

INFERMIERI *informati* notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza



Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - Tel./Fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
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

ISSN: 1721-2456

Anno X - Numero 3
SETTEMBRE-DICEMBRE 2009



EDITORIALE

Lo sviluppo della professione infermieristica mette in crisi il sistema sanitario?

A PAG. 3

INIZIATIVE

Il Direttivo del Collegio Ipasvi di Vicenza si presenta

A PAG. 4

INIZIATIVE

La Biblioteca biomedica dell'U.L.S.S. n. 6 "Vicenza" accessibile agli iscritti Ipasvi. Siglato l'accordo.

A PAG. 18

FORMAZIONE

I corsi di formazione ECM del Collegio Ipasvi di Vicenza. II° semestre 2009 e proposte 2010

A PAG. 22

TESTIMONIANZE

In ricordo dell'infermiera Cristina Castagna scomparsa lo scorso 18 luglio

A PAG. 27

Infermieriinformati

ISSN 1721-2456

Quadrimestrale, anno X – numero 3

Direttore responsabile

Fanchin Gianmaria

Redazione

Storti Matteo, Dal Degan Sonia, Pegoraro Federico
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile editoriale

Collegio IPASVI di Vicenza
Viale Trieste 29/c – 36100 Vicenza
Tel./Fax 0444 303313
E-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Progetto grafico

ErgonProject – Vicenza
edizioni@ergonproject.it - www.ergonproject.it

Stampa

Grafiche Simonato Snc - Fara Vic.no (VI)

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.

Foto:

Archivio Collegio Ipasvi di Vicenza e Gianmaria Fanchin

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 rispettando i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nomi 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 dei 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 - 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

Infermieriinformati
SOMMARIO

LO SVILUPPO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA METTE IN CRISI IL SISTEMA SANITARIO?	3	LA BIBLIOTECA BIOMEDICA DELL'U.L.S.S. N. 6 "VICENZA" È ACCESSIBILE AGLI ISCRITTI IPASVI	18
IL DIRETTIVO DEL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA SI PRESENTA	4	CULTURA E (È) SALUTE IL CORSO DI FORMAZIONE	20
STRATEGIE PER UNA ALIMENTAZIONE EFFICACE NEI BAMBINI CON LABIOPALATOSCHISI ED EDUCAZIONE DEI LORO GENITORI	7	L'OPERATORE SANITARIO CENTRATO SULLA PERSONA	22
UNA NUOVA STRATEGIA COMUNICATIVA PER I FAMILIARI DEI PAZIENTI DECEDUTI IN TERAPIA INTENSIVA	12	I CORSI DI FORMAZIONE ECM DEL COLLEGIO IPASVI. II° SEMESTRE 2009 E PROPOSTE 2010	24
ANSIA, DEPRESSIONE, UMORE, STILI DI VITA: IL PAZIENTE CON CARDIOPATIA ISCHEMICA IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO	15	LO SCORSO 18 LUGLIO È SCOMPARSA LA NOSTRA COLLEGA CRISTINA	27
		ATTIVITÀ FORMATIVE LA SCHEDA DI ISCRIZIONE	28



Lo sviluppo della professione infermieristica mette in crisi il sistema sanitario?

Grazie ai risultati fin qui conseguiti su tanti fronti, deontologico, legislativo, formativo, dell'autonomia, della esclusività delle nostre competenze, la professione infermieristica ha oggi un volto nuovo e nuove prospettive. Per la professione si aprono diverse opportunità di carriera nei campi specifici dell'organizzazione, della dirigenza, della ricerca e una formazione universitaria completa e con pari opportunità di accesso per tutti gli infermieri.

In questi anni abbiamo raggiunto traguardi davvero significativi come la docenza universitaria, la dirigenza, la qualifica di dirigente del ruolo sanitario.

Ma dal sistema universitario arriva la richiesta di trasformazione delle nostre Università per avviare una profonda razionalizzazione dell'offerta formativa. Un percorso di razionalizzazione che prevede la revisione dei Settori scientifico-disciplinari (Ssd), cosa che potrebbe anche portare all'accorpamento di alcuni e alla soppressione di altri.

Pur nella necessità di avviare una riforma per ridurre gli sprechi e una miriade di corsi poco rilevanti per il mercato del lavoro o che poco incidono sulla necessaria crescita scientifica e culturale del Paese, assume un forte dissenso l'ipotesi ventilata di sopprimere l'unico Settore scientifico-disciplinare infermieristico. Il nostro Settore scientifico-disciplinare Med 45 (Infermieristica generale clinica e pediatrica).

L'ipotesi che questo settore "infermieristico" verrebbe accorpato in un'area costituita da branche mediche oppure in una specie di area "tecnica" vedrebbe al suo interno una miscelanea indistinta costituita da tutte le professioni sanitarie definite dalla legge 251/00

Entrambe le ipotesi sono inaccettabili. In questo modo verrebbe annullata la formazione disciplinare specifica dell'infermiere e verrebbe sminuito il contributo autonomo e insostituibile del mondo infermieristico nei processi di assistenza.

Il criterio che pare sottendere all'ipotesi ventilata pare essere unicamente quello del numero di professori appartenenti ad ogni Ssd. È evidente che se così fosse, la Disciplina infermieristica sarebbe fortemente e ingiustamente penalizzata in quanto il nostro inserimento nel mondo universitario è recente ma soprattutto per l'enorme difficoltà, per gli infermieri italiani, di essere arruolati come professori Ordinari, Associati e di Ricercatori. *Chi garantirà la formazione per oltre 45.000 studenti iscritti al Corso di laurea in Infermieristica?*

Il nostro convinto pensiero è già stato presentato, e con forza, al Ministro del Miur On. Maria Stella Gelmini, al Vice Ministro della Sanità On. Ferruccio Fazio, al Presidente del Consiglio Universitario Nazionale (Cun) prof. Andrea Lenzi con il sostegno convinto dei Presidenti dei Collegi Ipasvi, dei Presidenti delle Associazioni infermieristiche, dei nostri Professori in Infermieristica, dei Coordinatori dei Corsi di laurea e dei nostri Dirigenti.

Non accetteremo di essere ricacciati in un passato che pensavamo di aver abbandonato per sempre. Vogliamo credere in una risposta positiva delle nostre Istituzioni... ma se così non fosse - riprenderemo a camminare insieme, come già abbiamo fatto, per mantenere aperta la strada del futuro alla nostra professione.

La Presidente della Federazione nazionale dei Collegi degli Infermieri (Ipasvi), la Vicepresidente della Società Italiana delle Scienze Infermieristiche e alcuni Professori e Ricercatori nelle Scienze infermieristiche hanno incontrato a Firenze il Prof. Gensini Gianfranco, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo fiorentino.

All'ordine del giorno dell'incontro che si è svolto in un clima di franco e costruttivo confronto, l'analisi di quanto il Consiglio Universitario Nazionale (CUN) starebbe definendo per dare riscontro a quanto previsto nel Decreto legge 180 di riforma dell'Università.

Nettamente contraria all'ipotesi del CUN di sopprimere il settore scientifico disciplinare "Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche", la totalità dei presenti che hanno chiesto al Preside Gensini di farsi interprete del profondo disagio dei 370.000 infermieri operativi in Italia e degli oltre 50.000 studenti di infermieristica e di sostenere nelle sedi competenti la "protezione" del loro Settore Scientifico disciplinare "senza interferenze e con piena autonomia".

Il Preside **Gensini**, ha condiviso le preoccupazioni espresse sia per le pesanti ricadute che ne deriverebbero nella preparazione e per la capacità assistenziale dei futuri infermieri, sia per il mantenimento delle competenze quotidianamente utilizzate a domicilio, sul territorio e negli ospedali da chi infermiere è già. Per tali motivi si è impegnato nei confronti dell'intero gruppo professionale infermieristico a sostenere nelle sedi appropriate la necessità di garantire il mantenimento della identità del settore.

Lo sviluppo della conoscenza e della cultura è un fenomeno antichissimo che ha sempre accompagnato l'evoluzione dell'uomo. La scienza infermieristica e la cultura del prendersi cura sono semi che da tempo hanno messo radici. L'infermieristica sta germogliando e il processo verso il pieno sviluppo non può essere arrestato.

Lo sa bene chi sta cercando di frenare, se non fermare, questo avanzamento, quindi non scoraggiamoci. Anzi, dobbiamo lavorare come abbiamo sempre fatto, con competenza, responsabilità e coinvolgendo il cittadino, affinché diventi un testimone prezioso del ruolo insostituibile dell'infermiere. È fuor di dubbio che gli infermieri garantiscono risposte appropriate e peculiari ai bisogni sanitari emergenti nel Paese. È fuor di dubbio che lo sviluppo della professione infermieristica contribuisca a mantenere gli standard assistenziali elevati e che sia un attore autorevole per rispondere alle richieste di cambiamento del nostro sistema sanitario ancora troppo ospedale-centrico, per non aggiungere altro.

Il Direttivo del Collegio Ipasvi di Vicenza si presenta.

Infermieri al servizio di colleghi e cittadini

Cos'è un Collegio?

I Collegi professionali sono organi di autogoverno di una categoria professionale istituiti con legge dello Stato e aventi natura giuridica di ente di diritto pubblico. La normativa vigente è del 1954, anno in cui furono costituiti i cento Collegi IPASVI provinciali che oggi formano la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

Il Collegio è retto dall'Assemblea degli iscritti, i quali, ogni tre anni, eleggono i componenti del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori del Conti.

Questo in sintesi è ciò che ogni Collegio deve svolgere secondo quanto previsto dalla legge. Al Consiglio direttivo la legge affida le seguenti attribuzioni:

- vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza del Collegio;
- designare i rappresentanti del Collegio presso commissioni, enti e organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare il Collegio;
- esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'Albo salvo, in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- interpersi, se richiesto, nelle controversie fra iscritto e iscritto, o fra iscritto e persona o enti per ragioni di spese, di onorari o per altre questioni inerenti all'esercizio professionale sulla vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando pareri sulle controversie stesse.

Siamo più di 5000 professionisti: Infermieri, Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'infanzia tutti che operano con lo scopo comune di servire la comunità vicentina. Nel corso dell'ulti-

ma Assemblea, tenutasi nel dicembre del 2008, sono stati eletti i 18 colleghi che, per i prossimi tre anni, si sono assunti l'impegno di condurre il Collegio. Si occuperanno di tutti gli aspetti che riguardano la nostra professione, da quelli più direttamente connessi, come l'esercizio della stessa, la formazione di base e quella permanente, la gestione organizzativa e gli standard professionali a quelli meno noti, ma non meno importanti come le tematiche giuridico professionali, la ricerca infermieristica, la libera professione e le questioni inerenti agli infermieri stranieri. Dovranno inoltre confrontarsi sugli aspetti culturali e di sviluppo della professione, sulla documentazione della stessa, sulla diffusione e sulla affermazione di una nuova e più coerente percezione collettiva della figura e del ruolo dell'infermiere.

Da questo numero comincia quindi la presentazione dei componenti del Consiglio Direttivo. Nelle prossime pagine tratterò un profilo per ogni consigliere evidenziando tanto l'aspetto umano e personale quanto quello professionale nella convinzione che sotto la "divisa" c'è sempre una persona con la propria storia, i propri valori, la propria cultura e la propria esperienza personale. Un'ultima annotazione riguarda il fatto che questi 18 infermieri non sono né supereroi, né persone con particolari situazioni professionali e familiari, ma normali infermieri che per un certo periodo della loro vita hanno ritenuto di dedicare un po' di tempo e di energia all'affermazione e allo sviluppo della professione infermieristica.

Anche se già pubblicato nel numero scorso, riporto in ordine alfabetico l'elenco dei componenti del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza: Artuso Lucina, Bertozzo Loretta, Bortolamei Bruna, Capozzo Sonia, Dal Cengio Gianpietro, Dal Degan Sonia, Donà Luigi, Fanchin Gianmaria, Franzè Luca, Gomitolo Olga, Maccà Simone, Pegoraro Federico, Pozza Barbara, Rossetto Valeria, Sarzo Paola, Storti Matteo, Vicariotto Fabio, Zarpellon Matteo.

SONIA DAL DEGAN

Mi chiamo Sonia, ho 41 anni, sono sposata e ho due splendidi gemelli di 7 anni. Sono diventata infermiera nel 1995 dopo aver completato il percorso formativo con il vecchio ordinamento didattico. Facendo due brevi calcoli ci si rende conto di come sia entrata nella professione in età relativamente avanzata. Non contenta, nel 2005, dieci anni dopo aver conseguito il diploma di maturità frequentando le scuole serali, mi sono iscritta al Master di tecniche manageriali per coordinatori delle professioni sanitarie. Il mio debutto nella pro-

fessione sanitaria è avvenuto come Operatore Socio Sanitario in Casa di riposo; da questa prima esperienza ho compreso come il settore fosse interessante e rispondesse ai miei desideri di crescita professionale. Ho quindi intrapreso il percorso formativo per acquisire il titolo di Infermiera con la scuola Regionale. Alla fine di quel percorso ho lavorato in alcune Case di riposo prima di entrare in corsia nel reparto di Geriatria dell'Ospedale di Vicenza. Pur rimanendo nell'area geriatrica ho avuto modo di fare una esperienza significativa e molto interessante sul territorio, occupandomi di Assistenza Domiciliare Integra-

ta e per un periodo anche in una realtà specialistica di Pneumotisiologia territoriale. Tutte queste attività hanno fatto maturare in me l'idea di riprendere la formazione per sviluppare le mie potenzialità, volendomi misurare in particolar modo con l'attività di coordinamento. Ho deciso allora di provare la strada della formazione post laurea tentando la selezione del Master di primo livello. Non solo la selezione andò bene dando quindi avvio ad una nuova avventura, ma ancor prima di terminare il percorso, mi fu proposto di coordinare il servizio di Sterilizzazione dell'ospedale di Vicenza, posizione che occupo dal 2006.



Sonia Dal Degan

Tutto il percorso professionale è stato sempre caratterizzato da un costante impegno portato avanti con il Collegio nel quale ho rivestito la carica di Segretaria per sei anni e quella di Tesoriera nell'ultimo mandato. Collaborare con il Collegio è, dal punto di vista professionale, una esperienza di assoluto rilievo perché, se da una parte richiede un certo impegno di tempo e di energia - generalmente sottratto al tempo libero e alla famiglia - è altrettanto vero che mi permette di essere aggiornata, informata sulla professione, di apprendere e conoscere meglio le varie posizioni, i ruoli e le dinamiche istituzionali che tanta importanza hanno nella organizzazione del nostro lavoro. Immagino che non tutti conoscano le attività che un Tesoriere è chiamato a svolgere e per questo brevemente le indico. Principalmente mi occupo di dare esecuzione alle Delibere del Consiglio, di collaborare con i consulenti nella redazione dei bilanci e di svariate altre incombenze contabili e amministrative. Oltre alle attività previste dalla carica di Tesoriere, ho anche il piacere di collaborare con la commissione formazione che si occupa di proporre corsi ed eventi formativi agli iscritti e faccio parte della redazione della rivista Infermieri Informati. La mia sfida quotidiana? Rendere tutto ciò compatibile con il mio ruolo di mam-

ma, moglie e infermiere coordinatore. Beh, vista la mia esperienza, direi che non solo ciò è possibile, ma pur essendo in alcuni momenti faticoso, è sicuramente molto entusiasmante e particolarmente gratificante.

FABIO VICARIOTTO

Fabio è un infermiere coordinatore neo-eletto delle file del Collegio IPASVI di Vicenza. Ma chi è Fabio e di cosa si occupa?

Ho 40 anni, sono sposato con una infermiere e ho due splendidi bambini di 6 e 9 anni.

Sono diventato infermiere nel 1986 e ho conseguito il titolo di maturità tecnica frequentando le scuole serali. A 24 anni, nel 1993, mi sono iscritto al corso di Caposala e, quando gli impegni familiari mi hanno consentito di tornare di dedicarmi agli studi, ho deciso di iscrivermi all'Università e con grande soddisfazione, nel 2006 ho conseguito la laurea in Scienze Politiche.

Facendo i conti sono 20 anni che faccio l'infermiere! Ho fatto diverse esperienze di corsia, il primo anno di attività l'ho svolto in una unità di Neurologia e i successivi 10 nel reparto di Riabilitazione. Ho avuto anche la possibilità di fare una

significativa esperienza in Centro Traipianti dove, grazie alla rotazione di turno in due diverse realtà, ho acquisito delle competenze specifiche lavorando in Emodialisi e in Chirurgia Generale.

Nel 2006 dall'ufficio infermieristico mi fu chiesto di rispolverare il diploma di caposala proponendomi di coordinare, a tempo pieno, il Pronto Soccorso dell'ospedale di Vicenza. Una vera sfida!

Il ruolo che rivesti è molto impegnativo, ti assorbe molte energie e molto tempo, gli impegni familiari sono ancora molto pressanti, cosa ti ha spinto a candidarti come Consigliere?

Era da un po' di tempo che mi sentivo attratto dal Collegio e infatti lo tenevo sotto attenta osservazione, ma è stato determinante un incontro/confronto con un caro amico e collega: Andrea Bottega; lui si è impegnato davvero molto per gli iscritti, occupandosi di Esercizio Professionale per diversi mandati. Considerata la materia un giorno mi chiese se non avessi mai pensato di fare qualcosa in Collegio e mi propose di candidarmi per continuare a seguire gli aspetti dell'Esercizio Professionale di cui lui non poteva più occuparsi. Ho pensato che fosse il momento di agire e così ho accettato con entusiasmo la proposta di Andrea. Sono sempre stato affascinato dalla materia legale ed ora in Collegio posso mettere a disposizione ciò che ho imparato ma, oltre a questo, devo ammettere che ho trovato entusiasmante questo ambiente e mi sento molto orgoglioso di rappresentare i miei colleghi.

Occuparsi di Esercizio Professionale significa interporre nelle controversie fra iscritto e iscritto o fra iscritto e persona o enti, dare pareri sulle controversie stesse. Quali sono i temi più trattati e i quesiti più frequenti?

I quesiti più frequenti riguardano i confini di competenza tra le diverse professioni che operano nelle stesse realtà; gli infermieri chiedono cosa compete loro e cosa compete ad altre figure professionali mediche o non mediche. Non mancano anche richieste di pareri del Collegio da parte di Operatori Sanitari, di Fisioterapisti, di Tecnici di Radiologia o di Laboratorio che chiedono principalmente le stesse cose. Purtroppo queste figure non possono usufruire del servizio di consulenza perché è dedicato ai soli iscritti, quindi il Collegio non può esprimersi formalmente, però indirizza le persone ai propri organismi di rappresentanza.

C'è molta confusione sulle attività da



Fabio Vicariotto

attribuire alle figure di supporto e allora le domande che vengono poste sono immediatamente soddisfatte, anche perché l'iscritto spesso chiede solo un confronto. Ci sono poi situazioni un po' più gravi e complesse in cui gli infermieri accusano di essere obbligati a svolgere attività che competono ad altri o denunciano casi di abusivismo professionale. Altre volte si ricevono segnalazioni legate all'organizzazione del lavoro, a situazioni di illegittimità dove gli infermieri, spesso a causa di scarsità di risorse, si trovano a svolgere procedure che mettono a rischio la sicurezza del paziente. Accade più frequentemente che ci interpellino i colleghi impiegati nel settore pubblico, ma non sono infrequenti anche segnalazioni, quesiti e pareri da parte dei colleghi che esercitano nel settore privato, in libera professione o nelle RSA. Anche dal territorio, o meglio, dai colleghi che si occupano di assistenza domiciliare o che lavorano con i Medici di famiglia, provengono quesiti soprattutto legati ai confini dell'autonomia decisionale ed operativa. La normativa di riferimento, sostanzialmente costituita dal Codice Deontologico, dal Profilo Professionale, dall'Ordinamento Didattico contiene tutte le rispo-

ste, ma il Collegio si avvale anche della collaborazione di un consulente legale, il Dr Luca Benci. Ogni parere è espresso in modo formale e ciò lo rende autorevole tanto da consentire all'iscritto di utilizzarlo all'occorrenza per le proprie necessità ed istanze. Talvolta viene richiesto al Collegio di adottare dei provvedimenti nei confronti della direzione di un ente o di un'azienda affinché ponga fine a illeciti che vengono commessi sui luoghi di lavoro; in questi casi oltre al parere legale viene discussa la questione in sede consigliare con una deliberazione finale. Il Consiglio del Collegio inoltre è chiamato ad esercitare il potere disciplinare nei confronti degli iscritti e lo esplica nelle diverse modalità a seconda della mancanza o dell'abuso di cui si rendono protagonisti nell'esercizio della professione o di fatti disdicevoli al decoro professionale. Le sanzioni che il Consiglio può irrogare sono: l'avvertimento, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa; la censura, che è una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa; la sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi; la radiazione dall'Albo.

Hai deciso di dedicare parte del tuo

tempo libero, pur non avendone molto, alla promozione della professione infermieristica, quale contributo chiedi agli iscritti che stanno in prima linea?

Il Collegio dà garanzia al cittadino, perché essere iscritti all'Albo significa possedere i requisiti per esercitare la professione infermieristica, però non basta, questo organi ausiliario dello Stato deve vigilare e accertare che tali requisiti vengano mantenuti nel tempo e per farlo ha bisogno del contributo di tutti. Ecco perché vorrei che tutti gli infermieri fossero certi che il Collegio c'è, che il Collegio si esprime in modo autorevole e che il professionista può essere aiutato nel difficile processo del cambiamento, naturalmente quando è utile o necessario. Negli articoli che regolano i rapporti con le istituzioni, il nuovo Codice Deontologico ribadisce e conferma l'obbligo dell'infermiere di segnalare situazioni inadeguate e pericolose, per questo chiedo agli iscritti di osservare, rilevare e segnalare al Collegio, anche in forma anonima, situazioni, realtà, condotte e circostanze che non consentano il buon svolgimento delle proprie attività. Così facendo renderebbero una importante servizio a loro stessi e a tutti i loro colleghi.



Strategie per una alimentazione efficace nei bambini con labiopalatoschisi ed educazione dei loro genitori

INTRODUZIONE

L'argomento trattato in questo elaborato riguarda le strategie per un'alimentazione efficace nei bambini con labiopalatoschisi e la conseguente soddisfazione dei loro genitori. Questa anomalia congenita, è caratterizzata da un'incompleta fusione degli abbozzi embrionali, deputati alla formazione del labbro superiore e del palato durante la gestazione. Tale patologia si presenta sotto vari aspetti: quando interessa solo il labbro superiore viene definita **labioschisi**; quando interessa unicamente il palato viene definita **palatoschisi**, e può riguardare il palato duro, molle, o entrambi; infine nei casi più gravi, quando coinvolge oltre al palato e al labbro anche il naso e la gengiva, la si definisce **labiopalatoschisi**. Nella maggioranza dei casi si presenta mono-lateralmente, a destra o a sinistra, ma può essere anche bilaterale. L'incidenza riscontrabile è di 1 neonato su 800 con eziologia ancora per molti aspetti poco conosciuta. La sintomatologia che ne consegue è sicuramente molto complessa, sia dal punto di vista anatomico che da quello funzionale, e comporta notevoli problemi assistenziali. I bambini affetti da questa patologia vengono seguiti da un team interattivo multiprofessionale composto da chirurgo, ortodontista, logopedista e infermiere (che interagiscono tra di loro per ciò che concerne l'evoluzione del percorso) e da un pediatra, radiologo, anestesista, otorinolaringoiatra, audiologo, neurologo, neurochirurgo e oculista (nelle visite specifiche per le necessità di ogni singolo caso).

OBBIETTIVO

All'interno di questa anomalia oro-facciale si sviluppa l'obiettivo del seguente elaborato, che mira alla descrizione delle tecniche e dei vari presidi adottati dal personale sanitario in primis, e

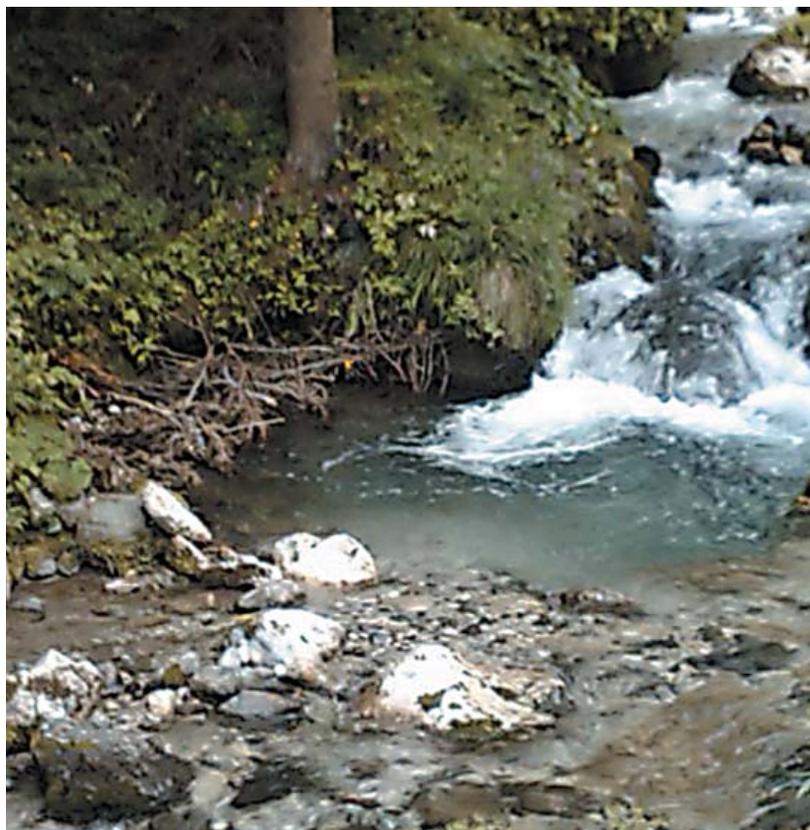
dai genitori dopo appropriato training, per garantire un'educazione efficace e un adeguato modello di alimentazione del bambino.

Nello specifico si cerca di comparare le varie tecniche e strategie d'alimentazione e si motivano l'allattamento al seno e la più idonea posizione da adottare, l'utilizzo delle bottiglie con le varie tipologie di tettarelle e l'uso fondamentale della placchetta. L'anomalia facciale, inoltre, tocca nel profondo la sensibilità della famiglia e risveglia la reazione delle figure sociali che si rapportano con essa: si analizzano così le esperienze dei genitori che hanno un bambino con schisi e come essi percepiscono l'incoraggiamento, l'informazio-

ne ed il supporto psicosociale fornito dai professionisti, nonché il coinvolgimento e l'approccio della rete amicale.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta principalmente attraverso il motore di ricerca PubMed usufruendo di studi condotti in vari paesi Europei (soprattutto Gran Bretagna e Paesi Bassi) e negli USA dal 1987 al 2007, cercando con parole chiave come: "cleft lip", "cleft palate", "lip", "palate", "nursing", "satisfaction", "intervention", "feeding management of infant", "breast feeding". La maggior parte della ricerca della letteratura è basata su studi non controllati, parere di esperti o recensioni non sistematiche.



A seguito di questa considerazione andremo quindi ad analizzare quale delle varie tecniche e strategie d'alimentazione tra l'allattamento al seno, bottiglie morbide, quelle rigide, la tettarella, la placchetta, possa essere il metodo più efficace per risolvere tale problema. Per convenzione e praticità vengono presi in considerazione due gruppi di riferimento, i bambini con schisi minore (labioschisi) e quelli con schisi maggiore (palatoschisi). Nei casi più gravi si adotteranno tutte le tecniche in toto, da quelle più semplici a quelle più complesse.

RISULTATI

LABIOSCHISI:

1. comparazione tra l'utilità delle bottiglie morbide e rigide usando come parametri la media del peso e la praticità d'utilizzo.

Gli autori di uno studio hanno analizzato come le due tipologie di biberon hanno influito sulla crescita di peso dei bambini.

Nessuno dei dati ottenuti è risultato statisticamente significativo a favore di una bottiglia rispetto all'altra. Shaw nella sua ricerca evidenziava il fatto che la bottiglia morbida veniva meglio gestita dai genitori e ben accettata dal bambino, in quanto faceva meno fatica a mangiare, giocava ed era sereno nell'arco della giornata.

2. tettarelle applicate ai biberon al fine di regolare il flusso e la portata di latte.

Si è studiato che la tettarella molle con formato standard e foro di dimensione normale (0,5-1 cm), dà un flusso di latte liscio durante ogni compressione. Il foro a croce può dare una portata più alta, ma irregolare e quindi meno adatta.

3. allattamento al seno usando la tecnica chiamata upright football hold.

Con questa tecnica la mamma tiene saldamente il bambino al seno imitando un giocatore di football che porta la palla in meta tenendola alta e salda, migliorando sensibilmente la qualità dell'allattamento.

Glass e Wolf hanno mostrato che, per quanto riguarda la presa al capezzolo, il bambino con solo la schisi del labbro è in grado di ottenere una sufficiente adesione e suzione, mentre nei bambini con schisi più complessa sarà necessario ricorrere all'uso del biberon e/o della placchetta.

PALATOSCHISI:

1. placchetta.

L'utilizzo fondamentale di questo presi-

dio consente al bambino non solo un armonico sviluppo del palato e del mascellare, ma garantisce anche un adeguato aumento di peso del bambino. È confermato da uno studio multicentrico che utilizzava il diario alimentare su bambini con placchetta. Un dato statisticamente significativo è risultato intorno ai 6 mesi di vita per i bambini che utilizzano la placchetta rispetto a quelli che non la utilizzano.

Insieme alla placchetta vengono utilizzati altri due ausili:

2. Alimentatore di Haberman.

Un biberon composto da una valvola unidirezionale per un'introduzione fluida di latte e da una tettarella che ne regola il flusso riducendo la difficoltà di coordinare deglutizione e respirazione.

3. Supplemental nursing system.

Questo è un sistema poco conosciuto. Si tratta di un piccolo tubicino che esce dal biberon e che viene inserito nella bocca del bambino poggiandolo sul capezzolo della mamma. Attraverso una minima suzione da parte del bambino, esce il latte sia dal seno che dal biberon. In questo modo si può fornire quel latte che il bambino con il suo debole sforzo non è in grado di ricevere.

SODDISFAZIONE DEI GENITORI:

Svensson(1997) e Ringsberg (2002) hanno colto tre momenti principali:

1. preparazione dei genitori alla nascita del bambino.

In un primo istante, alla vista del bambino, il genitore può avere una reazione scossa e provare dei sentimenti di sconforto, rabbia, tristezza e paura. Può non essere a conoscenza di tale anomalia, delle varie metodiche per l'alimentazione ed avere la preoccupazione di come affrontare tale problema;

2. rapporto con il personale sanitario.

Dallo studio veniva messo in risalto il rapporto tra i genitori e il personale infermieristico facendo emergere come l'informazione e l'atteggiamento del personale potesse influire sulla gestione al bambino;

3. relazione con la famiglia e la rete amicale.

Diverse sono le reazioni nei confronti della schisi: alcuni parenti ed amici più vicini alla coppia hanno commentato in modo positivo e comprensivo la situazione, attraverso l'incoraggiamento; altri hanno tenuto un comportamento neutrale e poco interessato. Altri si sono dimostrati schivi, facendo vivere ai genitori una situazione di disagio soprattutto nei confronti del bambino.

DISCUSSIONE

LABIOSCHISI

L'alimentazione dei neonati con schisi, è una preoccupazione immediata e una sfida d'alimentazione sia per i genitori che per i professionisti del settore medico-sanitario. Negli studi presi in considerazione si sono comparati vari ausili, al fine favorire l'aumento di peso, migliorare e ottimizzare l'alimentazione. Si è visto che i biberon morbidi sono di più facile gestione di quelli rigidi, in quanto più maneggevoli e semplici da gestire da parte dei genitori e ben tollerati dai bambini che utilizzandoli dimostrano una qualità di vita migliore. Inoltre vi è evidenza che le tettarelle dei biberon morbidi vengono meno modificate e hanno un buon flusso di latte durante la spremitura. Viene, infatti, data importanza al tipo di tettarella applicata al biberon in quanto da essa dipende una portata di latte tale da aumentare l'apporto nutritivo al bambino e quindi l'incremento di peso. Purtroppo, in merito a questo punto, esistono pochi studi che motivano la differenza che potrebbe esistere tra le diverse tipologie di tettarelle e la loro funzione. Sarebbe importante condurre ricerche per dare più specificità di scelta nell'utilizzo di un presidio rispetto alle diverse labioschisi.

L'allattamento al seno è importante non solo come metodo di alimentazione, ma anche come fondamento di relazione unica, rapporto d'intimità, tra madre e bambino. Visti questi benefici, se ciò non è possibile, a causa della patologia del bambino, bisognerebbe incentivare le madri a togliersi il latte per darlo attraverso i presidi disponibili. Ulteriori studi potrebbero fornire indicazioni utili alle madri che desiderano alimentare il loro bambino con latte materno nel modo più appropriato. Per quanto riguarda la posizione assunta durante l'allattamento, considerata essenziale, mancano studi mirati a comprenderne l'effettiva efficacia.

PALATOSCHISI

In questa tipologia di schisi viene esaltato l'uso della **placchetta** come presidio indispensabile al fine dell'alimentazione. È importante per il modellamento, l'adattamento, la crescita del mascellare e l'occlusione del palato.

In una recente revisione sistematica della Cochrane Collaboration ha notato che tale presidio aiuta il bambino a crescere soprattutto nei primi sei mesi di vita. Anche qui viene utilizzato il peso



come indice di verifica funzionale di tale dispositivo. Nello studio non viene evidenziato un dato significativo rispetto al peso in tutte le età, ma risulta tale solo per la fascia dei 6 mesi di vita, probabilmente perché nella revisione presa in considerazione vengono utilizzati presidi diversi in associazione con la placchetta. Infatti attraverso il suo utilizzo e l'ausilio di un biberon morbido, si può dare una portata di latte sufficiente al bambino. Quando c'è una piccola schisi del palato molle, il grado che compromette lo sviluppo dell'aspirazione è spesso trascurato. Alcuni bambini possono occludere la schisi con la lingua, permettendo un'aspirazione sufficiente per un'efficace alimentazione. Se l'aspirazione non dovesse bastare, il dispositivo chiamato Supplemental Nursing System fornisce quel latte che il bambino, a causa di una suzione inefficace, non è in grado di ricevere dalla madre. Inoltre, esso permette il diretto contatto con il seno della madre.

La placchetta consente alla madre di allattare il bambino al seno ma si deve porre attenzione alla posizione da adottare perché il latte potrebbe incanalarsi in altre vie.

Un'adeguata postura durante l'alimentazione può ridurre il rischio di comparsa di fenomeni di ab-ingestis, otiti e reflussi nasali. Tenere il bambino diritto con la testa alta durante e dopo la poppata, in combinazione con delle piccole pause, lo aiuta a mobilitare quest'aria, diminuendo i dolori di tipo crampiforme allo stomaco e l'esposizione delle tube di Eustachio.

I numerosi reflussi e la comunicazione tra la cavità orale e nasale favoriscono infatti il ristagno del cibo e delle secrezioni in prossimità delle tube di Eustachio. L'inefficiente sigillo della cavità orale provoca infine introduzione di aria nello stomaco. In merito non vi sono altri studi che possano testare e dare informazioni utili di quale altra posizione si possa adottare nella palatoschisi. Sarebbe importante conoscere quale posizione è meglio adottare, per evitare spiacevoli complicanze legate all'alimentazione e per non provocare, nelle madri, la paura di allattare al seno.

Anche in questo tipo di schisi viene data importanza alla tettarella: qui viene utilizzata quella propria dell'alimentatore di Haberman, studiata appositamente per la palatoschisi. Purtroppo non ci sono studi più approfonditi in merito a questo dispositivo; sarebbe molto utile una nuova ricerca in questo campo al

fine di dare ulteriori e nuovi ausili alle madri. Senza la placchetta, nessuno di questi presidi potrebbe essere preso in considerazione, perché, alla base ci deve essere l'occlusione della schisi. Per questo motivo il suo utilizzo diventa fondamentale nell'alimentazione dei bambini con questo tipo di schisi.

GENITORI

Negli studi qualitativi comparati, il focus era la preparazione dei genitori nell'avere un bambino con schisi, l'incoraggiamento e il supporto psicosociale dei professionisti, parenti e amici. Solo con la diretta esperienza, con parole sincere e provate dai genitori si può comprendere l'emozione e il sentimento profondo nell'essere a contatto con un neonato con schisi. In un primo istante, alla vista del bambino, il genitore può avere una reazione scossa e provare dei sentimenti di sconforto, rabbia, tristezza e paura. Può, inoltre, non essere a conoscenza di tale anomalia, delle varie metodiche per l'alimentazione ed avere la preoccupazione di come affrontare tale problema. Per diminuire questo grande disagio sarebbe importante che i genitori, ancora prima della nascita, venissero istruiti sulla patologia e sulle particolari strategie d'intervento per l'alimentazione, per instaurare un coping positivo con il loro bambino e per vederlo sotto un altro punto di vista, non come "portatore di un difetto fisico".

In questo senso si ha la necessità di istruire il personale sanitario che andrà a contatto con questi genitori e che porterà sia supporto psicosociale, che conoscenza concreta di comportamento da tenere in presenza del bambino. Si darà risalto, inoltre, alla necessità di ascoltare in modo sensibile il genitore e intuire una modalità da utilizzare per un buon dialogo nell'assistenza alla madre e al bambino. È importante che il personale sia in grado di generare tale approccio senza negare la presenza del difetto, per evidenziare il fatto che il bambino sta bene ed è in buona salute. Per il personale che fa parte del team specifico, sarà fondamentale il continuo aggiornamento in merito alle nuove tecniche, presidi e comportamenti. I problemi da affrontare riguardano sicuramente l'alimentazione, che in primis è la più importante, ma anche l'approccio al bambino da parte della famiglia e della rete amicale, la diversità che in un futuro il bambino può incontrare

con i suoi amici, oppure il semplice fatto che non sia in grado di comunicare e parlare in maniera "normale". Nei genitori possono nascere domande spesso ambivalenti tra amore e timore nei confronti del futuro del loro bambino. Per affrontare questo profondo disagio interiore i genitori si appoggiano alla coscienza di parenti e amici che si presuppone dovrebbero aiutarli. Tanti invece, hanno la tendenza a fuggire dal problema e lasciarli a se stessi senza dare nessun tipo di aiuto. Nasce, perciò la necessità di un supporto da parte di un psicologo o del confronto tra genitori per lo scambio di sentimenti, esperienze e consigli utili al fine della serenità interiore e della buona crescita del bambino.

IMPLEMENTAZIONE DEI RISULTATI NELLA PRATICA CLINICA

Ai fini della pratica clinica cerchiamo di dare dei consigli ai genitori su come devono comportarsi e su quali tecniche adottare nell'alimentazione del bambino con schisi.

Educazione ai genitori:

educare i genitori nella gestione delle problematiche legate all'alimentazione e alla specificità della patologia. È importante che i genitori capiscano che all'inizio sarà difficile affrontare la nuova vita insieme ad un neonato con schisi e che avranno sicuramente bisogno di supporto. Sensazioni di frustrazione, isolamento, depressione sono molto comuni e tante volte possono indurre la madre a non allattare al seno. Attraverso i consigli del personale esperto, amici e parenti la madre può sentirsi supportata ed incitata nell'allattamento. Importanza, in questi casi, viene data allo psicologo che fa parte del team delle schisi, che seguirà e fornirà un supporto psicosociale non solo in ospedale, ma anche a domicilio.

Personale infermieristico:

nella specificità della professione infermieristica, l'assistenza, in questo tipo di patologia, cerca di mirare a:

1. mantenere un'adeguata funzionalità cardio-respiratoria nell'incombenza di un'alterata liberazione delle vie aeree, causata da un accumulo di secrezioni nella cavità orale o per aumento del rischio di aspirazione data la configurazione patologica delle alte vie aeree;
2. mantenere un'adeguata alimentazione e apporto nutrizionale in quanto vi sono difficoltà di suzione, compro-

missione della deglutizione e della masticazione che possono portare a iponutrizione;

3. prevenire le eventuali infezioni neonatali, ed in particolare, la comparsa di otiti medie che possono insorgere in questa tipologia di pazienti dato il rischio di accumulo di secrezioni nel canale uditivo.

Quando si tratta di sostenere e consigliare la madre, i modi non verbali di comunicazione sono importanti almeno quanto quelli verbali. Quindi è essenziale continuare ad ampliare le conoscenze personali sulla patologia su cui si va ad esercitare la professione così da offrire un supporto adeguato:

- esaminare la propria conoscenza ed esperienza;
- confrontarsi con i colleghi più esperti in caso di dubbi e collaborare insieme affinché i consigli dati ai genitori siano unanimi;
- trattare genitore e bambino come una unità;
- non creare pregiudizi nei confronti del bambino;
- trasmettere un atteggiamento positivo sia con parole che con gesti: se i messaggi verbali e non verbali dell'infermiere non sono coerenti, si può generare confusione;
- supportare la madre nell'allattamento al seno e se non è possibile aiutarla nel togliersi il latte dandole indicazioni chiare;
- riconoscere e rafforzare i genitori in ciò che eseguono correttamente attraverso incoraggiamenti e apprezzamenti;
- far mantenere contatti tra i genitori, la famiglia e gli amici;
- aiutarli a risolvere i problemi instaurando un rapporto di fiducia, offrendo loro delle soluzioni alternative spiegandone i motivi.

Labioschisi:

Allattamento al seno:

- allattare al seno è possibile perfino in casi estremi di schisi. È molto importante che, nonostante le difficoltà, il bambino continui a ricevere latte materno per essere meglio nutrito e permette alla madre di mantenere la produzione di latte;
- consigliare un frequente allattamento per aumentare l'apporto di latte al bambino. Per aumentare il flusso di latte, massaggiare e spremere il seno ogni volta che il bambino si ferma fra una serie e l'altra di movimenti di suzione. La mammella, o il dito della ma-

dre, può riempire la schisi delle labbra per aiutare il bambino a mantenere la suzione;

- le poppate all'inizio saranno lunghe, anche sopra ai 20-30 minuti. Durante la poppata la madre deve aspettarsi che il bambino faccia delle pause frequenti per riposare. Può continuare a tenerlo al seno senza stimolare una nuova suzione. Deve imparare a gestire il singhiozzo e i piccoli rigurgiti, segni di suzione scoordinata;

Biberon morbido:

informare la madre della possibilità di utilizzo del biberon morbido, creato appositamente per la labioschisi per far aderire la schisi in modo totale e per creare la pressione negativa di suzione. Poiché i bambini si alimentano vigorosamente e introducono un più alto flusso di latte nei primi attimi, la regolare compressione della bottiglia può aiutare una presa sufficiente. La spremitura del biberon da parte dei genitori dovrebbe essere:

- ritmica e seguire a tempo la suzione;
- evitata quella continua, poiché il flusso rende difficile l'alimentazione e per permettere al bambino di fare una pausa per respirare;

La portata dovrebbe tenere conto di una durata d'alimentazione ragionevole (20-30 minuti), con l'attenzione a lasciare al bambino il tempo di deglutire e respirare. La frequenza è determinata dalla quantità di latte assunta. Su questo incidono le tettarelle, con un foro di 0,5-1 cm, perché forniscono una portata fluida e ininterrotta di latte al bambino.



FIG. 1: ESEMPIO DI BIBERON MORBIDO

Posizione da adottare:

tenere il bambino in posizione "upright football hold". Portarlo al seno quando è in uno stato di sonno leggero. La madre avrà bisogno di sostenere il seno, con quattro dita sotto e il pollice sopra, per aiutare il neonato a tenere il seno in bocca.

Se il difetto è monolaterale può essere utile posizionare il bambino dalla parte della schisi per consentire una efficace occlusione riducendo la quantità di aria mentre si alimenta.



FIG. 2: POSIZIONE UPRIGHT FOOTBALL HOLD

Palatoschisi

Anche per questa tipologia di schisi è fondamentale l'allattamento al seno. Le tecniche sopracitate nella labioschisi, sono raccomandate anche per la palatoschisi. Ad esse si aggiungono presidi quali:

Placchetta:

L'applicazione della placca palatina avviene alla nascita da parte dell'odontotecnico che prenderà l'impronta della schisi del palato. La funzione della placca consiste nel separare il cavo orale dal mascellare, mantiene la lingua in posizione corretta favorendo la deglutizione. Può essere di due tipi:

- in resina morbida che deve essere lavata con acqua fredda e immersa in una soluzione disinfettante settimanalmente e lavata dopo ogni pasto;
- in resina rigida, espansibile con vite che i genitori impareranno a regolare da soli. Può essere lavata con acqua calda.

Indicazioni per il corretto utilizzo:

- evitare le sterilizzazioni a caldo e al microonde per non deformarla;
- durante l'allattamento, può cambiare colore a causa dei cibi cui viene a contatto;
- il primo pasto verrà somministrato in ospedale per verificare la funzionalità della placca e dare un supporto pratico e psicologico ai genitori.
- va inizialmente tenuta a permanenza e se ben tollerata, viene rimossa 5 giorni prima dell'intervento al palato molle e dopo applicata solo durante i pasti; va comunque tolta dopo l'intervento di cheiloplastica e in caso che il bambino la rifiuti;
- è importante informare i genitori che la placca inizialmente può avere dei piccoli movimenti, facilmente eliminabili con una pasta adesiva per protesi, che è sufficiente applicare una volta al giorno perché rimangano dei residui sul palato e sulla placca.

Supplemental Nursing System:

rappresenta un presidio che fornisce la quantità latte che manca a quel bambi-



no con difficoltà di suzione al seno della madre. È importante perché, in concomitanza con l'uso della placchetta, favorisce l'allattamento al seno.



FIG. 3: SUPPLEMENTAL NURSING SYSTEM

Alimentatore di Haberman:

Altro presidio utile in associazione con la placchetta, può essere l'alimentatore di Haberman, che rappresenta un biberon con flusso di latte regolabile da chi alimenta il bambino. Tale dispositivo reagisce anche ad una suzione debolissima.



FIG. 4: ALIMENTATORE DI HABERMAN

CONCLUSIONE

Alla fine di questo percorso, dopo aver esaminato nel dettaglio quali aspetti queste due tipologie di anomalie comportano, è possibile concludere che è necessario svolgere altri studi in merito ai vari presidi, alle tecniche d'alimentazione da adottare, alla formazione del personale sanitario pediatrico e all'educazione dei genitori fondamentale nel periodo prenatale.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Glenny A.M., Hooper L., Shaw W.C., Reilly S., Kasem S., Reid J. "Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate (Review)" The Cochrane Collaboration, 2007, Issue 4, pag. 1-24.
Glass R.P., Wolf L. S. "Feeding management of infants with cleft lip and palate and micrognathia" *Infants and Young Children*, July 1999, vol. 12, pag. 70-81
Clarren S. K., Anderson B., Wolf L. S. "Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate" *Cleft Palate Journal*, July 1987, vol.24 No.3, pag. 244-249.

Gobby Amstalten-Mendez L., Magna L. A., Gil-Da-Silva Lopes V. L. "Neonatal care of infants with cleft lip and/or palate: feeding orientation and evolution of weight gain in a non specialized Brazilian Hospital" *Cleft Palate- Craniofacial Journal*, May 2007, vol. 44 No. 3, pag. 329-333.
Dalben G. S., Costa B., Gomide M.R., Texeira Das Neves L. "Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate" *Cleft Palate- Craniofacial Journal*, January 2003, vol. 40 No.1, pag. 84-87
Reid J., Kilpatrick N., Reilly S. "A prospective, longitudinal study of feeding skills in a cohort of babies with cleft conditions" *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, November 2006, vol. 43 No.6, pag.702-709.
Johansson B., Ringsberg K.C. "Parents' experiences of having a child of cleft lip and palate" *Journal of advances nursing*, 2003, vol. 47, pag.165-171
Sadler C. "Palatable Truth" *Nursing standard*, July 6 2005, vol.19 No. 43, pag. 24-26.
Pelchat D., Lefebvre H., Proulx M., Reidy M. "Parental satisfaction with an early family intervention program" *Journal Perinat Neonat Nurs*, 2004, vol. 18, No 2. pp 128-144.
Martin V. "Cleft care reorganisation six years on" *Pediatric Nursing*, 4 May 2005, vol.17, pag. 20-22.



Una nuova strategia comunicativa per i familiari dei pazienti deceduti in terapia intensiva

Di seguito viene proposta una valutazione critica di uno studio clinico randomizzato e controllato. Tale lavoro è stato un esercizio destinato ai collaboratori esterni del Centro Studi EBN dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "S. Orsola-Malpighi" di Bologna. Per ricevere maggiori informazioni si può consultare la sezione "Contatti".

Contatti

Matteo Storti: Infermiere, Formatore EBN, Gruppo di Ricerca del Collegio IPASVI di Vicenza e collaboratore del Centro Studi EBN (www.evidencebasednursing.it).
E-mail: p.storti@libero.it.

Titolo originale

A Communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU.

Indicizzazione dell'articolo

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis JR, Fioux F, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Georges H, Goldgran-Toledano D, Jourdain M, Loubert G, Reignier J, Saidi F, Souweine B, Vincent F, Barnes NK, Pochard F, Schlemmer B, Azoulay E. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007 Feb 1;356(5):469-78. Erratum in: *N Engl J Med.* 2007 Jul 12;357(2):203.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267907?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed.ResultsPanel.Pubmed.RVDocSum>.

Domanda

L'ansia nei parenti dei pazienti deceduti in terapia intensiva può essere ridot-

ta con l'introduzione di una nuova strategia comunicativa nominata "end of life family conference"?

Metodi

Contesto: sono state arruolate 22 Unità Operative di terapia intensiva della Francia.

Popolazione: 126 membri familiari di persone adulte decedute in terapia intensiva dopo 90 giorni.

Intervento: introduzione di una strategia comunicativa nominata "end-of-life family conference" supportata con un opuscolo informativo. Questo nuovo metodo è praticamente un colloquio strutturato con i familiari dei pazienti morenti in terapia intensiva accompagnato da un opuscolo informativo relativo ai processi di elaborazione del lutto.

Outcome: le misure di esito considerate sono i sintomi relativi al disturbo da stress post traumatico misurati con *Impact of Event Scale* (range 0-75, cut-off 30). Sono misurati i sintomi di ansietà e depressione con la scala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (range 0-21, cut-off 8).

Disegno: studio multicentrico randomizzato e controllato (Clinical Trials. Gov number, NCT00331877).

Randomizzazione

Ogni reparto di terapia intensiva incorporava consecutivamente 6 membri familiari di pazienti deceduti che avevano i criteri di eleggibilità dichiarati dallo studio. Ciascun membro del campione veniva classificato in modo gerarchico e allocato casualmente su una delle due braccia. Per evitare bias di selezione la randomizzazione è stata effettuata in modo centrale, con blocchi da sei, stratificata e accordata con ogni singolo reparto (BOX n. 1).

La randomizzazione è stata efficace perché non ci sono differenze statistica-

mente significative fra i due gruppi.

Follow-up

Sono stati misurati gli outcome su 52 membri familiari (83%) nel gruppo di controllo e 56 membri familiari (89%) nel gruppo di manipolazione della variabile indipendente (BOX n. 1). A 90 giorni dalla morte del paziente, in entrambe le braccia dello studio, il follow-up è stato superiore al valore soglia dell'80%.

Lo studio non presenta bias tali da compromettere la validità interna.

Consenso

Lo studio è stato approvato dalla "French Society for Critical Care" ed è stato ottenuto il consenso in forma orale dai familiari dei pazienti deceduti.

Risultati

Nei partecipanti assegnati al braccio di intervento mostrano una significativa riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi. Tali sintomi vengono stabiliti mediante la scala "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) la quale, a seconda del punteggio, varia da 0 (stress assente) a 21 (stress severo). Nel gruppo di intervento si ha un punteggio di 11 (range 08-18) e in quello di controllo 17 (range 11-25); $P=0,004$.

Con un cut-off di 8 punti i sintomi di ansia sono presenti in 25 pazienti (45%) nel gruppo di sperimentazione e 35 (67%) nel gruppo di controllo; $P=0,02$. Mentre per quanto riguarda i sintomi depressivi confrontati fra il gruppo intervento vs controllo è pari a 16 (29%) vs 29 (56%) $P=0,003$.

Analisi statistica

Le variabili continue sono definite mediante mediana ed intervalli interquartili. La comparazione delle variabili continue fra i due gruppi randomizzati sono eseguite con il test di Wilcoxon



rank-sum test o Fisher's exact test. Tutti i test hanno una significatività se il valore di "P" è inferiore a 0,05. I test statistici vengono elaborati dal software Package SAS nella versione 9.1 (SAS Institute).

Conclusione e commento

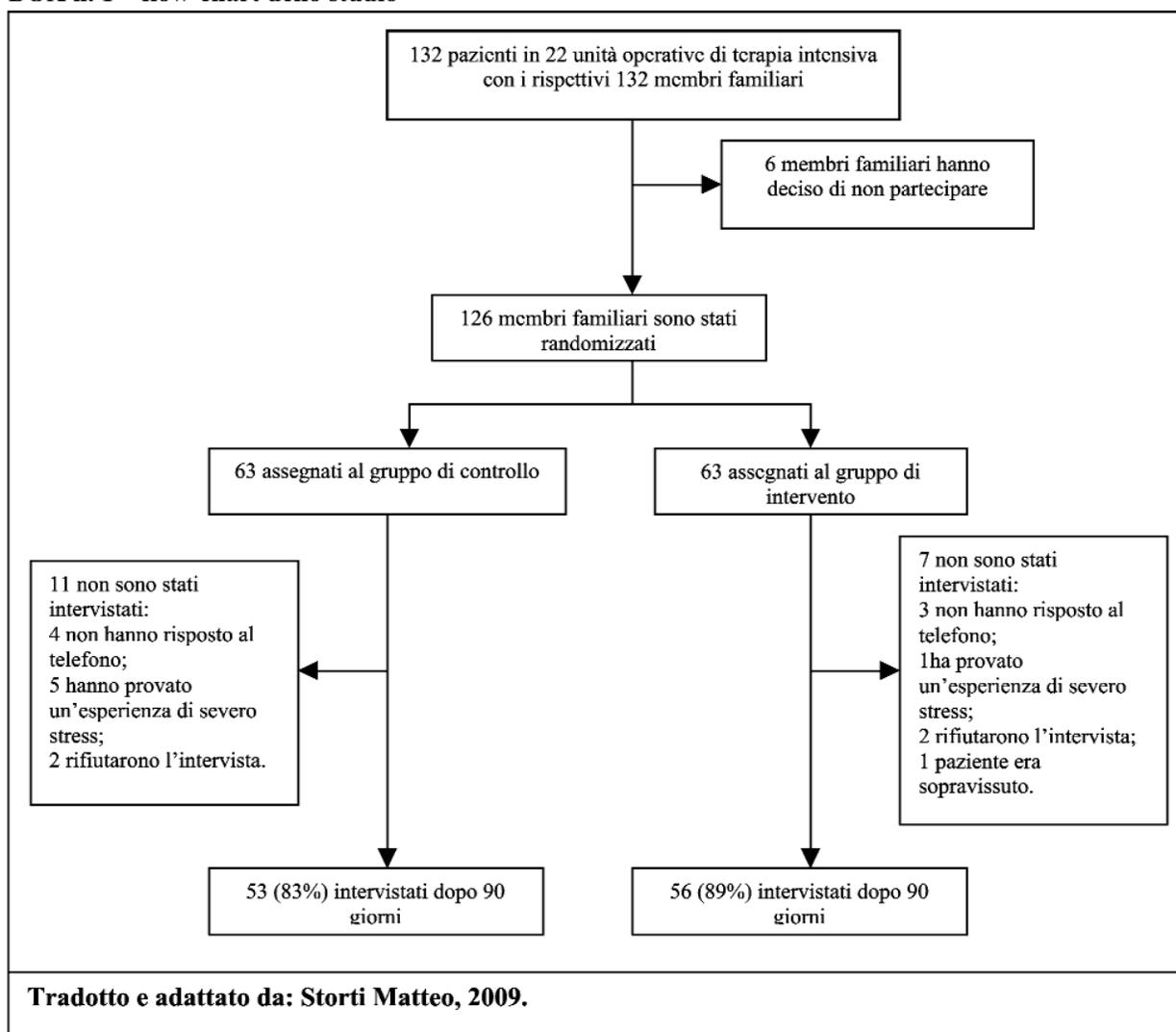
L'ansia ed i sintomi di depressione nei familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva hanno una prevalenza fra il 35 ed il 70% (1). Utilizzare una strategia proattiva che include una relazione fra i caregiver e il personale sanitario è utile per ridurre lo stress ed i sintomi d'ansia (2). È importante che i familiari esprimano le proprie domande relative al periodo di assistenza, ricordi del proprio caro defunto ed è indispensabile che il personale sanitario sappia ascoltare i caregiver dedicando più tempo a questa funzione (3,4). Quando si parla di "presa in carico" si intende non soltanto del malato ma anche del suo contesto sociale-familiare. Per tale mo-

tivo, dopo il decesso, i familiari cercano risposte a dei quesiti che automaticamente si pongono e per i quali sarebbe necessario l'impiego di nuove strategie comunicative di supporto al loro stress (5). Benché queste strategie comunicative sono importanti sia per i familiari che per gli operatori sanitari non è mai stata provata la loro efficacia, prima della pubblicazione di questa ricerca, attraverso un trial clinico randomizzato e controllato (RCT) (6). Questo studio valuta con un RCT due strategie comunicative: nel gruppo di intervento viene sperimentato un colloquio strutturato nominato "end of life family conference" e sviluppato da alcuni autori dell'Università di Washington (7,8). Tale colloquio è supportato da un opuscolo informativo consegnato ai parenti dei pazienti deceduti. Nel gruppo di controllo viene fatto un incontro standard fra operatori sanitari ed i membri familiari. In questo articolo non è chiaro il modo con cui è stata fatta la lista di rando-

mizzazione, ma ciò non dovrebbe rappresentare un ostacolo alla costituzione dei due gruppi comparabili. L'allocazione è nascosta grazie a buste opache sigillate. La cecità è dichiarata dagli intervistatori e dagli analisti dei dati. Il risultato principale dimostra che, dopo 90 giorni dalla morte di un paziente, l'utilizzo della strategia comunicativa "end of life family conference" riduce in maniera significativa i sintomi ansiosi e depressivi dei loro membri familiari. Il disegno dello studio è illustrato dal BOX n. 1 e la sua traduzione è avvenuta, per la prima volta in italiano, con questo articolo.

Uno dei limiti di questo studio è che la conduzione della sperimentazione è avvenuta in Francia dove il medico è una figura autoritaria nella scelta terapeutica dei cittadini e, in questo caso, i criteri di eleggibilità sono definiti da tale figura. Inoltre non è descritto che i familiari sono sottoposti ad un consenso informato scritto prima di partecipare a

BOX n. 1 – flow-chart dello studio



tale studio (il consenso era ottenuto soltanto sotto forma orale). È da considerare che l'intervento fatto nella presente ricerca è già sostenuto dalla letteratura internazionale (no zone grigie) e già impiegato in altri paesi. Altri possibili limiti non espressamente descritti nello studio sono:

- vengono utilizzati più intervistatori e non uno singolo;
- l'opuscolo dato ai familiari è costruito in lingua francese e tradotto per la pubblicazione in lingua inglese. Non viene fatta una retro-traduzione da persone native in Inghilterra e parlanti la lingua inglese: questo particolare non è specificato;
- la metodologia di stratificazione è presentata e disponibile in full-text al sito www.nejm.org ma visionando su tale indirizzo non era reperibile da subito dopo la pubblicazione della ricerca.

La popolazione, l'ambiente ed il contesto culturale della presente ricerca sono simili a quella italiana.

I risultati di questo studio sono clinicamente rilevanti e dovrebbero essere allargati non soltanto dai professionisti che lavorano in terapia intensiva ma, anche da operatori i quali lavorano in altri ambienti assistenziali che condividono quotidianamente le problematiche dello stress vissuto da persone che hanno un familiare deceduto.

Ringraziamenti

Per il buon fine della presente pubblicazione devono essere ringraziati i miei due collaboratori personali che hanno tradotto in parte l'articolo dalla lingua inglese a quella italiana. I loro nomi sono: Flavio Cornale e Cinzia Diquigiovanni.

Bibliografia

Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, Merouani A, Moulront S, Pigne E, Pingat J, Zahar JR, Schlemmer B, Azoulay E, French FAMIREA study group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2005 Mar;20(1):90-6.

Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med* 2001; 29:Suppl 2:26-33.

Covinsky KE, Goldman L, Cook EF. The impact of serious illness on patients families. *JAMA* 1994;272:1839-44.

Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, Annane D, Bleichner G, Bollaert PE, Darmon M, Fassier T, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Goulenok C, Goldgran-Toledano D, Hayon J, Jourdain M, Kaïdomar M, Laplace

C, Larché J, Liotier J, Papazian L, Poisson C, Reignier J, Saidi F, Schlemmer B, French FAMIREA study group. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005 May;171(9):987-94.

Way J, Back AL, Curtis JR. Withdrawing life support and resolution of conflict with families. *BMJ* 2002;325:1342-5.

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis JR, Fioux F, Galliot R, Garrouste-Orgeas M, Georges H, Goldgran-Toledano D, Jourdain M, Loubert G, Reignier J, Saidi F, Souweine B, Vincent F, Barnes NK, Pochard F, Schlemmer B, Azoulay E. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007 Feb 1;356(5):469-78.

Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Crit Care Med*. 2001; 29(2):26-33.

Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171:844-9.





Ansia, depressione, umore, stili di vita: il paziente con cardiopatia ischemica in trattamento riabilitativo

INTRODUZIONE

Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di morte in tutti i paesi del mondo occidentale, e sono fra le cause più frequenti di disabilità. L'assorbimento di risorse economico-sanitarie ne fanno la principale fonte di spesa sanitaria nel nostro Paese, senza peraltro considerare la perdita di produttività in una popolazione spesso ancora in età lavorativa. Vi sono molte dimostrazioni del fatto che modificazioni favorevoli degli stili di vita e dei fattori di rischio correlati, riducono il rischio di eventi coronarici successivi. Non tutti i pazienti, però, sono ugualmente pronti a modificare il loro comportamento in un dato momento, anche se essi sono stati tutti invitati a sottoporsi a screening e alla modificazione dei fattori di rischio. I programmi di modificazione del comportamento raggiungono percentuali di successo più elevate, quando essi valutano la situazione di disponibilità del soggetto ad aderire al processo di cambiamento⁽¹⁻²⁾.

MODELLI TEORICI CHE AIUTANO LA PROGRAMMAZIONE DI INTERVENTI EDUCATIVI SANITARI

I comportamenti sono mediati da processi cognitivi e non solo da influenze esterne: è dunque fondamentale rifarsi a teorie che ne tengano conto, per poter intervenire efficacemente sulla modificazione dei comportamenti dei pazienti.

Teoria dello stile di attribuzione

Riguarda la percezione che l'individuo ha delle cause degli eventi. Heider⁽³⁾ propone una classificazione basata sul *locus of control* interno (credere nelle potenzialità possedute) o esterno (senso di impotenza rispetto agli eventi). B. Weiner⁽³⁾ rilegge la teoria in chiave di "motivazione al successo", definibile come la spinta soggettiva a cimentarsi in compiti e attività di una certa difficoltà

(esempio cambiare stile di vita), impegnandosi per ottenere risultati positivi e perseverando in tale impegno anche di fronte ad ostacoli e difficoltà.

Modello di cambiamento in 5 fasi

È importante valutare il comportamento del soggetto, le opinioni e le convinzioni sulla possibilità di cambiare da lui stesso percepita, il suo comportamento nei 6 mesi precedenti, nonché il contesto ambientale in cui egli proverà a cambiare e a mantenere la modificazione dello stile di vita⁽¹⁾. Il modello di "modificazione a tappe" che Prochaska e Di Clemente propongono, prevede 5 tappe: *Fase di pre-contemplazione*: il soggetto non intende modificare i propri comportamenti ad alto rischio nei 6 mesi successivi.

Fase di contemplazione: il soggetto ha una seria intenzione di cambiare i suoi comportamenti entro i 6 mesi successivi, tuttavia, permane in questa fase per un lungo periodo.

I soggetti in queste due fasi non dovrebbero entrare nei programmi di cambiamento comportamentale.

3. *Fase di preparazione*: il soggetto si propone di agire nel prossimo futuro. In questa fase bisognerebbe fornire spunti per l'azione, ad esempio: la dimostrazione di associazione tra stile di vita e sintomi.

4. *Fase dell'azione*: vi è un'evidente modificazione del comportamento nei 6 mesi precedenti, ad esempio cessazione del fumo. È una fase molto instabile, nella quale c'è il rischio massimo di rilassamento.

5. *Fase di mantenimento*: dai 6 mesi successivi al momento della modifica del comportamento, sino a 5 anni dopo.

Health Belief Model

La probabilità di ognuno di soddisfare una particolare comportamento rivolto alla propria salute dipende dalle sue credenze sulla malattia e dalla valutazione del

rapporto costi/benefici per il comportamento da intraprendere.⁽⁴⁻⁵⁾

Teoria dell'azione ragionata

Le persone fanno delle scelte consapevoli sulla base di due fattori:

1. quanto fortemente percepiscono i benefici conseguenti da un risultato positivo

2. in base alle norme sociali, ai rischi e alle ricompense associate alla scelta⁽³⁻⁵⁾. L'intenzione è quindi il miglior predittore di un comportamento. Secondo questa teoria, anche un compito difficile può essere tentato, se la percezione di potercela fare è alta. Viceversa, anche azioni semplici non saranno attuate, se l'individuo percepisce barriere tali (interne o esterne) che lo possano bloccare.

Self-efficacy (auto-efficacia)

Si riferisce alle convinzioni che un individuo ha delle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso delle azioni necessarie a gestire adeguatamente le situazioni che incontrerà, in modo da raggiungere i risultati prefissati⁽⁴⁻⁶⁾. Le convinzioni di efficacia regolano il funzionamento di 4 processi: cognitivi, autoregolazione della motivazione, processi di scelta, processi affettivi.

Modello delle Hardiness o

Personalità resiliente

Il termine "hardiness" indica una costellazione di caratteristiche di personalità che distinguono gli individui nella vulnerabilità allo stress. Si tratta di uno stile cognitivo caratterizzato da 3 aspetti: impegno (autodisciplina, obiettivi realistici), controllo (*locus of control*, auto-efficacia) e sfida (disponibilità ad intraprendere nuove attività) che sono appresi e passibili di cambiamento⁽⁷⁾. La resilienza⁽⁸⁾ è la capacità di un individuo di resistere con successo a situazioni avverse, imparando a sviluppare competenze a partire dalle difficoltà e rafforzando la fiducia in sé e nel proprio agire.

OBIETTIVI DELLA RICERCA

Gli scopi dello studio sono:

1. Valutare la relazione esistente tra lo stato d'ansia, la depressione e l'umore dell'utente all'inizio del percorso riabilitativo e il raggiungimento degli obiettivi educativi previsti dal percorso stesso.
2. Ricercare delle strategie di intervento volte a favorire l'adozione e il mantenimento di comportamenti protettivi.

METODO

Lo studio è stato condotto presso il Servizio di riabilitazione cardiologia "Cardioaction" dell'Ospedale di Thiene. Sono stati arruolati dal 1 Gennaio al 13 Settembre 2005, 113 pazienti con patologia coronarica, di cui solo 100 soggetti hanno frequentato almeno 2 delle 3 fasi dell'intero ciclo del programma (base, 6 mesi, 12 mesi). I criteri di inclusione/esclusione corrispondono con quelli di reclutamento al programma riabilitativo. I **criteri di inclusione** sono: infarto miocardico, angina stabile, angioplastica coronarica (PTCA) e Bypass aortocoronarico (CABG). I **criteri di esclusione**: età ≥ 80 anni, malattia coronarica ricorrente, grave collasso cardiaco, funzioni cognitive alterate, severa disabilità fisica. L'intervento riabilitativo è affidato a un team multidisciplinare composto di 2 infermieri, dietista, fisioterapista e cardiologo. L'infermiere ha un ruolo di coordinamento all'interno del team. È responsabile dell'identificazione e reclutamento dei pazienti e dei familiari da inserire nel programma che è articolato in tre fasi: un programma multidisciplinare di 8 settimane di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare e un follow-up a 6 mesi e ad 1 anno.

Durante l'incontro di base vengono fornite al paziente e al partner informazioni sulla patologia e sui fattori di rischio cardiovascolare, viene effettuata una valutazione complessiva del rischio cardiovascolare individuale e vengono definiti gli obiettivi riabilitativi. L'infermiere effettua inoltre una valutazione psicosociale attraverso la consegna al paziente e al familiare di un plico di materiale di autocompilazione che contiene:

- **Un questionario su "Convinzioni ed esperienze"**: una versione modificata del "York Angina Beliefs Questionnaire."⁽⁹⁾ Seguendo quanto suggerito dall'*Health Belief Model*, il questionario ha lo scopo di valutare l'importanza che i pazienti e i familiari attribuiscono al cambiamento di abitudini malsane quali lo stress, l'alimentazio-

ne insana e l'inattività fisica. Queste convinzioni sono monitorate durante tutto il percorso riabilitativo, data la loro capacità di influenzare il comportamento del soggetto.

- **Scala di ansia e depressione per il contesto ospedaliero (HADS)**: Nella letteratura internazionale⁽¹⁰⁻¹¹⁾ è indicato come lo strumento più semplice ed il più utilizzato, non richiede molto tempo e la cui validità è stata ampiamente comprovata⁽¹²⁾. Il questionario contiene 14 items suddivisi equamente tra voci relative alla depressione e voci relative all'ansia, presentati tuttavia in ordine casuale all'interno del questionario.
- **Scala GMS modificata**: permette la valutazione dello stato generale dell'umore attraverso 10 termini negativi e 10 positivi che identificano i rispettivi aspetti positivi e negativi dell'umore nel paziente con malattia coronarica e che sono misurati su una scala a 5 punti di intensità.

Il paziente frequenta il servizio **1 giorno la settimana, per 8 settimane**. Ha l'opportunità di frequentare le sessioni comuni di esercizio fisico, di consultare dietista ed infermieri presenti, di discutere e aggiornare con la fisioterapista il proprio programma di esercizio fisico domiciliare. L'infermiere coordina e lavora nel contesto del gruppo, coordina le interazioni con le altre discipline, offre esperienza cardiologica, capacità infermieristiche tradizionali, capacità di valutazione psico-sociale e gestionale, consulenza telefonica.

Follow up a 6 mesi e ad 1 anno

Il paziente ed eventuali familiari sono invitati ad un secondo e ad un terzo in-

contro durante il quale è riproposta la valutazione da parte di ciascuna figura professionale per aggiornare e monitorare l'aderenza al programma e i risultati raggiunti. È riproposta l'autocompilazione del questionario (modificato per il diverso momento di somministrazione) e dei tests psicologici, tra cui la **scala VAS (Visual Analogue Scale) di Stato di salute percepita**.

RISULTATI

La popolazione studiata è costituita da 100 pazienti, 73 maschi e 27 femmine, con un'età media di 64,5. Nella valutazione iniziale, il 45.3% dei soggetti dello studio presenta ansia, il 24.2% depressione, mentre il valore medio del tono dell'umore è 1,92±0.8. In tutte le fasi di valutazione, i soggetti con **ansia e depressione** presentano un **tono dell'umore più basso** e una **percezione peggiore del proprio stato di salute**, rispetto ai soggetti che non soffrono di questi disturbi.

Per quanto concerne lo **stile di vita**, nel corso del programma riabilitativo le abitudini di vita delle persone coinvolte si modificano in questo modo:

- La percentuale dei soggetti con abitudini alimentari adeguate, passa dal 27% nella valutazione basale, al 58,4% al follow up a 12 mesi. **Abitudini alimentari corrette** nella valutazione di base, corrispondono ad un **significativo miglioramento del tono dell'umore** a 12 mesi, rispetto a abitudini alimentari non adeguate.
- Nella valutazione basale il 63% dei soggetti effettua abitualmente un'attività fisica adeguata, questa percen-

	ANSIA			DEPRESSIONE		
	si	no	p	si	no	p
tono umore						
base	1,5± 0,7	2,2± 0,78	0.0001	1,5± 0,7	2,1± 0,79	0.007
6 mesi	1,8 ± 0,7	2,6 ± 0,61	0.0001	1,8± 0,7	2,4 ± 0,68	0.001
12 mesi	1,7 ± 0,7	2,6 ± 0,7	0.0001	1,8 ± 0,8	2,4± 0,75	0.027
stato di salute						
base	68,0± 16,1	74,4± 18,9	0.044	69,2± 22,6	72,8± 17,2	ns
6 mesi	64,4± 20,2	75,6± 16,3	0.012	62,2± 20,4	74,7± 16,8	0.016
12 mesi	58,2± 21,6	77,1± 12,8	0.0001	53,5± 20,5	76,4± 13,8	0.001



tuale sale all'82,9% dopo 12 mesi. Gli **obiettivi** previsti dal **programma di educazione all'attività fisica** sono **raggiunti dal 69%** dei soggetti **non ansiosi** rispetto al **31%** degli **ansiosi** e **dall'82.8%** dei soggetti **non depressi** rispetto al **17.2%** dei **depressi**.

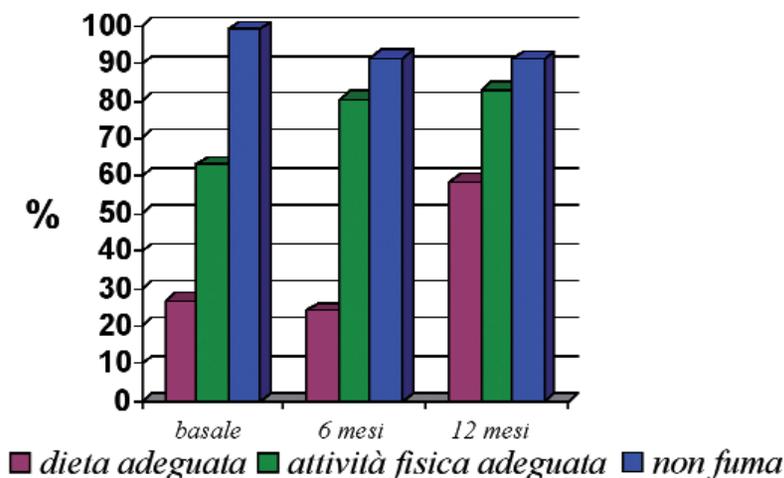
- Più scoraggiante il dato sull'abitudine al fumo: mentre il 99% delle persone non fuma nella valutazione basale, questa percentuale scende al 91% a 12 mesi. Tutti coloro che hanno **ripreso a fumare** avevano smesso in concomitanza dell'evento acuto e presentavano un tono dell'umore più basso rispetto ai non fumatori.

Per quanto riguarda le convinzioni della popolazione studiata circa l'adeguatezza del proprio stile di vita, emerge che nella valutazione di base il **44,3% dei soggetti pensa di svolgere un'attività fisica sufficiente**, mentre dai dati si rileva che il 37% del campione non svolge alcun esercizio fisico e l'85,7% di chi fa attività fisica, la fa di intensità lieve. Nella valutazione di base il **35,7% dei soggetti pensa di seguire una dieta corretta**, mentre in realtà solo il 27% ha abitudini alimentari adeguate. Possiamo affermare che la popolazione in studio riconosce l'importanza dei fattori di rischio fumo, inattività fisica ed errate abitudini alimentari e modifica le proprie abitudini nel corso del tempo. La percezione dei benefici derivanti dalla modificazione dello stile di vita è innegabile, dall'altra parte è sottostimata l'esposizione al rischio individuale: molte persone pensano di avere abitudini adeguate anche quando questo non è vero, e questo va ad influenzare l'energia che il soggetto impiega per modificare il proprio stile di vita compromettendo i risultati finali.

CONCLUSIONI

Dallo studio emerge il ruolo importante che ansia, depressione e tono dell'umore rivestono nella capacità dell'individuo di rispondere positivamente all'intervento riabilitativo e di modificare e mantenere abitudini di vita salutari. Quali strategie mettere in atto nello specifico della gestione di ansia depressione e umore? Quali opportunità emergono per la professione infermieristica e per migliorare l'assistenza di questi pazienti? Alcune proposte:

1. Attivazione di sistemi di screening⁽¹³⁻¹⁴⁾ attraverso i quali l'infermiere può individuare precocemente i pazienti affetti da ansia e/o depressione definendo anche il grado di intensità, in mo-



do da pianificare interventi specifici e differenziati. L'utilizzo di scale quali HADS, GBS, scala dell'umore, questionario sulle convinzioni di salute dovrebbero diventare strumenti a disposizione dell'accertamento infermieristico.

2. Passare da un approccio all'utente di tipo paternalistico ad un approccio cooperativo, da "cosa posso fare per lui?" a "cosa può fare per se stesso e come può trovare le risorse per farlo?"⁽¹⁵⁾. L'approccio teorico di riferimento è il *modello Hardiness* o della *personalità resiliente*. Questo per l'infermiere significa sviluppare competenze di counseling tali da incrementare nella persona l'autonomia di pensiero e d'azione, al fine di renderla più soddisfatta e capace di condurre una vita serena e socialmente integrata. Agire sulle attribuzioni causali che il soggetto mette in atto aumenta la possibilità di successo dell'intervento educativo.

3. Allargare la rete di riferimento cui il team può accedere per soddisfare bisogni specifici del paziente: centri salute mentale, servizi per i disturbi alimentari, per il trattamento della dipendenza da alcool, opportunità di salute offerte da altre realtà sanitarie e sociali (corsi per smettere di fumare, percorsi salute, corsi di cucina...).

4. Integrare il team con professionisti con competenze specialistiche quali lo psicologo, ma anche l'infermiere di salute mentale, come auspicato da uno studio pubblicato dal giornale europeo di infermieristica cardiovascolare⁽¹⁴⁾. Questo permetterebbe di affiancare agli interventi educativi standardizzati, che hanno dimostrato la loro efficacia nella lotta alle malattie cardiovascolari e nella prevenzione dei relativi fattori di rischio, interventi specifici rivolti al singolo individuo.

BIBLIOGRAFIA

- Wood D, De Backer G, Faergeman O., Graham I, Mancina G, Pyorala K., on behalf of the Task Force. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. Eur. Heart J 1998; 19: 1434-1503.
- Remme WJ, McMurray JJ, Rauch B, et al. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. Eur Heart J 2005; 31.
- Arcuri L., Manuale di Psicologia Sociale. Ed. Il Mulino. Bologna, 1995.
- Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari. Agenzia Servizi Sanitari Regionale. Roma, 2005.
- Ciddio P. Attività fisica, salute e anziani. Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. II corso integrato di Psicopedagogia. <http://www.motorie.univr.it/documenti/OcconrenzaIns>
- A. Bandura, L'autoefficacia. Teoria e applicazioni, Ed. Erikson, Trento 2000.
- Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. J Pers Soc Psychol. 1979 Jan; 37(1):1-11.
- Fiorentini A., Resilienza. www.italy-news.net/Editoriali/Fiorentini/resilienza.htm
- Furze G, Roebuck A., Bull P, Lewin R. JP, R. D. Thompson A comparison of the illness beliefs of people with angina and their peers: a questionnaire study. BMC Cardiovascular Disorders 2002; 2:4.
- Hermasnn C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale - a review of validation data and clinical results. Journal of Psychosomatic Research 1997; 42(1): 17-41.
- Costantini M., Musso M., Viterboni P. et al. Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. Support Care Cancer 1999; 7(3): 121-127.
- L. Vedana, P. Baiardi, M. Sommaruga, M. Galli, M. Neri, R.F.E. Pedretti, R. Tramarin, G. Bertolotti. Clinical validation of an anxiety and depression screening test for intensive in-hospital rehabilitation. Monaldi Arch Chest Dis. 2001; 56 (2): 101-106.
- Slama K. Comportamento e cambiamento nella salute. Unione Internazionale contro la Tuberculosis e le Malattie Polmonari, Parigi, Francia. www.uicc.org/fileadmin/manuale/frequenza.pdf
- Editoriale. Depression in cardiac patients: what can nurses do about it? European Journal of Cardiovascular nursing 5 (2006) 251-252.
- Zannini L.. Salute, malattia e cura. Ed. F. Angeli, Milano 2001. Cap. 2 pag. 61-70.

La Biblioteca biomedica dell'U.L.S.S. n. 6 "Vicenza" è accessibile agli iscritti Ipasvi

IL REGOLAMENTO

A seguito della richiesta formulata da parte del Collegio IPASVI di Vicenza circa la possibilità di usufruire della Biblioteca Biomedica dell'ULSS 6, siamo lieti di informare tutti gli iscritti che tale richiesta è stata accolta positivamente da parte della Direzione Medica, mediante comunicazione scritta a firma del Direttore dr. Livio Dalla Barba.

Confidando che tale servizio possa rendere utilità a tutti i colleghi, riportiamo di seguito il regolamento della Biblioteca.

1) CONFIGURAZIONE

La "Biblioteca biomedica" dell'Azienda (di seguito Biblioteca) è una unità operativa che eroga servizi bibliografici e documentari orientati alla didattica e alla ricerca nel prevalente ambito delle scienze biomediche.

Essa è collocata in staff alla Direzione Generale e ha sede presso l'Ospedale di Vicenza.

2) FINALITÀ

La Biblioteca assicura la migliore fruizione, l'aggiornamento e la conservazione della collezione bibliografica dell'Azienda; cura lo sviluppo dei servizi bibliotecari e documentari a supporto della didattica e della ricerca biomedica e in altri campi attinenti alle attività sanitarie, offrendo specifiche competenze di ricerca e di organizzazione delle informazioni scientifiche.

In particolare sono compiti della Biblioteca:

- coordinare le procedure di acquisizione, i criteri di descrizione dei documenti e di recupero dell'informazione bibliografica;
- garantire l'accesso ai documenti mediante una organizzazione e gestione dei servizi finalizzata al soddisfacimento dei bisogni degli utenti;
- promuovere l'installazione di collegamenti multimediali e l'adozione di applicazioni informatiche atte a garantire, alla sede della biblioteca e alle strutture decentrate dell'Azienda, una

qualificata dotazione di servizi bibliografici accessibile e fruibile omogeneamente in ogni punto della rete;

- su richiesta, assicurare la trasmissione dei testi agli utenti;
- collaborare alla attivazione di programmi di formazione ed aggiornamento permanente degli operatori del servizio sanitario.

3) ORGANIZZAZIONE

La gestione della Biblioteca è affidata ad una specifica "Commissione per la Biblioteca biomedica" (di seguito 'Commissione') nominata dal Direttore Generale e composta da un numero minimo di 5 componenti in rappresentanza delle diverse aree interessate.

La gestione tecnica e operativa della Biblioteca è affidata dalla Direzione Generale ad un **Bibliotecario**, che opera autonomamente sulla base degli indirizzi stabiliti dalla Commissione.

Oltre che dal Bibliotecario, la Commissione per la Biblioteca è coadiuvata:

- da un rappresentante del Servizio Approvvigionamenti Generali;
- da un rappresentante del Servizio Tecnico-patrimoniale, Progetti e Logistica,
- da un rappresentante del Servizio per l'Informatica Generale;
- da un rappresentante dell'Ufficio Infermieristico Centrale.

La Commissione nomina tra i suoi componenti il **Coordinatore della Commissione**, con il compito di convocare la stessa almeno una volta all'anno e dirigerne i lavori.

Spetta in particolare alla Commissione:

1. assolvere alla gestione ordinaria;
2. individuare opportunità per l'ampliamento delle sorgenti culturali; curare lo sviluppo con le altre biblioteche e associazioni culturali;
3. gestire i rapporti con la comunità scientifica nazionale e internazionale;
4. sostenere la formazione degli studenti e l'aggiornamento degli operatori sanitari;
5. adottare la programmazione annuale del servizio bibliotecario in coerenza

con le indicazioni della Direzione Generale e tenendo conto delle proposte del Bibliotecario;

6. definire lo schema contabile di previsione e di consuntivo;
7. determinare i criteri di erogazione e tariffazione dei servizi;
8. suggerire alla Direzione Generale le eventuali integrazioni e variazioni al presente regolamento.

La Commissione può avvalersi di esperti esterni con funzioni di consulenza tecnica.

4) ACCESSO

Alla Biblioteca hanno libero accesso, anche tramite servizi di rete telematica o telefonica:

- utenti interni
- il personale dipendente dell' U.L.S.S.;
- il personale tirocinante e frequentatore volontario;
- i medici di medicina generale appartenenti all'ULSS;
- gli studenti dei Corsi di laurea delle Università degli Studi di Padova e Verona, Polo didattico di Vicenza;
- utenti esterni
- i medici di medicina generale appartenenti ad altre U.L.S.S.;
- studenti di altre università e corsi di laurea;
- i degenti che ne facciano richiesta;
- personale facente parte dell'associazionismo riconosciuto;

L'apertura sarà assicurata nei giorni da lunedì a venerdì, negli orari che saranno stabiliti dal Bibliotecario d'intesa con il Coordinatore della Biblioteca.

5) SERVIZI OFFERTI

La Biblioteca mette a disposizione:

- una collezione aggiornata di periodici correnti relativa agli ambiti disciplinari di interesse stabiliti dalla Commissione per la biblioteca, sia su supporto cartaceo che on-line;
- banche dati di carattere biomedico consulta bili in biblioteca o dalle postazioni abilitate all'interno dell'azienda;
- un archivio della documentazione scientifica (letteratura grigia) prodotta dal



personale dipendente dell'U.L.S.S.;
- cataloghi e strumenti di consultazione che permettono il miglior utilizzo delle risorse informative in dotazione.

La Biblioteca predispone nel sito Internet dell'Azienda alcune pagine relative ai servizi offerti e alle modalità di utilizzo degli stessi; offre, inoltre, una selezione di link a siti negli ambiti disciplinari di interesse della biblioteca, programmi di utilità per la gestione di bibliografie, accesso a periodici e banche dati tramite accesso controllato, modulistica di richiesta per il document delivery.

La Biblioteca offre inoltre la possibilità:

- di **consultazione**: è consentita la libera consultazione di ogni tipo di documento posseduto durante l'orario di apertura al pubblico. Nei locali della biblioteca sono a disposizione per la consultazione i periodici correnti più recenti, mentre il posseduto rimanente è collocato a magazzino. Quando il recupero dei periodici dal magazzino si presenta impegnativo, la consultazione potrà essere differita.
- di **ricerche bibliografiche con banche dati e archivi elettronici online**: la biblioteca ha accesso a banche dati a pagamento (complementari a quelle gratuite accessibili via internet) di carattere biomedico, oltre a riviste full-text on line: la ricerca su queste banche dati può essere effettuata direttamente dagli utenti interessati operando da tutte le stazioni di lavoro abilitate presso la Biblioteca o dalle altre postazioni abilitate, su richiesta, all'interno dell'ospedale. La ricerca guidata viene svolta in sede, su appuntamento.
- di **prestito a domicilio**: il prestito è concesso previa presentazione di un documento che certifichi l'appartenenza del richiedente ad una delle categorie ammesse all'uso della biblioteca. I periodici cartacei possono essere dati a prestito per un massimo di dieci giorni. Sono esclusi dal prestito l'ultimo numero di ciascuna testata e la dotazione documentaria di consultazione di base.
- di **document delivery/prestito interbibliotecario**: attraverso il servizio di Document Delivery la biblioteca può fornire documenti non presenti nel proprio patrimonio, richiedendoli ad altre strutture italiane e straniere con le quali intrattiene forme di cooperazione e di interscambio reciproco e gratuito. I servizi di document deli-

very a pagamento saranno concordati con il Bibliotecario.

- di **informazioni bibliografiche**: tale servizio è attivo presso la sede della biblioteca durante l'orario di apertura.
- di **accesso ad Internet**: l'accesso alle risorse disponibili su web è consentito per scopi di documentazione e ricerca.
- di **riproduzione su carta e digitale**: il servizio viene svolto - a pagamento, secondo le tariffe stabilite dalla Commissione - per il solo materiale posseduto dalla biblioteca, tramite fotocopiatura, scansione digitale, stampa, nel rispetto della normativa vigente in materia di diritto d'autore e copyright.

- di **corsi di formazione**: in collaborazione con l'Ufficio Formazione dell'ULSS, vengono realizzati per il personale dipendente corsi all'utilizzo e al reperimento delle informazioni in Internet e su supporto elettronico, anche in collaborazione con altre biblioteche biomediche.
- di **utilizzo dei propri locali**, per divulgazione istituzionale e la realizzazione di incontri scientifici e di aggiornamento.

6) TARIFFE

Gli eventuali costi dei servizi da addebitare agli utenti e le modalità di esazione saranno definiti dalla Commissione d'intesa con i Servizi dell'ULSS interessati.



L'ingresso della Biblioteca biomedica al Chiostro dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza



SOCIETÀ
MEDICO • CHIRURGICA
VICENTINA

Con il patrocinio di
REGIONE VENETO

ORDINE DEI MEDICI
E DEGLI
ODONTOIATRI
DI VICENZA

IPASVI

ULSS 3 - ULSS 4
ULSS 5 - ULSS 6

CULTURA E (È) SALUTE

*"..ha fatto più morti la cultura
della bomba atomica."*

G.Gaber



VICENZA, 10 e 17 OTTOBRE 2009

CONFARTIGIANATO VICENZA

Sala dei Fondatori- via Fermi 134

*La cultura è il nostro sguardo sul mondo.
E questo sguardo, consapevole e/o inconsapevole,
determina il modo con cui ci rapportiamo alle persone
e alle cose.*

*Dalla nostra cultura dipende la nostra idea di salute,
di malattia e di Cura ed i nostri comportamenti con-
seguenti.*

*Occuparsi del rapporto tra cultura e salute è interro-
garsi sulle diverse letture che operatori e pazienti
adottano e che , spesso, sono fonte di incomprensio-
ne reciproca.*

*L'obiettivo di questo incontro vuole essere quello di
chiarire alcuni aspetti di questo intreccio, cercando di
indagare, al di là di immediate apparenze, quelli che
sono gli schemi profondi del nostro operare.*

*Abbiamo scelto due "nodi", tra i molti possibili, che
ci sono sembrati particolarmente esemplificativi per-
ché attraversano tutta l'esperienza umana: la cultura
di genere e la cultura del termine della vita.*

*Questo Convegno vuole approfondire il modo con cui
la società e la sanità odierna si rapportano a donne e
uomini, alle loro vite, alla loro salute, alla loro morte.
Vogliamo confrontare il patrimonio concettuale ed il
sapere pratico accumulato nelle nostre esperienze di
lavoro, consci che solo una cultura condivisa, libera e
consapevole, possa aiutarci a costruire sempre più
attenti percorsi di Cura.*

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Simionato Carlo, Presidente SMCV
carlosimionato@studiosimionato.191.it

Biasin Renata, Consigliera SMCV
renatabiasin@tim.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Società Medico Chirurgica Vicentina
Via Rodolfi 37 36100 Vicenza
Tel. E Fax 0444753691
smcv@ulssvicenza.it
www.socmedchirvic.it

RELATORI

Valeria Arzenton
Sociologa, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie

Domenica Boaria
Psicologa Psicoterapeuta

Luisa Consolaro
Medico Psichiatra, Istituto Veneto Terapia Familiare

Giacomo Del Vecchio
Medico Infettivologo, Ospedali Riuniti Bergamo

Gianmaria Fanchin
Infermiere Professionale, ASL Vicenza

Alessandra Feltrin
Psicologa Clinica, Centro Reg.le Trapianti Veneto

Iona Heath
Medico di Medicina Generale, Londra GB

Donatella Sghedoni
Medico Ginecologa, ASL Città di Milano

Carlo Simionato
Medico Psicoterapeuta-Psicosomatista, SMCV

Sandro Spinsanti
Psicologo e Teologo, Istituto Giannotti Roma

Paolo Vidali, Docente di Filosofia L.Quadri Vicenza



Sabato 10 ottobre 2009

CURA E CULTURA

- 8,30 **Iscrizione e registrazione partecipanti**
- 9,00 **Saluti delle Autorità:**
interviene Francesca Lazzari,
Assessore alla Cultura del Comune di Vicenza
- Moderatori:** Enrico Ioverno, Rosabianca Guglielmi
- 9,15 **“I Determinanti Culturali della Salute”**
Carlo Simionato
- 10,00 **“I Medici vengono da Giove, i Pazienti da Saturno”**
Giacomo Delvecchio
- 10,45 **COFFEE-BREAK**
- 11,00 **“Differenze di Genere, Salute e Sanità”**
Valeria Arzenton
- 11,45 **“Le parole delle Donne”**
Donatella Sghedoni
- 12,30 **Tavola rotonda con:**
Luisa Consolaro, Paolo Vidali,
G.Delvecchio, V.Arzenton,
C.Simionato, D.Sghedoni

Sabato 17 ottobre 2009

CULTURA DEL VIVERE, CULTURA DEL MORIRE

- 8,30 **Registrazione Iscritti**
- Moderatori:** Franco Marranconi, Eliseo Longo
- 9,00 **“La Cura e la Cultura del Limite
(quando e come il limite ci può essere amico?)”**
Sandro Spinsanti
- 9,45 **“Modi di morire”**
Iona Heath
- 10,45 **“Cultura del morire e vissuto degli Operatori”**
Domenica Boaria
- 11,15 **COFFEE BREAK**
- 11,30 **“L’etica del morire: un’indagine in Veneto”**
Alessandra Feltrin
- 12,00 **Tavola Rotonda con:**
S.Spinsanti, I. Heath, D.Boaria,
A.Feltrin, G. Fanchin
- 13,00 **Conclusioni**
Carlo Simionato
- 13,10 **compilazione questionari ECM**

NOTE INFORMATIVE

Il presente evento formativo è rivolto a tutti i Medici, agli Infermieri Professionali, agli Psicologi, agli Educatori, alle Assistenti Sanitarie, alle Ostetriche, agli Operatori Socio Sanitari (max 250 partecipanti).

Per ottenere i crediti ECM è necessario: partecipare a entrambe le giornate di formazione, sostenere la prova di verifica apprendimento (questionario), compilare la scheda di rilevazione del gradimento, comunicare i propri dati personali.

Iscrizioni:

Sig.ra Mauretta Rigo
maurettarigo@virgilio.it
cell 3391417313



Per partecipare è necessaria l’iscrizione alla Società Medico-Chirurgica Vicentina. Il Convegno è gratuito per i Soci in regola con l’iscrizione e per gli studenti dei corsi delle Facoltà di Medicina.

Per i non iscritti è previsto un contributo di 40 euro, comprensivo dell’iscrizione annuale 2010 alla Società.

L’iscrizione alla Società comporta la gratuità a eventi successivi organizzati dalla Società stessa.

La Società non ha **volutamente** sponsorizzazioni da parte dell’industria farmaceutica. Gli eventi che organizza sono frutto di lavoro gratuito da parte dei Soci. Il contributo dell’adesione alla Società, anche se limitato, è indispensabile per poter continuare il nostro lavoro in modo qualificato, ma indipendente e trasparente.

L'operatore sanitario centrato sulla persona

Le competenze di counseling nell'ambito socio-sanitario

*La comunicazione è più rara della
felicità e più fragile della bellezza
(E. Mounier)*

Chi entra nella triste consapevolezza di una malattia cronica o chi, per un improvviso incidente, si ritrova con una menomazione o lesione grave, chi vive l'amara esperienza della perdita e della elaborazione del lutto, ha un insopprimibile bisogno di uno sguardo attento e di un ascolto profondo. Quello sguardo/ascolto che ti entra nell'anima e rompe la tua solitudine con una presenza di alta qualità personale e transpersonale. Con un training sulle "qualità/abilità/competenze di counseling" relativamente semplice e breve, possiamo dare a tutti coloro che si prendono cura dei nostri malati la possibilità di rispondere affermativamente alle suddette esigenze. Possiamo aiutarli ad *"entrare completamente nell'universo dei sentimenti dell'altro e delle sue personali convinzioni e vederle dal suo stesso punto di vista; a penetrare nel suo universo interiore così totalmente da perdere il desiderio di valutarlo e giudicarlo; ad entrarci con la sensibilità necessaria per non calpestare valori per l'altro preziosi"* (Rogers, *On Becoming a Person*, 1961, p. 53).

Sepolto nell'interiorità di ogni persona c'è un immenso desiderio di esser capito, accettato e amato semplicemente così com'è. Ogni processo di sviluppo è in qualche modo l'acquisizione di una capacità di comunicare e vivere un rapporto. Chi è stato duramente provato dalla vita e ha avuto solo relazioni scadenti, può trovare difficile credere in un'autentica possibilità di relazione: teme sempre di vederla naufragare. In questi casi la qualità relazionale richiesta è davvero grande e ancor più grande è la capacità di accoglienza richiesta di fronte allo sconcerto e all'angoscia sconquassante della malattia cronica, degenerativa, terminale.

Aiutare la persona gravemente e cronicamente malata ad emergere, a uscire dal sommerso, ad esistere è compito non facile, ma è l'unico plausibile per

chi lavora in questi contesti. Sappiamo che l'individuo esiste solo se non resta sommerso nell'inconsapevolezza e nell'inautenticità; più è grande la sofferenza e più è grande il bisogno di un clima favorevole e di opportunità di incontro per divenire consapevoli di sé e per comunicare. Per questo il supporto della formazione continua è essenziale per chi lavora con malati terminali, cronici o con lesioni gravi.

La medicina classica si è concentrata sempre di più sullo studio, la cura e la terapia del **corpo oggetto**. Oggi è la tecnica che ha preso la scena: ma l'uomo è tale solo se emerge dal puro e semplice impiego utilitaristico delle cose. Nella persona l'esistenza precede l'essenza. Solo l'incontro e l'ascolto ci permettono uscire dall'utero (ex-isterson) e di venire alla luce. Accompagnare questo processo esistenziale attraverso il quale diventiamo effettivamente quelle persone che siamo in potenza è il compito più nobile del counselor. Con l'osservazione scientifica del malato (*paradigma fisicalista*) il personale sanitario vede solo ciò che anticipatamente si è proposto di vedere (vede solo ciò che è essenziale per lui), solo ritornando a centrarci sulle persone possiamo restituire alla sanità il suo significato essenziale originario.

Restituire l'anima al mondo socio-sanitario

*Chi cerca la verità dell'uomo
deve impadronirsi del suo dolore!
(G. Bernanos)*

Il diritto alla salute, diventato parametro di qualità della vita, investe di nuove responsabilità il sistema di cura pubblico, privato o di terzo settore e chiede una ridefinizione degli iter formativi delle vecchie e nuove professioni mediche, paramediche e infermieristiche. In questo complesso lavoro di rinnovamento è necessaria l'integrazione di diverse discipline: fisica, biologia, medicina, psicologia, sociologia, antropologia culturale, linguistica, didattica, etc. Occorre rivedere paradigmi, atteggiamenti, costrutti e comportamenti allo scopo di delineare i contorni precisi delle figure professionali rilevanti nell'ambito

socio-sanitario.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) da oltre mezzo secolo si è fatta promotrice di una nuova visione del rapporto salute/malattia e dei sistemi di cura e assistenza sanitaria, integrando il modello bio-medico con quello psico-sociale. A mio parere occorre ancora un ulteriore avanzamento culturale per cogliere tutta la complessità e ricchezza della condizione umana. Solo la chiarezza di pensiero e la consapevolezza profonda dei propri valori affettivi possono aiutarci a guarire noi stessi e quanti ricorrono alle nostre cure. Nietzsche ci riporta a questa consapevolezza quando definisce l'anima: **"Anima: per indicare un sistema di giudizi di valore e di affetti di valore"** (*Frammenti Postumi, maggio-luglio 1885, n. 35, 6*).

Per cominciare occorre che gli operatori sanitari (e per primi quanti curano la loro formazione) si decidano ad abbattere gli steccati disciplinari in cui la salute è stata rinchiusa, per offrire a quanti aspirano a lavorare nel campo socio-sanitario l'opportunità di respirare aria di libertà nell'apprendimento, nella ricerca e nella costruzione del benessere bio-psico-socio-spirituale. Occorre che la medicina apprenda a guardare contemporaneamente nelle opposte direzioni delle scienze della natura e delle scienze dell'uomo, coniugando sapere scientifico e **"arte del counseling"**. Occorre che la leadership sanitaria promuova un processo globale di cambiamento che sia nel segno della "qualità e dell'eccellenza" e favorisca il dialogo e l'integrazione di tutti gli operatori sanitari.

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale sta trasferendo in medicina la cultura aziendale con il rischio che quest'ultima annulli quei **valori etici e relazionali** che hanno finora caratterizzato le professioni di aiuto e le attività di cura. Con i corsi di formazione sulle qualità e le competenze di counseling intendiamo evitare questo pericolo, studiando modelli e metodologie capaci di coniugare i valori etici e relazionali con l'efficienza aziendale, il rispetto degli utenti (interni ed esterni) con il rispetto degli obiettivi del management sanitario.



REGIONE VENETO
AULSS 5 "Ovest vicentino"
Centro formazione

S.I.C.U.T. CONVIVIUM
Società Italiana di Counseling
Umanistico e Transpersonale

Con il patrocinio



INVITO

Sabato 10 ottobre 2009
dalle ore 9.00 alle ore 13.00

siete invitati ad un incontro gratuito di presentazione del corso:

"Counseling di processo"

presso Centro Formazione ULSS 5
Piazza Martiri della Libertà n. 9
36045 Lonigo (VI)

Il corso è organizzato dall'ASSOCIAZIONE CULTURALE CONVIVIUM in collaborazione con il Centro di formazione della ULSS 5 OVEST VICENTINO.

Il Counseling è la professione del terzo millennio e ha ampie possibilità di applicazione in ogni realtà sociale:

- strutture socio-sanitarie
- singoli clienti, coppie, famiglie e piccoli gruppi;
- realtà scolastiche e aziendali;
- mondo dello sport, del tempo libero e dell'arte;
- attività educative, di volontariato e di supporto.

Il counselor è presente nel contesto quotidiano ovunque emergano situazioni di sofferenza e disagio, momenti difficili di transizione, di decisione e di scelta, crisi personali e conflitti nelle relazioni. L'incontro, l'ascolto e il dialogo permettono al counselor di accogliere la problematica esistenziale e promuovere la ricerca di senso. Particolare rilievo assume il lavoro di integrazione tra salute e malattia, benessere e infelicità, vita e morte soprattutto in situazioni di cronicità, dipendenza, terminalità, lutto e perdita.

Il counselor può offrire la sua preziosa collaborazione a chiunque cerchi una maggiore serenità, saggezza e integrità corporea, psichica e spirituale.

L'incontro consentirà di avviare la riflessione sul processo di counseling e di sperimentare il modello di formazione per counselor, promosso dal Convivium.

In tale occasione si potrà anche effettuare l'iscrizione al corso.

È gradita una segnalazione tramite e-mail a:

centro.formazione@ulss5.it per comunicare la partecipazione.

Per informazioni organizzative 0444431378 o **www.formazione5.it**

I corsi di formazione ECM del Collegio Ipasvi. II° semestre 2009 e proposte 2010

29 settembre 2009

"La responsabilità giuridica nella prescrizione e nella somministrazione di farmaci"

Docente Luca Benci; Sostituto: Daniele Rodriguez. Crediti ECM: in attesa di assegnazione.

Il corso è destinato ad infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari per un totale di 80 partecipanti. La sede è l'Hotel Monte Berico di Vicenza. La quota di iscrizione è pari a 20,00 Euro comprensivi del buffet, per gli iscritti al Collegio Ipasvi di Vicenza.

LE ISCRIZIONI SARANNO APERTE

A PARTIRE DAL 30/08/09

(vedi modalità di iscrizione nel retro della rivista).

Questo corso ha lo scopo di approfondire le **normative relative ai farmaci** e alla loro distinzione con altre sostanze come gli emocomponenti che hanno una normativa diversa.

Verrà approfondita la tematica relativa alla conservazione dei farmaci, dei farmaci campioni, dei farmaci stupefacenti.

Ampio spazio verrà dato alla prescrizione medica quale atto principe del processo di somministrazione. Lo stesso Codice dei farmaci specifica che la prescrizione medica è "ogni ricetta medica rilasciata da un professionista autorizzato a prescrivere medicinali".

Non vi sono dubbi sul fatto che la ricetta medica sia caratterizzata da una prescrizione di farmaci, tuttavia la ricetta è al tempo stesso un atto più ampio e un atto più ristretto della prescrizione. È un atto più ampio in quanto, essendo rivolta alle farmacie, ha natura di "certificato"; è un atto più ristretto in quanto non contiene le reali istruzioni

operative che in genere contiene una prescrizione medica di farmaci.

Al contempo la prescrizione medica è qualcosa di meno e qualcosa di più della ricetta. È di meno in quanto non ha rilevanza esterna, si rivolge ad altri professionisti sanitari spesso contenuta in atti più complessi – la cartella clinica per esempio – o destinata direttamente al paziente; è di più in quanto deve contenere nel dettaglio le istruzioni operative che in genere la ricetta non contiene.

La situazione più corretta da individuare è quella relativa al contesto in cui la prescrizione viene attuata: la prescrizione adottata a domicilio del paziente e la prescrizione adottata in un luogo di cura.

Infine verrà dato conto delle problematiche relative alla somministrazione dei farmaci e alla relativa prevenzione degli errori.

La metodologia didattica prevalente sarà la lezione frontale con il dibattito guidato con l'esperto. Il materiale didattico consegnato sarà costituito da una dispensa e il metodo di verifica dell'apprendimento sarà un test con risposte multiple.

I sessione dalle ore 9 alle 12,15

I concetti di farmaco e la responsabilità per la conservazione dei farmaci.

Gli obiettivi educativi della sessione sono approfondire la conoscenza della legislazione farmaceutica in tema di esercizio professionale e le problematiche connesse alla conservazione dei farmaci.

La nozione di medicinale e la sua distinzione con altri concetti. Gli obblighi connessi all'etichettatura e al contenuto del foglio illustrativo compresa l'etichettatura per i blister e il confezionamento primario di piccole dimensioni.

Disposizioni per farmaci particolari (es. radionuclidi) o per sostanze non farmacologiche come il sangue e gli emocomponenti e i farmaci omeopatici. I farmaci stupefacenti. I farmaci campioni.

La classificazione dei farmaci: soggetti a prescrizione medica, a prescrizione medica speciale, utilizzabili esclusivamente dallo specialista, utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero, non soggetti a prescrizione medica, da banco ecc. La detenzione di farmaci scaduti. La sperimentazione di farmaci. Seguirà il dibattito e la pausa pranzo.

Sessione II dalle ore 14,00 alle 17,00 **La responsabilità per la prescrizione e somministrazione dei farmaci.**

Gli obiettivi sono rendere edotti i partecipanti delle norme relative alla prescrizione e alla somministrazione dei farmaci e alla responsabilità in caso di errore causativo di danno.

Approfondire le tematiche relative alla prevenzione dei rischi professionali.

Le caratteristiche della ricetta medica e della prescrizione farmacologica secondo la normativa e la giurisprudenza (obbligo di prescrivere secondo l'evidenza scientifica, secondo l'appropriatezza, secondo le note AIFA, ecc.).

La somministrazione dei farmaci in ambito ospedaliero e domiciliare. La prescrizione incompleta, condizionata, secondo protocollo, al verificarsi di determinati eventi. La prescrizione orale e la prescrizione telefonica. Il problema della mancanza di prescrizione in ambiente domiciliare e residenziale. L'autosomministrazione di determinate tipologie di pazienti.

La trasfusione di sangue e di emocomponenti: analisi delle problematiche. La responsabilità del medico e dell'infermiere secondo i criteri della responsabilità di equipe. La distribuzione diretta dei farmaci.

23 e 24 ottobre 2009

“Ruolo infermieristico nell'educazione e motivazione all'autocura: modelli e strategie per potenziare l'aderenza dell'assistito al trattamento”.

Docenti dr A. Copes e Dottoressa Boaretto. Crediti ECM: in attesa di assegnazione.

Il corso è destinato ad infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari per un totale di 50 partecipanti. La sede è l'Hotel Monte Berico di Vicenza. La quota di iscrizione è pari a 40,00 Euro comprensivi del buffet, per gli iscritti al Collegio Ipasvi di Vicenza.

LE ISCRIZIONI SARANNO APERTE A PARTIRE DAL 23/09/09

(vedi modalità di iscrizione nel retro della rivista).

Il corso si propone di fornire agli infermieri gli strumenti teorici ed operativi per svolgere in maniera coerente ed efficace la loro funzioni educativa e di promozione del benessere e di autonomia dell'assistito e della famiglia. Particolare attenzione verrà dedicata alle strategie per motivare il paziente non solo a cominciare un trattamento ma anche a mantenerlo nel corso del tempo.

Il Profilo Professionale dell'infermiere (D.M. 14 settembre 1994 n. 739) identifica in questa figura il responsabile dell'assistenza infermieristica e come tale atta a svolgere funzioni di prevenzione delle malattie, assistenza ai malati di tutte le età ed educazione sanitaria rivolte ai singoli, alla famiglia, alla collettività. Le caratteristiche dell'assistenza infermieristica sono quindi di natura tecnica, relazione ed educativa.

Anche il nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, approvato a gennaio 2009, ha sottolineato in diversi passaggi che l'intervento dell'infermiere deve avere un carattere fortemente educativo, oltre che potenziare l'autonomia nell'assistito, non solo riguardo alle scelte terapeutiche, ma anche alla cura di sé.

Interagendo con la persona in difficoltà e la sua famiglia punta quindi ad aiutarla ad utilizzare in maniera efficace le risorse fisiche/psicologiche/sociali residue allo scopo di mantenere, recuperare ed eventualmente incrementare il benessere e la qualità di vita dell'assistito e del caregiver.

Questa importante funzione diventa estremamente importante alla luce dei

cambiamenti in atto nel panorama della Salute in Italia. L'aumento di patologie croniche ed una riduzione dei tempi di ricovero ospedaliero impongono a tutto il sistema sanitario italiano di porre particolare attenzione alla preparazione del paziente alla dimissione e/o alla sua gestione in ambito domiciliare attraverso la promozione delle competenze di autocura.

Il corso si propone di fornire agli infermieri gli strumenti teorici ed operativi per svolgere in maniera coerente ed efficace la loro funzioni educativa e di promozione del benessere e di autonomia dell'assistito e della famiglia. Particolare attenzione verrà dedicata alle strategie per motivare il paziente non solo a cominciare un trattamento ma anche a mantenerlo nel corso del tempo.

Gli obiettivi del corso sono:

- fornire ai partecipanti una cornice teorica coerente con la promozione dell'autocura;
- sviluppare le abilità di valutare il livello di capacità di autocura dell'assistito e del caregiver;
- sviluppare le capacità di pianificare, attuare e verificare interventi educativi e motivazionali in linea con il grado di autocura di assistito e caregiver;
- proporre tecniche per aumentare e implementare non solo l'adesione al trattamento ma anche il suo mantenimento nel tempo evitando ricadute o dropout;
- proporre modelli efficaci per motivare pazienti e familiari al cambiamento soprattutto in presenza di stili di vita non salutarì;
- incentivare le funzioni educative e di promozione della salute insiti nel ruolo dell'infermiere.

La metodologia del corso affiancherà alla lezione frontale anche metodologie didattiche che coinvolgono direttamente i partecipanti come:

- discussioni guidate;
- analisi di casi;
- esercitazioni e lavori di gruppo.

Prima giornata dalle ore 8,30 alle 13,00 e dalle ore 14,00 alle 18,00

Attualità e sviluppi del modello di autocura (self-care) proposto da D.E. Orem. Assistenza infermieristica e sistemi di nursing secondo il modello di self-care. Ruolo infermieristico e dell'assistito nel modello self-care.

Applicazioni operative del modello.

Aderenza e compliance: definizione dei concetti e loro possibile applicazione nel contesto lavorativo.

Fattori connessi all'aderenza e non aderenza: il paziente, la malattia, il trattamento, la relazione.

Aderenza e compliance in gruppi specifici di assistiti: discussione di casi clinici.

Seconda giornata dalle ore 8.30 alle 13,00 e dalle ore 14,00 alle 18,00

Cambiare i comportamenti: disponibilità al cambiamento, importanza del cambiamento, fiducia di riuscire nel cambiamento.

La resistenza come dimensione interpersonale: analisi della comunicazione professionista-paziente.

I compiti del professionista: favorire lo scambio di informazioni, ridurre la resistenza.

La comunicazione infermiere-paziente come strumento per facilitare la compliance.

Principi generali della consultazione finalizzata al cambiamento.

Suggerimenti per una buona pratica: strategie comunicative e interventi per migliorare l'aderenza.

Esercitazioni pratiche.

13 novembre 2009

“L'accanimento terapeutico, il diritto e il rifiuto alle cure e il testamento biologico: aspetti giuridici, deontologici”

Docente dr Luca Benci. Crediti ECM: in attesa di assegnazione.

Il corso è destinato ad infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari per un totale di 80 partecipanti. La sede è l'Hotel Monte Berico di Vicenza. La quota di iscrizione è pari a 20,00 Euro comprensivi del buffet, per gli iscritti al Collegio Ipasvi di Vicenza.

LE ISCRIZIONI SARANNO APERTE A PARTIRE DAL 14/10/09

(vedi modalità di iscrizione nel retro della rivista).

La tematica del consenso informato in questi decenni si è imposta come pratica clinica e assistenziale in seguito a provvedimenti giurisprudenziali, a interpretazioni costituzionali e parziali provvedimenti legislativi.

Verrà dato conto del dibattito giuridico, etico-deontologico e professionale delle implicazioni e della casistica dell'informazione al paziente, dell'acquisizione del consenso, del diritto e del rifiuto



to alle cure su maggiorenni e minorenni.

Verranno date le definizioni (incerte in realtà) di accanimento terapeutico e la distinzione con altre situazioni distinte che vengono spesso erroneamente accomunate.

Ampio risalto e dibattito sarà incentrato sul concetto di testamento biologico commentando anche la casistica medica e giurisprudenziale e sarà commentato lo stato di attuazione e di progressione dei disegni di legge in materia.

La metodologia didattica prevalente sarà la lezione frontale, a seguire il dibattito guidato con l'esperto. Il materiale didattico consegnato sarà costituito da una dispensa e il metodo di verifica dell'apprendimento sarà un test con risposte multiple.

12 dicembre 2009

"Il ruolo e la responsabilità del coordinatore alla luce delle attuali normative"

Docente dr Luca Benci. Crediti ECM: in attesa di assegnazione.

Il corso è destinato ai coordinatori infermieri, i quali hanno priorità per l'adesione. Nel caso non tutti i 50 posti fossero utilizzati potranno iscriversi al corso anche gli infermieri, gli infermieri pediatrici e gli assistenti sanitari. La sede è l'Hotel Monte Berico di Vicenza. La quota di iscrizione è pari a 20,00 Euro comprensivi del buffet, per gli iscritti al Collegio Ipasvi di Vicenza.

LE ISCRIZIONI SARANNO APERTE A PARTIRE DAL 12/11/09

vedi modalità di iscrizione nel retro della rivista).

Nel processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale forte rilievo lo hanno acquisito le figure gestionali di coordinamento. Dalla vecchia figura contrattuale del caposala all'attuale figura di coordinamento sono cambiati molti aspetti: quello formativo, quello relativo al ruolo, alla formazione, alla nomina.

La fondamentale legge 43/2006 ha introdotto l'obbligatorietà del titolo del master in coordinamento per l'esercizio di tale funzione ed è stata prontamente recepita dai contratti.

In verità i contratti di lavoro e la legge non sempre sono andati di pari passo comportando delle contraddizioni di si-

stema che devono essere affrontate. Le criticità sono diverse e sono relative al ruolo, alla selezione dei coordinatori e al loro reale ruolo all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Sarà anche affrontato il rapporto con la recente legge Brunetta e ai suoi aspetti precettivi.

La metodologia didattica prevalente sarà la lezione frontale, a seguire il dibattito guidato con l'esperto. Il materiale didattico consegnato sarà costituito da una dispensa e il metodo di verifica dell'apprendimento sarà un test con risposte multiple.

I sessione dalle ore 9 alle 12,15

Gli obiettivi sono approfondire e contestualizzare le più recenti innovazioni contrattuali e legislative delle professioni sanitarie e definire il ruolo del coordinatore.

Le modificazioni contrattuali e legislative, il ruolo del coordinatore infermieristico e delle professioni sanitarie: da caposala a coordinatore .

La responsabilità organizzativa e la re-

sponsabilità professionale: differenze Il coordinatore e la responsabilità organizzativa: attività proprie, attività delegabili, attività non delegabili. La supervisione dell'attività assistenziale: contenuti e limiti.

Il ruolo del coordinatore nel governo clinico con particolare riferimento alla prevenzione degli errori e ad un'organizzazione sicura.

Sessione II dalle ore 14,00 alle 17,00 Il coordinatore e i suoi collaboratori

Gli obiettivi sono approfondire e distinguere i concetti di delega di funzione, di attribuzione di attività e di responsabilità gestionale.

Ridefinire il ruolo del coordinatore nel contesto aziendale prossimo venturo.

L'istituto della delega di funzioni e l'istituto dell'attribuzione responsabile: applicabilità e differenze.

Il ruolo del coordinatore alla luce della riforma Brunetta (legge 15/2009) con particolare riferimento alla selezione, al sistema di valutazione della performance, ai procedimenti disciplinari.

PIANO FORMATIVO 2010

Il gruppo che si occupa delle proposte formative all'interno del Collegio sta lavorando su alcune tematiche da proporre per il primo semestre 2010. Nonostante i corsi siano in fase di preparazione siamo in grado di anticipare quelle che saranno le principali aree di interesse:

- "Evoluzione del Triage: il FAST TRACK".
- "Efficacia e cooperazione nella relazione d'aiuto".
- "Legge 69/2009: L'INFERMIERE IN FARMACIA, opportunità e sviluppo per la professione infermieristica".
- "L'infermieristica dai compiti alla competenza avanzata. Impianto e gestione del CVC ad inserimento periferico (PICC)".



Lo scorso 18 luglio è scomparsa la nostra collega Cristina



Non vi sono parole che possano esprimere adeguatamente il dolore e la tristezza che tutti noi abbiamo provato per la sua perdita. 32 anni, una vitalità unica e tanti traguardi ancora da raggiungere non lasciavano spazio all'idea che una simile tragedia potesse avverarsi.

Che Cristina fosse una grande alpinista è stato ampiamente riportato da tutti i media che si sono occupati della notizia. Questo Collegio vuole qui esprimere l'orgoglio e il privilegio che l'intera comunità professionale ha avuto nell'averla come collega.

Cristina si era diplomata nel 1996. Aveva lavorato all'IPAB "Salvi-Trento" e presso l'Ospedale di Vicenza, prima in Rianimazione e poi, dal 2005, in Pronto Soccorso. La sua vitalità e sensibilità l'avevano portata, inoltre, ad esercitare come volontaria in Costa d'Avorio, Brasile e Albania.

Ma Cristina era un'infermiera sempre e dovunque. Ci sono splendide foto che la ritraggono mentre si prende cura di donne nepalesi, bambini tibetani, compagni di spedizione. Non c'era intervista in cui non citasse con orgoglio la sua professione e con gratitudine i suoi colleghi.

Chiunque, come chi scrive, abbia lavorato accanto a lei, ha conosciuto una

persona straordinaria. Nel lavoro come nella vita Cristina univa in sé qualità apparentemente divergenti. Era giovane ma saggia, competente ma modesta, vivace e sensibile. Sapeva godere delle piccole cose pur aspirando ad imprese eccezionali. Manifestava il rispetto per i suoi pazienti ripetendo che, ogni giorno in corsia, osservava molte persone affrontare 8.000 molto più difficili e impegnativi dei suoi.

Noi, compagni di lavoro, vivevamo con preoccupazione i preparativi per le sue partenze, aspettavamo con ansia l'esito delle sue spedizioni ed esultavamo per il suo ritorno. Cristina tornava dalle sue montagne sfinita ma felice. Volevamo tutta per noi la Cristina collega temendo di perderla quando diventava la Cristina alpinista, ma sapevamo che non poteva esistere l'una senza l'altra. Di lei ricorderemo sempre il sorriso che regalava a tutti coloro che incontrava e l'energia che sprizzava dal primo all'ultimo minuto del turno.

Alla famiglia esprimiamo la speranza che il tempo possa alleviare il loro dolore nella consapevolezza che l'acchiappasogni riposa tra le sue montagne.

Ciao Cristina

Di seguito riportiamo alcuni versi che un collega ha voluto dedicare a Cristina.

RIFLESSION

*Che spettacolo
vardar le montagne
quele, tanto alte da spuntar
fora dale nuvole
e soto, la neve
che copre tutto come un velo ...
te vien proprio da pensare
de esser'na formiga.*

*Che spettacolo
vardar col naso alinsù
la note, illuminà dale luci dele stele
così tante e bele che te fa parfin
male i oci par tuta sta maraveja
e sto splendore.*

*Chissà quante volte, te ghe pensà ...
mi son proprio un puntin
in sto universo
immerso in tuta sta armonia
e penso anca mi,
so vegnù al mondo par desiderio
dei me genitori,
ma anca voler del Creatore
che provede tuto quanto con Amore.*

*E se un giorno le montagne
le me domanderà de riposare qua con
lore ...
ricordeme come che jero,
piena de Bontà che splendea
dal viso colmo di sorriso ...*

(L.)



