1989 assieme alla moglie si licenzia per andare in Brasile come volontario. Tornati da quella esperienza si dedicano a tempo pieno alla tossicodipendenza, al disagio giovanile e all’accoglienza permettendosi di tornare in Brasile per brevi periodi quasi ogni anno.

Con Ed. Lavoro nel 1998 ha pubblicato “INDIO”, un libro che racconta l’incontro e la cultura della nazione “Krahô”, il “Popolo della pace” della foresta brasiliana.

Il libro “Non seppellite il mio cuore” può essere richiesto nelle librerie o direttamente a: **Cittadella Editrice, 06081 Assisi (PG)**

Le entrate servono a sostenere alcuni progetti di cooperazione in Brasile.

@vviso @i n@vig@nti



Chiunque fosse in possesso di una casella di posta elettronica e desiderasse essere informato gratuitamente e tempestivamente sulle attività del Collegio e altre news dal mondo professionale, può iscriversi a “**Infermieri Informati - News**” compilando il modulo on-line all’indirizzo www.vicenzaipasvi.it

Convocazioni del Consiglio Direttivo

51° CONVOCAZIONE: 9 gennaio 2003

Presenti: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Soardi Angela, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Antonello Suor Prima, Cariolato Massimo, Bottega Andrea, Pagiusco Gaetana, Ramon Nadia.

Assenti giustificati i Signori: Segretaria Dal Degan Sonia, Sarzo Paola, Simonetto Monica, Germani Patrizia.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (12 iscrizioni, 12 cancellazioni); 3) Rinnovo del Consiglio Direttivo: elenco dei candidati; 4) relazione del Presidente sull'incontro del 30/12/02 del Coordinamento Regionale; 5) Abusivismo professionale: costituzione parte offesa; 6) istituzione della Commissione Nazionale per la Medicina Alternativa, individuazione di IP referenti; 7) Sviluppi della costituzione della Commissione Regionale E.C.M.

1° CONVOCAZIONE: 3 febbraio 2003 (nuovo Consiglio Direttivo)

Sono presenti i Signori: Fanchin Gianmaria, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Dal Degan Sonia, Pagiusco Gaetana, Ramon Nadia, Sarzo Paola, Soardi Angela, Simonetto Monica, Cecchetto Roberto, Bortoli Romina, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Baccarin Flavio, Gomitolo Olga.

Assenti: nessuno.

O.D.G.: 1) accettazione del mandato; 2) nomina delle cariche.

2° CONVOCAZIONE: 10 febbraio 2003

Sono presenti i Signori: Fanchin Gianmaria, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Dal Degan Sonia, Pagiusco Gaetana, Ramon Nadia, Sarzo Paola, Soardi Angela, Simonetto Monica, Cecchetto Roberto, Bortoli Romina, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Gomitolo Olga.

Assenti: nessuno.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (6 iscrizioni, 5 cancellazioni); 3) nomina dei Commissari per l'esaminazione degli infermieri stranieri non comunitari, 4) verifica del contratto stipulato per la polizza kasko; 5) discussione sulla richiesta di patrocinio da parte dell'ordine dei medici e chirurghi per un convegno organizzato con i Coordinatori Infermieri di Padova; 6) incontro Stato-Regioni e legge regionale n. 17 sulla formazione complementare dell'OSS; 7) proposta di acquisto di un testo di legislazione sanitaria per i nuovi consiglieri.

3° CONVOCAZIONE: 24 febbraio 2003

Sono presenti i Signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Bortoli Romina, Gomitolo Olga, Ramon Nadia, Sarzo Paola, Soardi Angela.

Assenti giustificati i Signori: Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (12 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) illustrazione da parte del Presidente del programma triennale 2003-2005; 4) segnalazione di una irregolarità di una infermiera straniera non comunitaria che ha portato al rifiuto della richiesta d'esame; segnalazione di 5 esiti negativi; 5) Proposta di progetto di lavoro per elaborare una procedura per l'esame e revisione dei costi a carico degli infermieri stranieri non comunitari.

4° CONVOCAZIONE: 10 marzo 2003

Sono presenti i Signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Segretaria Dal Degan Sonia, Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Simonetto Monica.

Assenti giustificati i Signori: Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bottega Andrea, Ramon Nadia, Soardi Angela.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (6 iscrizioni, 3 cancellazioni); 3) stesura del programma triennale del nuovo consiglio direttivo; 4) discussione sulle elezioni del Comitato Centrale - adesione alla lettera collegio di Bari; 5) delibera della Giunta Regionale n. 237/03 sulla carenza del personale infermieristico - adesione al comunicato stampa e deliberazione di acquisto di uno spazio sul Gazzettino del Veneto; 6) Comitato Regionale per la Bioetica; 7) discussione sul caso di Parco Città, posizione del Collegio; 8) deliberazione sul costo dell'esame per gli infermieri stranieri non comunitari.

5° CONVOCAZIONE: 24 marzo 2003

Sono presenti i Signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Segretaria Dal Degan Sonia, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Ramon Nadia, Sarzo Paola.

Assenti giustificati i Signori: Bortoli Romina, Soardi Angela, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (23 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) votazione e approvazione del bilancio consuntivo 2002; 4) preparazione dell'assemblea annuale degli iscritti; 5) deliberazione nullaosta targa pubblicitaria.

6° CONVOCAZIONE: 31 marzo 2003

Sono presenti i Signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Segretaria Dal Degan Sonia, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bortoli Romina, Bottega Andrea, Fanin Filippo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico.

Assenti giustificati i Signori: Bortoli Romina, Soardi Angela, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (1 iscrizione, 0 cancellazioni); 3) votazione e approvazione del bilancio preventivo 2003; 4) discussione della proposta della ditta EDI per il recupero di crediti; 5) discussione sulle dimissioni di un consigliere: Soardi Angela.

7° CONVOCAZIONE: 14 aprile 2003

Sono presenti i Signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bortoli Romina, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola.

Assenti giustificati i signori: Segretaria Dal Degan Sonia, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (28 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) discussione sul tema da trattare in apertura di assemblea annuale; 4) discussione sulla proposta per la giornata internazionale dell'infermiere; 5) discussione sulla proposta di un corso di formazione dell'AINS.

8° CONVOCAZIONE: 28 aprile 2003

Sono presenti i signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bortoli Romina, Bottega Andrea, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Ramon Nadia, Sarzo Paola.

Assenti giustificati i signori: Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Segretaria Dal Degan Sonia, Cariolato Massimo, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (2 iscrizioni, 0 cancellazioni); 3) organizzazione della festa del 12 maggio giornata internazionale dell'infermiere; 4) deliberazione di budget di spesa per la serata in Piazza dei Signori; 5) incarico a due consiglieri di partecipare al consiglio nazionale ipasvi a Roma.

9° CONVOCAZIONE: 12 maggio 2003

Sono presenti i signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Cariolato Massimo, Bottega Andrea, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Simonetto Monica.

Assenti giustificati i signori: Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Ramon Nadia, Fanin Filippo, Bortoli Romina, Sarzo Paola.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) assegnazione dei compiti ai consiglieri per gli ultimi dettagli della serata in Piazza dei Signori; 3) deliberazione di acquisto di locandine per la serata con la CB Band; 4) discussione di proposte di formazione da parte della IEMS.

10° CONVOCAZIONE: 12 giugno 2003

Sono presenti i signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Simonetto Monica.

Assenti giustificati i signori: Cariolato Massimo, Bottega Andrea, Ramon Nadia, Bortoli Romina.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (23 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) considerazioni sull'esito della gironata per l'infermiere organizzata in Piazza dei Signori con la CB Band; 4) relazione sul consiglio nazionale ipasvi a Roma; 5) relazione sul consiglio regionale per la formazione e l'inserimento dell'OSS; 6) deliberazione di acquisto di servizio stampa del giornalino Infermieri Informati, per la preparazione di cartelline congressuali, per la stampa di buste e carta intestata del Collegio.

11° CONVOCAZIONE: 7 luglio 2003

Sono presenti i signori: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Simonetto Monica.

Assenti giustificati i signori: Cariolato Massimo, Bottega Andrea, Ramon Nadia, Bortoli Romina.

O.D.G.: 1) lettura del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (11 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) contratto Comunitas: discussione per il rinnovo del contratto per il servizio di segreteria; 4) presa visione e discussione delle bozze del nuovo numero di "Infermieri Informati"; 5) delibera di spesa per corso di formazione itinerante in 3 eventi; 6) delibera di spesa per l'acquisto di un videoproiettore; 7) relazione sull'attività di revisione e aggiornamento della biblioteca del Collegio.

agenda

<i>Rif. ECM</i>	<i>Titolo dell'evento</i>	<i>luogo e data</i>	<i>data</i>	<i>Informazioni</i>
5678-45964	<i>Contenere la contenzione: il bisogno, i luoghi, le responsabilità</i>	Vicenza Chiampo (VI) Bassano (VI)	20 set 2003 09 nov 2003 13 dic 2003	vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it
8927-63148	<i>6° Convegno Nazionale: La professione infermieristica nell'assistenza al paziente in sala operatoria</i>	Rep. di San Marino	18-20 set 2003	biotechcongressi@libero.it
1677-65010	<i>Le infezioni in un istituto per anziani: prevenzione e controllo</i>	Arzignano (VI)	27 set 2003	crascalabrin@tin.it
5742-68160	<i>Procedure sul sistema cardiovascolare nel paziente critico</i>	Vicenza	27 set 2003	meet@meetandwork.com
5045-52043	<i>La responsabilità dell'infermiere nell'emergenza e in area critica</i>	Sandriago (VI)	29 set 2003	info@nursindvicenza.it
1698 - 40100	<i>Il donatore di organi: clinica, assistenza e comunicazione in terapia intensiva</i>	Gazzo Padovano	2-3 ott 2003	fito@fito.it
5788 - 59975	<i>I contenuti e i limiti degli impegni etici dell'infermiere nel nuovo codice deontologico</i>	Belluno	04-ott-03	ipasvibl@libero.it
4832 - 71039	<i>La terapia del dolore e le cure palliative nella realtà odierna</i>	Montagnana (PD)	04-ott-03	quality17@libero.it
8103 - 52061	<i>Identità di ruolo e relazioni umane nella professione infermieristica</i>	Bagni Di Lucca	4-6 ott 2003	galganius@libero.it
	<i>Management e abilità di direzione delle risorse umane</i>	Pavia	4-18 ott 2003	bda@congressteam.com
8262 - 70314	<i>La responsabilità professionali, legali, etiche e giuridiche dell'infermiere</i>	Ponte San Nicolò (PD)	08-ott-03	montecchio@e-cons.it
7036-61156	<i>La valutazione del personale del comparto sanità</i>	Vicenza	25 ott 2003	info@nursindvicenza.it
1174 - 33616	<i>Diagnosi infermieristiche e pianificazione assistenziale</i>	Novara	8-22 nov 2003	amm.personale@maggioreosp.novara.it
3372 - 49858	<i>XXX Congresso nazionale A.I.E.O.P. Associazione Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica</i>	Verona	15-nov-03	ramenghi@pediatria.unito.it
433 - 40128	<i>Accertamento e valutazione dei bisogni di assistenza: modelli, metodi e strumenti</i>	Padova	18-19 nov 2003	formazione@ceref.it
3717 - 54557	<i>Il lavoro d'equipe in area anziani</i>	Padova	19-nov-03	fabio.vidotto@studiovega.it
4751-12209	<i>Informatizzazione in sanità: l'infermiere tra realtà formative ed esigenze aziendali</i>	Sandriago (VI)	29 nov 2003	info@nursindvicenza.it
5742-71334	<i>Procedure per l'assistenza respiratoria nel paziente critico</i>	Vicenza	13 dic 2003	meet@meetandwork.com
	<i>La nefrologia e la dialisi si raccontano. Storie di protagonisti</i>	Lecce	22-24 apr 2004	info@csrcongressi.com

L'elenco completo ed aggiornato di tutti gli eventi formativi accreditati, o in fase di accreditamento, è consultabile on-line all'indirizzo <http://ecm.sanita.it>



IPASVI



CORSI DI AGGIORNAMENTO PER INFERMIERI

in anestesia, rianimazione, terapia antalgica e area critica

Aula Magna

Seminario Vescovile - Borgo Santa Lucia - Vicenza

1° CORSO:

PROCEDURE SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE NEL PAZIENTE CRITICO

**Sabato
27 settembre 2003
ore 8.00 - 14.00**

- Evidence based nursing
- Preparazione per chirurgia elettiva in S.O.
- Il paziente pediatrico in S.O.
- L'urgenza-emergenza in S.O.
- Accoglimento del paziente in T.I.
- Predisposizione per il trasporto in emergenza
- Il monitoraggio emodinamico
- Tecniche speciali cardiovascolari
- Strategie di gestione delle risorse umane

argomenti

2° CORSO:

PROCEDURE PER L'ASSISTENZA RESPIRATORIA NEL PAZIENTE CRITICO

**Sabato
13 dicembre 2003
ore 8.00 - 14.00**

- Evoluzione dell'assistenza respiratoria
- Ventilazione artificiale in S.O.
- Ventilazione artificiale non invasiva in T.I.
- Ventilazione artificiale invasiva in T.I.
- La gestione delle vie aeree difficili
- Il nursing del paziente con assistenza respiratoria
- Lo svezzamento dell'assistenza respiratoria e la prospettiva riabilitativa
- La trachebroncoscopia
- L'intubazione in aree non attrezzate

argomenti

E.C.M.

Educazione Continua in Medicina

La Commissione Nazionale ECM ha attribuito ad entrambi i corsi **5 crediti** formativi.

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: € 20,00 per corso

Per l'iscrizione ai corsi si prega di compilare la scheda di iscrizione (disponibile sul sito internet: www.vicenzaipasvi.meetandwork.com) in tutte le sue parti e di inviarla a mezzo fax al n. 049.8602389 oppure via internet.

Si accettano iscrizioni sino ad esaurimento dei posti disponibili (550)

Segreteria Organizzativa

MEETandWORK

tel 049 8601818 - fax 049 8602389
www.vicenzaipasvi.meetandwork.com

Informazioni di Segreteria

Negli orari di apertura al pubblico del Collegio, la vostra segreteria, Federica, potrà fornirvi tutte le informazioni che le chiederete in merito a:

- ❖ Adempimenti necessari per l'iscrizione, la cancellazione o il trasferimento da/per un altro Collegio
- ❖ Qual è il consigliere più indicato a dare una risposta veloce ed esauriente ai vostri quesiti/problemi
- ❖ Quando potete consultare la biblioteca del Collegio

Inoltre con una semplice telefonata, fax o e-mail potete aggiornare il vostro indirizzo e gli altri dati contenuti nell'archivio dell'Albo Professionale (titoli di studio, sede di lavoro, ecc)

Per quanto riguarda i certificati di iscrizione all'Albo Professionale, si ricorda che gli enti pubblici sono obbligati ad accettare l'autocertificazione.

Per quei casi in cui si renda necessario il certificato di iscrizione, lo si può richiedere direttamente e gratuitamente in sede, negli orari di apertura al pubblico, o per posta, allegando un francobollo (o busta pre-affrancata) per il ritorno.

Orario di Apertura al Pubblico

martedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00
mercoledì	dalle ore 10.00 alle ore 12.00
giovedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Sportello Libera Professione

su appuntamento, da concordare con la segreteria

Biblioteca

È possibile consultare la biblioteca del Collegio IPASVI di Vicenza durante gli orari di apertura al pubblico.

CHIUSURA ESTIVA

Il Collegio IPASVI di Vicenza avvisa tutti gli iscritti che la segreteria rimarrà chiusa per ferie **dal 11 al 24 agosto**.

Collegio IPASVI di Vicenza

v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza

tel./fax: 0444 30 33 13

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it



CONTENERE LA CONTENZIONE

Il bisogno, i luoghi, le responsabilità

PROGRAMMA

- 8,30 *Registrazione dei partecipanti*
- 9,00 *Introduzione ai lavori*
- 9,15 *Il bisogno: giustificazione o abuso?*
- 9,40 *Il vissuto in ambito geriatrico*
- 10,10 *Dibattito*
- 10,40 *Intervallo*
- 11,00 *Il vissuto in ambito chirurgico*
- 11,30 *“Via dalla pazza folla” - contenzione e contenimento in psichiatria*
- 12,00 *La contenzione farmacologica in ambito psichiatrico*
- 12,30 *Dibattito*
- 13,00 *Pausa pranzo*
- 14,00 *Responsabilità e simbolismo nella pratica contenitiva*
- 14,30 *Presentazione di casi clinici con discussione in plenaria*
- 17,30 *Test di valutazione del corso e verifica dell'apprendimento*
- 18,00 *Termine dei lavori*

OBIETTIVI

- ✓ acquisire maggiori coscienza e conoscenza nel professionista sulla problematica della contenzione; confrontare le esperienze sulla tematica
- ✓ acquisire maggiori conoscenze tecniche sulle diverse tipologie di contenzione attualmente utilizzate

SEDI E DATE

1^a edizione	Vicenza, 20/09/2003	Albergo S. Raffaele Monteberico
2^a edizione	Chiampo, 08/11/2003	Hotel La Pieve
3^a edizione	Bassano, 13/12/2003	Hotel Alla Corte

RELATORI

Simona Conca, Duilio Loi, Ruggero Rizzini, Sara Sardiello e Marisa Siccardi (consulenti AINS)

Moderatore: Gianmaria Fanchin

6 CREDITI E.C.M.

ISCRIZIONI

Inviare la scheda di partecipazione, compilata in ogni sua parte o compilare il modulo di iscrizione on-line sul sito www.vicenzaipasvi.it

La quota di partecipazione è di € 20 per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza e di € 60 per i non iscritti.

Il numero massimo di partecipanti è di 60 per ogni edizione. **Le iscrizioni verranno raccolte fino ad esaurimento dei posti disponibili.**

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE

CONTENERE LA CONTENZIONE il bisogno, i luoghi, le responsabilità

Cognome e Nome _____ tel. _____

Indirizzo _____ e-mail _____

Qualifica _____ Entedi appartenenza _____

iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza **non iscritto** al Collegio IPASVI di Vicenza

Barrare con una crocetta l'edizione a cui si intende partecipare:

Vicenza **Chiampo** **Bassano**
20/09/2003 08/11/2003 13/12/2003

Data, ___/___/2003

Firma _____