

Infermieri Informati

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - tel/fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

14•15•16 gennaio 2006

E' tempo di scelte!

***ELEZIONI per il rinnovo del
Consiglio Direttivo e del
Collegio dei Revisori dei Conti***

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno VI - numero 3

Direttore Responsabile

Fanchin Gianmaria

Redazione

Bottega Andrea, Dal Degan Sonia
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. 0444 624070 - fax 0444 809825
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 - Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

EDITORIALE	3	SOMMARIO	11	PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEL LINFEDEMA
ATTIVITÀ DEL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA	5		14	IL DOLORE COME 5° PARAMETRO VITALE
PROCEDURA ELETTORALE	5		16	RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE: QUALE "STATO DI SALUTE"?
XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI	7		19	INFORMAZIONI DI SEGRETERIA
PREVENIRE è VIVERE	9		19	AGENDA CORSI E.C.M. 2005



UNA DATA IMPORTANTE PER GLI INFERMIERI **Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza**

Quando ho cominciato a raccogliere le prime idee per scrivere questo editoriale per evidenziare l'attività svolta dal Collegio IPASVI, ho avuto la netta sensazione che questi ultimi tre anni siano volati.

Sfoglio documenti "passati", Infermieri Informati di qualche edizione fa e questo mi fa rendere conto di quante cose sono cambiate e quanti progetti sono stati portati a termine (corsi di aggiornamento accreditati ECM, pubblicazione di protocolli, le Linee Guida per l'inserimento dell'OSS).

Il cammino professionale è stato contrassegnato di ulteriori conquiste, di nuove possibilità di formazione con la Laurea Specialistica, con i Master, alle quali si aggiunge la recente attivazione in due Università italiane del corso di Dottorato di Ricerca, di colleghi che hanno assunto le funzioni di Direttore del Servizio Infermieristico con un inquadramento contrattuale di dirigente.

Una professione in continuo sviluppo ma che in questo fine anno sente parlare di tagli del personale, di blocco delle assunzioni.

I conti non tornano e le finanziarie tagliano. Curioso che le finanziarie taglino sempre, ma i problemi rimangono sempre gli stessi. Scuola, Previdenza, Sanità, zavorre da alleggerire.

Noi che e nella sanità viviamo, siamo stati investiti da un tornado, che a pronunciarlo evoca alla mente i spaventosi disastri compiuti da Katrina negli Stati Uniti. Gli effetti della finanziaria, si traducono, con Delibera Regionale Veneto, nell'impossibilità di garantire il turn-over fisiologico nelle aziende sanitarie. Il turn over fisiologico riguarda: i pensionamenti, le assenze per maternità, la mobilità, le malattie gravi. È paradossale ma senza la possibilità di sostituire queste persone, infermieri in particolare, si rischia il collasso del sistema. A essere precisi la situazione italiana è tutta un paradosso. Siamo l'unico paese europeo ad avere un rapporto di 5 infermieri ogni 1000 abitanti, mentre realtà come l'Irlanda possono contare, per lo stesso numero di cittadini, quasi del triplo (15,3 %) di infermieri.

Se associamo tale dato con il fatto che quasi il 20% degli italiani è un ultrasessantacinquenne (fonte OCSE), dove i problemi cronico-degenerativi si intensificano, c'è da chiedersi cosa possiamo fare, cosa ci resta da fare. Piangere non serve, come potrebbe suggerire qualcuno, ma dobbiamo affrontare la situazione.

Come cittadini dobbiamo essere sensibili al problema e sviluppare una forte opinione e muoverci,



agire, aderire alle diverse iniziative promosse da diverse organizzazioni e associazioni.

Come infermieri dobbiamo poter dire la nostra, con progetti lungimiranti, orientati al raggiungimento di obiettivi di salute ma al tempo stesso attenti ai limiti economici.

La risorsa infermieristica non potrà mai essere un limite economico e i cittadini hanno bisogno degli infermieri. La salute degli italiani ci riguarda moltissimo e in qualità di addetti ai lavori non possiamo assistere allo smantellamento della Sanità Pubblica. In questi anni è cresciuta e si è sviluppata soprattutto con l'impegno, la dedizione e il lavoro di noi infermieri.

Dobbiamo farci sentire, dobbiamo unire le forze e orientarle in un'unica direzione per la sal-

vanguardia dei diritti dei cittadini, per una sanità basata sull'equità, sull'appropriatezza degli interventi e attenta alla gestione.

L'impegno finora portato avanti dal Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza, necessita di nuove forze per garantire la continuità alle esigenze professionali, scientifiche, formative, informative, di consulenza degli iscritti dell'ordine. Un'esigenza per attivarsi con proposte e progetti volti a valorizzare il ruolo dell'infermiere affinché divenga un interlocutore diretto con le forze politiche e con la Regione. Il Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza deve continuare su questa strada, in sinergia con altre forze sociali e politiche, con la forza di tutti gli infermieri e anche della tua.

C'è molto da fare, ma non

importa il tempo, abbiamo una responsabilità morale, professionale ed etica nei confronti dei cittadini: non possiamo abbandonarli a se stessi. Devono sapere di poter contare su una classe professionale preparata che il 14-15-16 gennaio è chiamata ad eleggere i componenti del nuovo Consiglio Direttivo per il triennio 2006-2008.

L'attuale scenario non ci deve spegnere e per le prossime Festività Natalizie, auguro a tutti voi, che diventino l'occasione per un momento di riflessione, di condivisione di momenti semplici ma intensi con i vostri cari, con i colleghi e con i pazienti.

***AUGURI a tutti voi,
BUON NATALE
e FELICE 2006.***

In occasione dell'*Assemblea elettiva*, secondo la procedura elettorale descritta a pagina seguente, è stato fissato un incontro sul tema:

L'infermiere e le cure complementari

**Sabato 14 gennaio 2006 dalle ore 8,30 alle 13,45 circa,
aula magna Scuola per Operatori Sanitari - Ospedale di Vicenza**

Si stima che metà della popolazione dei paesi industrializzati ricorre regolarmente ad approcci sanitari complementari. Alcune tecniche quali la riflessologia plantare, il tocco terapeutico, il massaggio shiatzu, ecc, sono parte del repertorio infermieristico.

Un argomento attuale ed un invito a non mancare.

Crediti ECM:

È stato richiesto l'eccreditamento ECM per le prime 120 iscrizioni che perverranno alla segreteria organizzativa.

Per informazioni e iscrizioni (GRATUITA):

Edizioni MAXIMUS

Tel. **0444 624070** (lun-ven 8.00-12.00) - www.ecm-online.org



I consiglieri uscenti...

Il Consiglio Direttivo

Presidente

Gianmaria FANCHIN

Vicepresidente

Gaetana PAGIUSCO

Tesoriera

Maria Teresa PERNECHELE

Segretaria

Sonia DAL DEGAN

Consiglieri

Romina BORTOLI

Andrea BOTTEGA

Roberto CECCHETTO

Filippo FANIN

Olga GOMITOLLO

Federico PEGORARO

Nadia RAMON

Paola SARZO

Monica SIMONETTO

Il Collegio dei Revisori dei Conti

Membri effettivi

Bruna BORTOLAMEI

Giampietro DAL CENGIO

Luigi DONÀ

Membro supplente

Lucina ARTUSO

La procedura elettorale

Quando si svolgono le elezioni?

sabato 14 gennaio 2006, dalle ore 14.00 alle ore 20.00

domenica 15 gennaio 2006, dalle ore 9.30 alle ore 19.00

lunedì 16 gennaio 2006, dalle ore 9.30 alle ore 13.00

Dove si vota?

La sede dell'unico seggio elettorale provinciale è la Scuola per Operatori Sanitari dell'Ospedale Civile di Vicenza.

Chi è chiamato a votare?

Tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza hanno diritto di esprimere il loro voto.

Chi sono gli eleggibili?

Tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza sono eleggibili.

La propria candidatura può essere presentata in qualsiasi momento fino al giorno stesso delle elezioni.

Come si vota?

La scheda elettorale che vi verrà consegnata, previa presentazione di un documento di identità, è divisa in due sezioni, per il rinnovo rispettivamente del **Consiglio Direttivo** e del **Collegio dei Revisori dei Conti**.

Nella scheda elettorale si possono esprimere fino ad un massimo di 15 preferenze per il Consiglio Direttivo e 4 preferenze per i Revisori dei Conti

Attività del Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

Convegni:	7 nel 2003, 13 nel 2004 e 8 nel 2005.
Polizza Willis:	230 adesioni
Sito internet:	68.978 visitatori nell'ultimo anno (media di 189 visite al giorno) per un totale di 556.555 accessi.
Libera professione:	✓ 15 - 20 telefonate al mese (con picchi più alti nel periodo di denuncia dei redditi e pagamenti all'ENPAPI) con reperibilità il lunedì e il mercoledì dalle 16.00 alle 19.00; ✓ incontro con commercialista di colleghi liberi professionisti: 1-2 persone ogni primo lunedì del mese.
Esami infermieri non comunitari:	48 esami nel 2005
Biblioteca:	✓ 30 nuovi libri nel 2005 ✓ 15 abbonamenti a riviste scientifiche e di attualità sanitaria (alcune settimanali, altre mensili, altre trimestrali) ✓ 30 riviste dagli altri collegi IPASVI
Campagna informativa:	divulgazione di materiale informativo, sito internet e incontri nelle scuole superiori per promuovere l'immagine della professione infermieristica (in collaborazione con la Regione Veneto)
Potenziamento segreteria:	da 20 a 36 ore settimanali



COMUNICATO STAMPA DELLA SEGRETERIA PROVINCIALE NURSIND

Gentile cittadino,

oggi il personale del “San Bortolo”, radunato in assemblea dalle organizzazioni sindacali dell’ASL 6, manifesta contro il blocco delle assunzioni per le aziende sanitarie del Veneto stabilito dalla Giunta e dall’Assessore alla Sanità.

Un’iniziativa così forte non ha precedenti recenti. La situazione che si delinea è infatti particolarmente grave sia per i lavoratori che per gli utenti del Servizio Sanitario Regionale.

Per questo motivo, a tutela della TUA SALUTE e del nostro diritto a poter esercitare una professione così carica di responsabilità in sicurezza e serenità, Ti chiediamo di sostenere la nostra battaglia.

Un servizio sanitario pubblico in cui l’assistenza infermieristica viene garantita a tutti in ogni occasione, in ogni luogo - ospedale o territorio - e per tutto il tempo che ne hai bisogno - durante il ricovero e a domicilio - è un servizio che merita la difesa da ogni tentativo di disfacimento.

Oggi gli infermieri sono impegnati nelle 24 ore a prendersi cura di tutte le persone che hanno manifestato un bisogno di salute. Spesso l’infermiere è il primo professionista della salute che incontri, e quello che ti sta più vicino durante la malattia è proprio l’infermiere. La sua professionalità ti permette di guarire più in fretta e con minori complicazioni, ti aiuta a prevenire molte malattie e ti supporta nel recupero della tua autonomia. È vicino a te e alla tua famiglia perché con l’infermiere instauri una relazione particolare. Cerca sempre di motivarti e di motivarsi.

Oggi gli infermieri dell’Ospedale di Vicenza sono però particolarmente preoccupati perché non sanno se riusciranno a darti più quello che ti hanno dato nel recente passato o quello che speravi di trovare nel momento del bisogno. La prospettiva di reggere questi servizi in precarietà di risorse è al di sopra di ogni umana sopportazione.

Anche la salute degli infermieri non ha prezzo!

La nostra realtà lavorativa è fatta di tanti giorni di ferie non godute e parecchie ore di lavoro straordinario svolte. Il senso di abnegazione che finora ha permesso alla struttura sanitaria di funzionare sta cedendo sotto il peso del “riconoscimento regionale” degli sforzi che quotidianamente facciamo: il blocco delle assunzioni promulgato non permette la sostituzione del personale che va in pensione o si licenzia e del personale che va in maternità. La categoria infermieristica è composta per l’80% da donne per cui l’evento della maternità è molto frequente. Ogni maternità che si verifica nei reparti e nei servizi lascia un posto vacante che verrà coperto da chi rimane. Chi rimane ha spesso una famiglia verso la quale ha dei diritti e dei doveri. A molti di questi è chiesto un ulteriore sacrificio, visto che tutto il resto spesso è già stato sacrificato.

Siamo certi che come noi ti siamo stati vicino nel momento del bisogno così oggi la tua solidarietà sarà vicina a noi.

In fin dei conti non chiediamo di più di poter prenderci cura ancora una volta della tua salute.

Vicenza, 18 novembre 2005



PARATUS DOCERI SEMPER

di **Sonia Cappozzo**,
infermiera DH Urologia Ospedale
di Bassano del Grappa

Sono in fila all'interno del Palalottomatica di Roma e aspetto il mio turno per soddisfare uno dei bisogni "primari" della scala di Maslow. Sono molte le toilette dislocate in vari punti ma sono più di 5000 gli infermieri presenti al 14° Congresso Nazionale dell'IPASVI e le file sono lunghe, ma rispettose e silenziose. Troppo silenziose tanto

che in quell'attesa mi viene voglia di soddisfare anche uno dei bisogni "secondari" della famosa scala: socializzare.

Non tanto per nuove amicizie, ma per scambiare idee, opinioni, impressioni con le colleghe che ho davanti e dietro alla fila. La domanda per rompere il ghiaccio è "da dove venite voi?";

Domanda banale ma che aiuta e così i discorsi partono da soli. Le colleghe con cui inizio la conversazione sono di Ca-

serta, hanno più di 50 anni ed hanno iniziato la loro carriera professionale con le scuole per infermieri generici. Poi la legge è cambiata e allora hanno frequentato i 2 anni di scuola convitto per non sentirsi inferiori ai nuovi colleghi. Con il tempo però gli anni di scuola per diventare infermiere sono diventati 3, ma con inesauribile motivazione si sono rimesse in discussione e intrapreso i corsi necessari per restare alla pari con i nuovi colleghi. Adesso sono prossime alla pensione e la figura infermieristica è cambiata ancora entrando all'università. Loro non frequenteranno i nuovi corsi perché non hanno il diploma di scuola superiore ma sono comunque entusiaste per il cammino fatto negli ultimi anni e trasmettono energia e voglia di andare avanti a tutte noi che le stiamo ascoltando e che nel mondo del lavoro dovremmo starci ancora per molti anni.

In Italia negli ultimi 10 anni la figura dell'infermiere è cresciuta in modo esponenziale, la formazione ha determinato la nascita di una figura con più autonomia (messo in cantina mansionario e quella orribile definizione di "paramedico), un percorso universitario che prevede in molte università italiane l'attivazione della laurea specialistica in scienze infermieristiche e, cosa avviata negli ulti-



XIV Congresso Nazionale

Roma
20•21•22
ottobre 2005

L'INFERMIERISTICA ITALIANA IN EUROPA
INCONTRO E CONFRONTO DI OBIETTIVI E VALORI



mi mesi in alcune università, anche del dottorato di ricerca.

Il convegno al Palalottomatica poneva a confronto le realtà europee, ma dalle relazioni è emerso che non tutti i colleghi dell'Europa sono al pari livello.

Confrontando velocemente Francia, Regno Unito, Irlanda e Spagna scopriamo realtà diverse.

I colleghi in **Francia** non sono ancora riusciti ad entrare all'università e le loro scuole dipendono dal ministero della Salute. Vivono una carenza cronica di infermieri che non aiuta al cambiamento creando scarsa unione e voglia di lottare. La mancanza poi di possibilità di carriera demoralizza e smorza ogni entusiasmo. La sanità francese vive una situazione veramente difficile con una forte carenza anche di medici.

Paradossalmente invece in **Spagna** l'infermiere ha accesso all'università già dal 1977 (in Italia dal 1993) conquistando nel 1983 un'area all'interno dell'università esclusiva per scienze infermieristiche con docenti che sono esclusivamente infermieri.

Anche per loro il corso dura 3

anni ma le speranze per il futuro sono quelle di creare nuovi corsi e possibilità di carriera.

La **Croazia** dal 1991 con la conquista dell'indipendenza, si è rimboccata le maniche e ha iniziato un cammino di riforme che oggi gli permette di avere una facoltà universitaria di Nursing. Una conquista che ha creato una figura infermieristica autonoma, capace di gestire la propria formazione e di introdurre in questi mesi anche varie specializzazioni.

La **Gran Bretagna** prepara i suoi infermieri all'interno dell'università per 3 anni ma per poter poi lavorare e avere la qualifica devono svolgere un anno di tirocinio con esame finale. Non sono in situazione di emergenza infermieristica ma sono carenti nel territorio e in esubero all'interno delle strutture ospedaliere tanto da dover ricorrere alla cassa integrazione.

In tutta Europa è presente la **figura di supporto** che viene preparata in modo diverso da Stato a Stato ma in nessun caso sostituisce la figura dell'infermiere.

Tornando in **Italia**, ad oggi, l'infermiere italiano è un pro-

fessionista grazie a battaglie e sforzi non indifferenti che hanno permesso di passare da una figura "ausiliaria al medico" ad una figura professionale con un proprio di attività. Un traguardo questo che ha visto nella rappresentanza professionale infermieristica l'IPASVI un elemento chiave.

Ed è proprio questo il punto su cui dobbiamo lavorare ancora nel futuro.

In conclusione del XIV° Congresso Nazionale, la presidente Annalisa Silvestro ha lanciato una nuova e interessante sfida per il futuro:

Far entrare in tutti i luoghi chiave, per le decisioni sanitarie, l'infermiere, affinché sia l'infermiere ad agire per il futuro dell'infermiere.

Nel frattempo di questa lunga considerazione dell'infermieristica in Europa, il Palalottomatica si è svuotato e i 5000 colleghi sono tornati ai loro posti di combattimento ma con un nuovo moto nel cuore:

PARATUS DOCERI SEMPER

sempre pronti ad apprendere.



PREVENIRE è VIVERE

di **Francesca Vassallo**,
infermiera Epidemiologia
Genova

Siamo ancora culturalmente portati ad immaginare l'infermiere impegnato prevalentemente nel contatto con la malattia, "svalutando" l'importanza della sua funzione nella prevenzione e nell'educazione sanitaria.

In particolare, nella dimensione cancro occorre riflettere sui legami tra malattia e cultura e tra cultura e prevenzione.

Prevenire una malattia significa ridurre le cause che ne provocano l'insorgere e adottare stili di vita sani.

La crescente convinzione che prevenzione e diagnosi precoce siano elementi fondamentali per contrastare il rischio di forme degenerative ha determinato negli ultimi anni una maggiore attenzione a perseguire nelle intenzioni corrette abitudini di vita da parte di molte persone.

"Prevenire è vivere" sembra uno slogan pubblicitario, ma è stato ampiamente dimostrato che non fumare, non eccedere con gli alcolici, seguire una dieta ricca di fibre, evitare una eccessiva esposizione ai raggi solari e praticare attività sportiva con regolarità riduce il rischio che insorgano alcuni tipi di tumore.

La prevenzione primaria e se-

condaria devono quindi inserirsi in un contesto ampio, che riguarda la salute del singolo e della collettività, ma coinvolge anche molti campi del mondo produttivo (industria, agricoltura, ambiente), del mondo della scuola, della assistenza sociale e della tutela legale delle fasce deboli.

In particolare la questione della lotta contro il fumo è oggi un argomento centrale nella discussione sanitaria, ed implica molti approcci possibili.

Una revisione bibliografica degli studi condotti ed accreditati a livello internazionale dimostra che l'adolescenza e la giovinezza sono le fasce di età più sensibili e meglio rispondenti ad un intervento di educazione sanitaria mirato.

Le stesse fonti dimostrano che professionisti d'eccellenza per ottenere un buon risultato sono gli infermieri, i medici e gli psicologi, se operano in sinergia e ciascuno per le sue competenze.

Un progetto sperimentale, condotto nell'ambito della nostra Associazione, e basato sui dati e sulle linee guida riportate in letteratura, ha definito un progetto operativo che vede l'infermiere impiegato di-



rettamente nell'educazione sanitaria verso i ragazzi delle scuole dell'obbligo e delle scuole medie superiori.

Abbiamo verificato che, per ottenere risultati efficaci e dare una valenza concreta al progetto, è importante impiegare personale sanitario come formatore, in quanto si tratta di professionisti direttamente a contatto con gli effetti della malattia e quindi in grado di dare informazioni competenti, realistiche e supportate da esempi chiari riguardo ai danni da fumo di sigaretta e riguardo al cancro.

I requisiti necessari per essere protagonista nelle azioni di educazione sanitaria sono:

- ✓ essere agente di prevenzione autentica
- ✓ possedere una ricca professionalità specifica
- ✓ essere consapevole del ruolo di educatore
- ✓ essere consapevole dei messaggi che si trasferiscono ed essere coerente
- ✓ saper trasferire competenza agli insegnanti
- ✓ saper interagire con gli insegnanti
- ✓ saper interagire con le famiglie

L'infermiere può contribuire a creare le condizioni per una sensibilizzazione effettiva degli adolescenti e dei giovani ad abitudini di vita più sane e può essere protagonista nella realizzazione di un progetto culturale che rimuova luoghi comuni e pregiudizi nei confronti del cancro e solleciti la consapevolezza dei singoli cittadini e la responsabilità individuale a mantenere uno stato di salute e di benessere fisico.

Il progetto

È stato più volte confermata l'importanza della prevenzione del fumo in età scolare e il ruolo determinante dell'Educazione Sanitaria per contrastare il fenomeno del tabagismo. Tanto più precocemente inizia questo intervento, tanto maggiormente si ridurranno le conseguenze, i rischi di ammalare e di conseguenza il costo sociale ed economico.

È prassi comune elaborare proposte e progetti finalizzati per conseguire a questo o quel programma ma spesso la finalizzazione è più per la ricerca delle fonti di finanziamento che per realizzare concretamente degli obiettivi ben precisi.

La presentazione di questo lavoro ha lo scopo di dimostrare che è possibile fare qualcosa e che l'infermiere assume un ruolo primario e che l'attività deve essere continuata e diffusa.

Il lavoro è stato faticoso, creato dal nulla da un gruppo di persone volenterose, animate da entusiasmi ma rispettando il rigore scientifico. È questo il metodo utilizzato e applicato dagli sperimentatori. Il programma educativo svolto si è avvalso di diverse fasi:

1. **analisi del problema:** abbiamo effettuato una ricerca bibliografica dove si è appreso l'atteggiamento con il quale il problema del fumo è affrontato e proposto alla popolazione; sono stati effettuati diversi incontri con la psicologa ed il personale che lavora nel campo dell'Educazione Sanitaria per avere un confronto e decidere una linea comune da attuare.
2. **obiettivi del progetto:** far acquisire il concetto di prevenzione come realtà che prevede l'intervento del giovane in prima persona; diffondere una serie di corrette informazioni sull'importanza di una sana abitudine di vita che elimini le scelte quali quelle del fumo, altamente nocive per la salute propria ed altrui.
3. **destinatari del programma:** alunni delle scuole medie genovesi, in particolare due classi di terza media con età tra i 13 e 15 anni, composte da 27 ragazzi di cui 15 femmine e 12 maschi, in cui in una è stato applicato il programma di prevenzione, mentre l'altra ha costituito il gruppo controllo.
4. **preparazione del materiale didattico:** è stato rappresentato da opuscoli, diapositive, poster posizionati in punti strategici nella scuola per essere un richiamo sia per i ragazzi che le persone che frequentavano la scuola
5. **gruppo di lavoro:** è stato costituito da un infermiere, una psicologa e da un insegnante della classe implicata.
6. **attuazione del programma:** si sono identificate due classi A e B, è stato applicato il programma di educazione sanitaria nella classe A in differenti fasi, presentando ad ognuna un questionario per vedere se il progetto da noi applicato aveva in qualche modo sensibilizzato i ragazzi che componevano la classe.

Nella classe B, gruppo controllo, ci siamo limitati a distribuire lo stesso questionario senza dare ulteriori spiegazioni.

7. **risultati:** nella classe A nel primo rilevamento i non fumatori erano il 77,7%, mentre i fumatori il 22,3%, nel secondo rilevamento i non fumatori erano l'81,5%, mentre i fumatori il 18,5%, nel terzo ed ultimo, a distanza di 6 mesi dal primo rilevamento, i risultati erano: 85,2% non fumatori e 14,8% i fumatori

Nella classe B dove non si è realizzato il programma di Educazione Sanitaria la percentuale di fumatori è rimasta invariata: non fumatori 85,2% e fumatori 14,8%.

Dai risultati del lavoro svolto si può dedurre che in primo luogo è necessario un impegno comune di tutti coloro che, con diverse competenze, si adoperano per migliorare la qualità di vita e per tutelare la salute. Coinvolgendo le nuove generazioni si può riuscire a smitizzare il modello di sicurezza e di indipendenza legato al fumo, impegnando i giovani a partecipare attivamente ad un programma di educazione sanitaria.



Prevenzione e trattamento del linfedema nella donna mastectomizzata

di **Franca Savia**,
infermiera coordinatrice
Oncologia Ospedale di Verbania

I nuovi casi/anno di neoplasia della mammella ammontano a circa 40.000.

Gli interventi di prevenzione, la diagnosi precoce, il miglioramento delle tecniche di trattamento hanno determinato un netto incremento della sopravvivenza che si è attestata attorno al 70 - 80% ; Ne deriva la necessità, visti i risultati, di porre maggiore attenzione alle complicanze correlate, in particolar iatrogene.

Tra le maggiori complicanze vi è il linfedema, caratterizzato da un accumulo di liquido, ricco di proteine, nella cute e nei tessuti sottocutanei.

La dissezione linfonodale ascellare è la causa più frequente di linfedema secondario negli USA (Segerstrom K.SJPRSHS 1992).

L'incidenza del linfedema dopo mastectomia è variabile tra l' 8 e il 38% in relazione con la dissezione ascellare linfonodale completa e/o la radioterapia.

La gravità del linfedema è classificabile in stadi :

1° STADIO: si evidenzia con la palpazione, considerato reversibile

2° STADIO: aumento di volume, scompare con posizioni declive

3° STADIO: fibrotico non palpabile, irreversibile

4° STADIO: fase avanzata, elefantiasi, indurimento tessuto cartilagineo solcato da pieghe profonde

Obiettivo del trattamento del linfedema è di bilanciare la produzione della linfa e la capacità del suo trasporto. Tuttavia non esiste un'opzione terapeutica sicuramente e permanentemente efficace, ma è consigliato porre queste attenzioni nei confronti delle pazienti:

- ✓ Cura meticolosa della cute (per prevenire le infezioni, la comparsa di dermatite, ipercheratosi, linforrea, pachidermie)
- ✓ Riduzione del peso corporeo
- ✓ Elevazione del braccio
- ✓ Esercizi specifici
- ✓ Terapia non invasiva: MLD (1) - SLD (2) - CLT (3)
- ✓ Trattamento delle infezioni eventuali (l'edema è un buon terreno di coltura per batteri e funghi: erisipela, linfangite, micosi)



- Alla paziente va consigliato di:
- ✓ Indossare i guanti per lavare i piatti, sbrigare le faccende domestiche e eseguire attività di bricolage;
 - ✓ Accudire animali o praticare il giardinaggio indossando sempre guanti e abbigliamento a maniche lunghe onde prevenire graffi;
 - ✓ Fare uso del ditale per cucire;
 - ✓ Proteggersi adeguatamente la pelle se ci si espone al sole per evitare di scottarsi;
 - ✓ Depilarsi le ascelle con il rasoio elettrico per evitare di tagliarsi;
 - ✓ Mantenere la cute pulita e asciutta e usare quotidianamente una crema idratante per mantenerla sempre elastica;
 - ✓ Non farsi mai prelevare il sangue, rilevare la pressione o praticare l'agopuntura sull'arto interessato.
 - ✓ Evitare di stirare troppo a lungo con ferri pesanti e a vapore.
 - ✓ Evitare anche le fonti di calore troppo elevate sul braccio come forni e sabbature.
 - ✓ Portare pesi superiori alle abituali possibilità e per lungo tempo.

Trattamento del linfedema con tecniche non invasive

LDM (1) Linfodrenaggio Manuale

È un massaggio che coinvolge solamente gli strati superiori della cute senza interessare la massa muscolare, eseguito seguendo la direzione del flusso dei linfatici verso i linfonodi residui per stimolare la nascita spontanea di vie linfatiche alternative.

Le manovre sono caratteriz-

zate da :

- ✓ pressione statica (non scivolamento)
- ✓ ritmo lento e non devono :
- ✓ essere dolorose,
- ✓ causare vasodilatazione perché ad essa consegue aumento del linfedema (maggior apporto proteico)

Il metodo Vodder

Il metodo consiste nel forzare, con lievi pressioni graduali, i tessuti a svuotarsi dai liquidi ed i vasi linfatici residui ad accelerarne il riassorbimento. Inoltre serve a ridurre la rigidità del tessuto fibroso nei casi avanzati di linfedema.

L'effetto generale è una diminuzione del dolore e un rilassamento muscolare.

I movimenti utilizzati non somigliano affatto a quelli tipici del massaggio. Non si tratta di spremere o tirare violentemente la muscolatura, ma solamente di agire sul sistema linfatico che si trova proprio sotto la pelle. Per questo i tessuti vengono tirati leggermente dalle dita del fisioterapista e poi schiacciati con pressioni che variano secondo la

rigidità del braccio, ma che sono sempre abbastanza lievi.

SLD (2) (self LD)

Forma di linfodrenaggio più semplice, che segue la stessa impostazione del MLD.

Richiede manovre meno complesse che non interessano direttamente i linfonodi e le zone trattate chirurgicamente, può essere insegnato alle pazienti ed è indicato da molti esperti come gestione "in proprio" del linfedema.

Il metodo LEDUC

Consiste in un linfodrenaggio manuale associato a pressoterapia e a bendaggi contenitivi.

La pressoterapia è una tecnica che utilizza manicotti gonfiabili, che si espandono gradualmente e spremono il braccio gonfio.

Vengono applicati prima del linfodrenaggio vero e proprio, che interviene successivamente a convogliare il liquido verso i vasi linfatici.

Per mantenere i risultati ottenuti, la scuola di Leduc consiglia di bendare il braccio, ma non molto stretto.

La fasciatura dovrebbe essere leggermente più stretta vicino alla



mano e più lassa a mano a mano che sale verso l'ascella.

CLT (3) Complex Lymphedema Therapy

Facilita il drenaggio linfatico per reclutamento di vasi collaterali in modo che l'area linfedematosa possa essere drenata nel sistema linfatico normofunzionante.

Questa procedura ha documentato efficacia terapeutica nei pazienti che l'hanno praticata con attenzione (Ko DS arch surg 1998 - Szuba A. Am jmed 2000).

Consiste in :

- ✓ Lifodrenaggio manuale
- ✓ Bendaggi compressivi
- ✓ Esercizi

Liposuzione

Questa metodica è stata utilizzata da sola o in associazione con la terapia compressiva.

È stata fatta una distinzione tra la presenza di edema fluido e l'aumentato deposito di grasso caratteristico dei pz con linfedema cronico.

Per la prima condizione sono da utilizzare metodi conservativi, per la seconda la liposuzione (Brorson H Acta Oncol 2000).

Crioterapia

Zang ha riportato risultati positivi trattando con ipotermia locale (abbassando la temperatura cutanea di 6-7 ° C per 1 ora per 20 gg), più bendaggio compressivo, con riduzione dell'edema in 2/3 dei pz e riduzione di 6 volte dei casi di cellulite.

L'infermiere e la prevenzione

Ai fini prognostici e terapeutici risulta importantissima la prevenzione e la diagnosi precoce. Questi interventi necessitano di un programma completo di educazione sanitaria svolto dall'Infermiere in collaborazione con tutta l'équipe oncologica

A tal scopo è stato effettuato uno studio su donne affette da cancro alla mammella sottoposte a intervento chirurgico di quadrantectomia o mastectomia con svuotamento parziale o totale del cavo ascellare, in associazione, o meno, a trattamento radioterapico per:

La valutazione dell'efficacia di informazioni fornite dall'infermiere in merito alla prevenzione del linfedema post-mastectomia.

L'analisi è stata effettuata mediante campionamento casuale nelle unità operative oncologiche del Piemonte nord-orientale"

Nello studio sono state incluse 35 pazienti:

- ✓ 25 di queste hanno affermato di aver ricevuto informazioni sul linfedema,
- ✓ 10 non hanno avuto informazioni.
- Delle 25 pazienti che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione,
 - ✓ 18 le hanno ricevute dall'Infermiere, (di cui 12 mediante colloquio informale e 6 con colloquio appositamente intrapreso),
 - ✓ 7 da altre fonti.

Delle 25 pazienti informate sul linfedema, 16 hanno avuto informazioni relative al lifodrenaggio manuale (LDM), 9 nessuna informazione.

Delle 25 pazienti informate sul linfedema solamente 11 sono state messe in contatto con l'U.O.A. di Fisioterapia, ma solo a 2 (delle 11) è stato proposto il LDM preventivo.

Tra le 35 pazienti incluse nello studio, 18 hanno manifestato il linfedema.

Delle 35 pazienti incluse nello studio, 27 avrebbero gradito più informazioni dall'Infermiere, mentre per 8 tale aspetto era di scarso rilievo.

Conclusioni

Le conclusioni che si possono trarre dallo studio presentato sono le seguenti :

- ✓ Carezza di informazioni alle pazienti da parte degli Infermieri nei confronti del linfedema ed sulle tecniche di prevenzione e di trattamento
- ✓ Assenza di un programma educativo strutturato.

Diventa necessario implementare il programma di educazione sanitaria alle donne mastectomizzate per la prevenzione primaria e secondaria del linfedema. Nelle realtà Oncologiche piemontesi del Verbano – Cusio – Ossola, consci del problema, ci si è attivati, a supporto dell'informazione verbale svolta dall'infermiere, per elaborare un opuscolo informativo diretto alle pazienti. Tale strumento, realizzato in collaborazione con il servizio di Fisioterapia Rieducazione Funzionale, è attualmente in fase in sperimentazione.

Questa vuol essere una nuova base di partenza per migliorare il servizio, la qualità di vita delle pazienti e l'assistenza infermieristica.



il DOLORE come 5° parametro vitale

di **Simona Bertinelli, Rosanna Carpi e Donatella Sartori**,
infermiere Oncologia Ospedale di
Parma

A Napoli lo scorso Ottobre in occasione del Congresso Nazionale "Associazione Italiana Oncologia Medica" si sono riunite oncologie di tutta Italia ed eravamo presenti anche noi infermieri dell'oncologia di Parma a raccontare la nostra esperienza.

Da circa un anno abbiamo istituito un gruppo di lavoro prettamente infermieristico per avviare uno studio, all'interno della nostra unità operativa, che si ponesse lo scopo di monitorare e migliorare l'andamento del dolore durante il ricovero del paziente. Il periodo di osservazione preso in esame è di 1 anno, dal 1° Aprile 2004 al 31 marzo 2005. Abbiamo analizzato tutti i ricoveri dei pazienti afferiti alla nostra u.o. valutando l'andamento del dolore dall'ingresso alla dimissione.

Gli strumenti che abbiamo utilizzato per il monitoraggio del dolore sono:

1. scheda d'ingresso con la quale rileviamo l'intensità di dolore avvertita dal paziente nella settimana antecedente il ricovero;
2. scheda di rilevazione giornaliera tramite la quale l'infermiere

rileva il dolore bi-giornalmente ad orari fissi ed in extemporanea nel momento in cui il paziente riferisce dolore;

3. utilizzo della scala numerica tarata da 0 a 10 di più facile gestione e comprensione.

I dati emersi: su 319 ricoveri di pazienti con dolore, 137 risultano avvertire un dolore moderato-severo (\geq), quindi importante; l'età media è risultata di 66 anni, i tumori più rappresentativi quello al polmone e quello alla mammella.

Dati statisticamente significativi sono stati ottenuti analizzando tramite una valutazione globale la variazione del dolore dall'ingresso alla dimissione, sottolineandone un'importante riduzione.

Andando ad analizzare esclusivamente il dolore moderato-severo, è vero che i risultati evidenziano una netta riduzione dall'ingresso all'uscita, ma è anche vero che, ben il 20% dei pazienti viene dimesso con un dolore ancora importante.

Questo dato ci fa ipotizzare che, in questa fascia di intensità, il dolore venga sottovalutato pur essendo un dolore significativo. Questa rile-



rilevazione ha fatto scaturire in noi lo stimolo per andare ad analizzare in futuro questo risultato cercando di diminuirne la percentuale.

Lo studio ha favorito il lavoro di equipe tra medici –infermieri –pazienti, rendendo il paziente stesso protagonista.

Tra le difficoltà incontrate: divergenze di opinione tra il personale infermieristico e i pazienti non sempre disponibili ad accogliere questa nuova metodica di rilevazione.

Concludiamo dicendo che il dolore è un sintomo frequente e rilevante nel paziente oncologico e ben il 43% di essi risulta avere un dolore medio -severo. Possiamo dire che nella nostra u.o. dallo studio effettuato è risultata una buona percentuale di controllo del dolore, dimostrando la fattibilità di questo progetto.

Il nostro obiettivo è quello di introdurre il dolore come 5° parametro vitale all'interno della grafica di reparto, con lo scopo di "dare voce" al dolore; obiettivo raggiunto: la grafica è in uso dal 09.11.05.

Per il futuro ci proponiamo di organizzare incontri periodici di équipe per una migliore gestione del dolore, di realizzare un opuscolo informativo da consegnare al paziente all'ingresso e di proporci come gruppo formatore all'interno delle altre unità operative con lo scopo di sensibilizzare sul dolore.

Convocazioni del Consiglio Direttivo

42° CONVOCAZIONE: 21/09/2005

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bortoli Romina, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bottega Andrea, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Simonetto Monica.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 29/06/05; 2) si esaminano le domande degli iscritti (6 iscrizioni e 0 cancellazioni); 3) analisi del progetto regionale di personalizzazione degli interventi assistenziali; 4) si discute la proposta di partecipare all'organizzazione di un corso sul paziente psichiatrico; 6) si discute la proposta di partecipare al 3° convegno nazionale sulla integrazione OSS-OSSS e infermieri.

43° CONVOCAZIONE: 13/10/2005

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Simonetto Monica.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Sarzo Paola.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 21/09/05; 2) si esaminano le domande degli iscritti (7 iscrizioni e 9 cancellazioni); 3) si organizza l'assemblea annuale del 2006 per il rinnovo del Consiglio Direttivo; 4) si discute la richiesta delle linee guida sull'OSS presentata dall'ufficio infermieristico dell'ULSS 3 di Bassano; 5) si discute l'opportunità di costituirsi parte civile in una controversia; 6) dopo aver confrontato alcuni preventivi di spesa si delibera l'acquisto di materiale di segreteria; 7) si discute se attivare la procedura proposta dalla FNC per il recupero delle quote dei morosi.

44° CONVOCAZIONE: 15/11/2005

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Simonetto Monica.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Fanin Filippo, Ramon Nadia.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 13/10/05; 2) si esaminano le domande degli iscritti (5 iscrizioni e 9 cancellazioni); 3) si discute quali iniziative proporre o appoggiare per contrastare la delibera regionale 31/44; 4) si analizza l'esito del corso sulla didattica frontale e gli interventi formativi proposti sulle linee guida degli OSS-OSSS; 6) si analizza la bozza del bilancio preventivo per il 2006; 7) si discute la proposta di un iscritto di fare degli interventi formativi di pronto soccorso presso alcune classi delle scuole medie; 8) si discute e si delibera la donazione ad una parrocchia di un PC smesso dalla segreteria del collegio.

45° CONVOCAZIONE: 7/12/2005

SONO PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Gaetana Pagiusco, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Simonetto Monica.

ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Bottega Andrea, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Sarzo Paola.

O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio 15/11/05; 2) si esaminano le domande degli iscritti (48 iscrizioni e 0 cancellazioni); 3) si discutono e analizzano i risultati dei progetti obiettivo fissati per il 2005; 4) si presenta il progetto Copernico relativo all'analisi e alla progettazione di una nuova organizzazione assistenziale da proporre ai dirigenti dei servizi infermieristici.



Rapporto medico-paziente quale "stato di salute"?

di **Mariarita Barberis**
Sociologa

Il rapporto tra medico e paziente sta diventando sempre più difficile: la gente spesso si lamenta di essere trattata con distacco, superficialità da chi è deputato alla cura della salute. Un'insoddisfazione crescente sostenuta anche dal fatto che oggi la figura del paziente è mutata passando da oggetto passivo, quale era, a soggetto attivo che non si affida più passivamente alle cure, ma partecipa al processo decisionale. Questi contrasti relazionali lasciano presupporre che il progresso tecnologico-scientifico, pur avendo favorito la diagnosi e la terapia di molte malattie, si scontra con l'involuzione del rapporto interpersonale tra medico-paziente e la perdita dell'ammalato della sua individualità e connotazione umana.

Ci si chiede quindi se nell'attuale conduzione burocratica dell'assistenza sanitaria è effettivo il rischio di favorire il distacco e l'assenza del dialogo del medico dal malato e viceversa?

IL PARERE DI UN ESPERTO

Al riguardo, può assumere un interessante spunto riflessivo il parere espresso da un autorevole esperto quale è il Prof. Bolis Pierfrancesco - Direttore Clinica Ostetricia e Ginecologia Università degli Studi dell'Insubria Varese, cui sono state sottoposte le seguenti domande:

Domanda

Diciotto secondi è il tempo, stimato da uno studio europeo, che intercorre tra l'inizio del racconto del paziente e il primo intervento del medico. Dieci, venti minuti è il tempo che, secondo l'ex ministro della Sanità Umberto Veronesi, bisognerebbe dedicare a un paziente oltre alla visita.

In questo lasso di tempo passa la palese difficoltà nella relazione medico-paziente, che oggi viene denunciata da entrambe le categorie. Una difficoltà che riguarda in particolare la comunicazione, il dialogo.

I medici a loro discolpa affermano di avere poco tempo e in quel poco tempo di voler scovare la malattia e se possibile scovare una cura. Dall'altra parte i pazienti si lamentano perché oltre a ciò vorrebbero essere considerati anche come persona e non solo come un "caso da esaminare".

Prof. Bolis è plausibile secondo Lei un punto di contatto per rendere la relazione medico-paziente meno impersonale e più interpersonale?

Risposta

Non è solo plausibile, ma doveroso che la relazione medico-paziente sia meno impersonale e più interpersonale. Il "patto terapeutico" non può prescindere dalla conoscenza del Singolo Paziente che pur portatore di una patologia

"Una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura".

(Dr. Francis Peabody - XIX sec.)



sovrapponibile a quella di altri pazienti vive la propria malattia con ansia, aspettative, illusioni/negazioni che sono sue peculiari.

Ciò comporta per il medico mettere in gioco non solo il suo sapere (possesso di conoscenze tecniche aggiornate) o il suo saper fare (possesso di abilità tecniche) ma soprattutto il suo saper essere (possesso di capacità comunicative e relazionali).

Domanda

Tempo fa, la relazione medico-paziente era basata su un modello di tipo paternalistico, in cui il medico si assumeva completamente le responsabilità delle scelte e delle decisioni nel processo terapeutico per il bene del paziente.

Oggi nell'attuale conduzione burocratica dell'assistenza sanitaria vi è un'evoluzione verso diversi modelli relazionali, che hanno perduto le qualità essenziali del rapporto tradizionale.

Si tratta fondamentalmente del modello giurista, attento soprattutto alle problematiche di ordine medico-legale.

Secondo Lei quali sono i punti di forza e quali i punti critici tra i due tipi di modelli ?

Risposta

Il modello di tipo paternalistico nella relazione medico-paziente non può più esistere in quanto il "Consenso informato" costituisce un principio indiscusso della giurisprudenza.

Esso è un diritto per il paziente ed è un dovere (anche deontologico) per il medico rappresentando il presupposto essenziale alla liceità dell'atto medico chirurgico.

Purtroppo si stanno diffondendo Consensi Informati "standard" o predefiniti per diverse patologie (e non per diversi pazienti) con lo scopo di rendere più snelle e rapide le procedure di raccolta e nel contempo di garantire una condivisa completezza di informazione.

Questi consensi predefiniti "dicono" la verità, ma possono non "co-

municare" la verità al Singolo Paziente, come è dovere del medico.

Dire e comunicare sono due termini spesso utilizzati nel lessico comune come sinonimi; ma in realtà sottendono due atteggiamenti differenti: la "comunicazione" assume infatti la connotazione di "mettere in comune", "far partecipi ed essere partecipi di".

Il consenso informato non deve essere quindi inteso come obbligo di ordine medico legale, ma come mezzo per instaurare una relazione, un incontro non solo fisico ma anche fenomenologico con il Paziente.

Domanda

Saper ascoltare, saper farsi "reettore" di tutto ciò che un paziente "porta", saper essere "neutro", privo di pregiudizi nei confronti del paziente, saper "comunicare".

Secondo Lei il progresso tecnologico-scientifico medico, che ha favorito enormemente la medicina rendendo più agevole sia la diagnosi che la terapia di molte malattie, ha favorito anche lo sviluppo di questi "saperi" o ha portato il distacco del medico dal malato?

Risposta

Il progresso tecnologico può rischiare di distaccare il medico dalla persona paziente e di farlo concentrare solo su una TAC o una ecografia.

Un tempo in assenza di tecniche di "imaging" sofisticate come quelle attuali, il medico doveva

fare un'anamnesi minuziosa e questa favoriva la comunicazione.

Tuttavia se il comportamento medico si attiene a quello delineato nelle prime due risposte il rischio non dovrebbe esserci.

Domanda

Oggi la medicina volge un occhio di riguardo alla prevenzione della salute, sia per salvaguardare il benessere psico-fisico dei cittadini e sia perché in questo modo si tende anche a limitare la spesa sanitaria, alquanto onerosa.

L'uso consapevole della relazione tra medico ed assistito oltre ad un atto di cura, rappresenta indubbiamente un terreno fertile per potenziare le misure di educazione sanitaria, incoraggiando le persone ad assumere condotte di vita più salutari.

Non pensa che lo "sforzo" comunicativo da parte del medico sia pertanto un atto dovuto e responsabile nei riguardi del singolo assistito e, più in generale, dell'intera popolazione, considerato l'altissimo ritorno a livello sociale ed economico che ne deriva?

Risposta

La prevenzione della salute è compito del medico tanto quanto la cura della malattia. I consigli sullo stile di vita (alimentazione innanzitutto) hanno ricadute fondamentali sulla prevenzione di neoplasie, sulla limitazione di patologie degenerative (ad esempio osteoporosi, malattie vascolari) e sul miglio-



ramento della salute delle future generazioni (alcune patologie del bambino e dell'adulto hanno la loro prima causa in utero).

Domanda

L'uso ripetuto e ormai abituale di termini come: azienda al posto di ospedale, cliente al posto di ammalato, operatore sanitario invece che medico o infermiere, stanno sempre più influenzando l'immaginario collettivo.

Secondo Lei ciò potrebbero indurre, al di là delle migliori intenzioni, ad una visione sempre più tecnologica, e quindi materialistica, della funzione sanitaria?

Risposta

L'aziendalizzazione" degli Ospedali ha il grosso merito di avere razionalizzato la degenza e la cura: Si sono diffusi interventi minivasivi che consentono un minor trauma chirurgico una degenza più breve con rapida ripresa fisica e lavorativa.

Il rischio potrebbe essere quello di una valutazione eccessivamente "economica" della malattia: un aumento di interventi "molto

remunerativi" anche quando non strettamente necessari per il paziente; rifiuto di interventi necessari, perché troppo costosi. Non ritengo tuttavia che questo rischio potenziale sia reale in Italia.

Domanda

L'emancipazione femminile è oggi un fenomeno in costante sviluppo che ha segnato dei forti cambiamenti in differenti contesti. Qual è l'approccio che la donna del terzo millennio ha con il Ginecologo?

Risposta

La donna del terzo millennio non si rivolge più al ginecologo solo in caso di gravidanza o di malattia.

È molto attenta alla prevenzione della sua salute fisica, riproduttiva, sessuale; sollecita consigli sullo stile di vita e alimentari; programma il "timing" della gravidanza nelle migliori condizioni fisiche e psicologiche quasi pensasse, come Socrate, che "non il vivere è da tenere nel massimo conto, ma il vivere bene".

Conclusione

Un ringraziamento sincero al Prof. Bolis Pierfrancesco per la Sua squisita disponibilità e per il prezioso contributo che ha saputo dare su una tematica delicata, come quella affrontata, che richiama in auge il vissuto del paziente nell'incontro con il mondo della sanità.

Concludendo, alla luce delle considerazioni espresse dal prof. Bolis, frutto di una consolidata esperienza clinica e tenuto conto che la medicina è un work in progress, è del tutto appropriato affermare che il rapporto medico-paziente deve evolversi in sintonia con il progresso scientifico senza disumanizzare la medicina e tantomeno inaridire le caratteristiche peculiari del rapporto umano tra persone.

È importante per il medico saper farsi da "recettore" del background emotivo- affettivo-corporeo-sociale di un paziente e nel contempo saper essere "neutro" e privo di pregiudizi. Professionalità, dialogo, disponibilità e semplicità sono in sintesi alcune tra le più importanti e preziose doti che rendono autorevole la figura del medico.

“La Medicina è un insieme armonico di tecnologia medica e antropologia medica, dove accanto all'applicazione delle scienze di base deve sussistere, con pari dignità, il rapporto interumano tra medico e paziente: un rapporto di dualità che diventa pluralità coinvolgendo medico, paziente e società”.

(Stagnaro S., Vecchio e Nuovo nella Scienza. Tempo medico. 315,16,67, 1989)

recensione

Collegio IPASVI Milano-Lodi

ESSERE INFERMIERI IN ITALIA: guida all'esercizio della professione per infermieri non comunitari

Ed. MACGRAW-HILL - 2005, pagg. 225, 22€

Durante le pause del Congresso Nazionale IPASVI 2005, nel mese di ottobre, aggirandomi fra i numerosi stand (utile passatempo che mi ricorda l'allegro e colorato caos del mercato), ho scoperto questo testo appena pubblicato a cura del Collegio interprovinciale Milano-Lodi. Da qualche anno seguo, come consigliere IPASVI, le attività necessarie all'iscrizione all'Albo degli infermieri non comunitari; la pubblicazione di questo testo è un'assoluta novità in un campo ancora "inesplorato" (sinora esistevano solo le guide autoprodotte dalla buona volontà dei vari collegi) ed offre finalmente l'opportunità ai colleghi stranieri di

consultare uno strumento agile ma completo sulle principali disposizioni di legge che regolamentano la professione in Italia.

In un periodo di forte carenza infermieristica, vera emergenza per chi la vive quotidianamente, il fenomeno dell'immigrazione sta diventando sempre più pressante e molti sono gli infermieri che cercano nel nostro paese uno sbocco professionale attinente al percorso formativo intrapreso, non privo spesso di difficoltà e fenomeni che rasentano lo sfruttamento. Condivido la scelta del Collegio lombardo di proporre a questi colleghi un manuale per facilitare il superamento della prova d'esame volta all'iscrizione all'Albo, permettendo una verifica delle conoscenze professionali e linguistiche, favorendo quindi l'integrazione graduale nell'equipe multiprofessionale, a tutela della salute del cittadino.

Numerosi sono i temi affrontati, fra i quali:
✓ lo studio della lingua italiana per l'esercizio della professione, con esempi di prove d'esame (queste ultime possono essere diverse a seconda del collegio in cui si svolgerà l'esame stesso); questa parte può

essere utile, nei colleghi in cui viene attivata la formazione, anche ai docenti;

- ✓ il Servizio Sanitario Nazionale italiano;
- ✓ l'infermiere in Italia, le norme relative all'esercizio professionale, la responsabilità, la documentazione infermieristica;
- ✓ ingresso e soggiorno del cittadino non comunitario.

Interessante, alla fine, il glossario di termini medici ed infermieristici, utile ad acquisire il linguaggio tecnico semplice e comprensibile anche attraverso la presentazione di frasi esemplificative, da arricchire poi attraverso lo studio, il lavoro, il confronto con gli altri.

Se alle informazioni contenute nella Guida aggiungeremo la volontà e la capacità di accogliere i nostri colleghi non comunitari, potremo forse affrontare insieme, senza subire, le difficoltà di questo duro periodo di carenza infermieristica. Congratulazioni quindi al collega per aver immesso nel panorama editoriale il contributo di un infermiere italiano al dibattito etico.

Recensione a cura di Paola Sarzo.



Bassano Del Grappa (VI) - 28 gennaio 2005

ASL 3 Bassano DG e Società Italiana di Nursing
UNA COMUNICAZIONE EFFICACE PER I
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE
5 crediti ECM per tutte le professioni

Per informazioni e iscrizioni:

Edizioni MAXIMUS

Tel. **0444 624070** (lun-ven 8.00-12.00) - www.ecm-online.org

Montecchio Maggiore (VI) - 25 gennaio 2006

Società Italiana di Nursing
BLS D
BASIC LIFE SUPPORT
& EARLY DEFIBRILLATION
9 crediti ECM per tutte le professioni

Per informazioni e iscrizioni:

Edizioni MAXIMUS

Tel. **0444 624070** (lun-ven 8.00-12.00) - www.ecm-online.org

Vicenza - 4 febbraio 2006

Società Italiana di Nursing
CORSO TEORICO PRATICO
DI CATETERISMO VESCICALE MASCHILE
CON USO DI SIMULATORE
8 crediti ECM per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:

Edizioni MAXIMUS

Tel. **0444 624070** (lun-ven 8.00-12.00) - www.ecm-online.org

Gazzo padovano (PD) - 16-17 febbraio 2006

Fondazione per l'incremento dei trapianti d'organo
IL DONATORE DI ORGANI: CLINICA,
ASSISTENZA E COMUNICAZIONE IN
TERAPIA INTENSIVA
16 crediti ECM per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:

F.I.T.O. onlus

Tel. **049 8763392** - email fito@fito.it

Padova - 1-2 febbraio 2006

Formazione in Agorà
METODOLOGIA DELLA RICERCA
INFERMIERISTICA: CORSO BASE
13 crediti ECM per infermieri

Per informazioni e iscrizioni:

Formazione in Agorà

Tel. **049 8703457** - email formazioneinagora@virgilio.it

informazioni di segreteria

Negli orari di apertura al pubblico del Collegio la segreteria amministrativa 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 (in questo caso è necessario allegare un francobollo o una 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

Ogni primo lunedì del mese presso i nostri uffici, dalle ore 15,00 alle ore 17,00 (previo appuntamento) è disponibile lo sportello libera professione con la consulenza della Sig.ra Elena Vanzo, infermiera libero professionista. Per appuntamento contattare il Collegio.

Biblioteca

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

Collegio IPASVI di Vicenza

v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza

tel./fax: 0444 30 33 13

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it



Sabato 14 gennaio 2006 a Vicenza presso l'aula magna della Scuola per Operatori Sanitari
in occasione dell'ASSEMBLEA ANNUALE, il Collegio IPASVI di Vicenza offre ai propri iscritti un
INCONTRO DI AGGIORNAMENTO sul tema:

“ L'infermiere e le cure complementari ”

Si stima che metà della popolazione dei paesi industrializzati ricorre regolarmente ad approcci sanitari complementari. Alcune tecniche quali la riflessologia plantare, il tocco terapeutico, il massaggio shiatzu, ecc, sono parte del repertorio infermieristico.

Docenti:

- ✓ **Giovanni Valerio**, assistente sanitario, membro del Comitato Centrale della federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.
- ✓ **Mauro Polverino**, infermiere libero professionista, osteopata.

Crediti ECM:

È stato richiesto l'accreditamento ECM per le prime 120 iscrizioni che perverranno alla segreteria organizzativa.

Programma:

- 8,30 Registrazione dei partecipanti
- 8,45 Presentazione del corso
- 9,00 Infermieristica e cure complementari
- 9,30 Le cure complementari nel panorama italiano ed europeo
- 10,15 Coffee break
- 10,45 L'infermiere e la formazione nell'ambito delle cure complementari
- 11,15 Esperienze sul campo.
- 12,45 Dibattito
- 13,15 Conclusione
- 13,45 Verifica dell'apprendimento con questionario

Iscrizione:

- ✓ inviare il presente modulo di iscrizione (via e-mail o fax) a:

Edizioni MAXIMUS
telefono: **0444 624070**
(attivo dal lun. al ven. dalle 8.00 alle 12.00)
fax: **0444 809825** (attivo 24h)
e-mail: **corsiecm@edizionimaximus.com**

- ✓ in **alternativa** è possibile (e consigliabile) compilare il modulo on-line all'indirizzo:
www.ecm-online.org
- ✓ nel modulo di iscrizione, sia cartaceo che on-line, oltre al **Cognome e Nome** deve essere compilato obbligatoriamente e in modo chiaro anche l'**indirizzo** postale, il **codice fiscale** e la **professione**.

Le schede che deficiavano di queste informazioni non saranno considerate valide ai fini dell'attribuzione dei crediti ECM;

- ✓ al fine di poter comunicare eventuali variazioni relative al corso a cui ci si iscrive, è utile inserire anche un contatto telefonico e/o e-mail valido.

Conferma dell'avvenuta iscrizione:

- ✓ per chi si iscrive on-line all'indirizzo **www.ecm-online.org** la conferma è automatica, in quanto al raggiungimento dei posti disponibili il modulo di iscrizione on-line scomparirà dal web;
- ✓ per chi si iscrive inviando il presente modulo via fax o e-mail, è necessario chiamare il numero 0444 624070 per avere conferma dell'avvenuta iscrizione.

L'iscrizione al corso è **GRATUITA e RISERVATA agli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza.**

DATI CORSO

Iscrizione al corso:

L'INFERMIERE E LE CURE COMPLEMENTARI - Vicenza 14 gennaio 2006

DATI PARTECIPANTE

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Professione

Via

CAP

Città

Telefono

E-mail

Data _____

Firma _____



Ai sensi del DLgs. 196/2003, autorizzo Edizioni MAXIMUS al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno. **Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.**