IPASVI VERONA

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia

LA CONSULENZA INFERMIERISTICA, UN DOVERE E UN'OPPORTUNITÀ

LE COMPETENZE AVANZATE DEGLI INFERMIERI, UNA QUERELLE INFINITA

numero 1-2 anno XX
gennaio - giugno 2015

SOMMARIO

EDITORIALE 1

RASSEGNA STAMPA
Infermieri sotto pressione, malessere pure in Veneto 2
Coletto e gli infermieri:«Il danno lo fa il Governo» 3
FIMMG - Lettera aperta agli infermieri professionali del veneto. 4
Le esigenze dei cittadini 4
Infermieri, la sfida «Dopo la laurea la specializzazione» 5
Assistenza «a minuti» sindacati già in trincea 6
Undici ore è il tetto massimo 7

ESPERIENZE DAL TERRITORIO
La consulenza infermieristica, un dovere e un'opportunità 8

ISTITUZIONI E TERRITORIO
Le competenze avanzate degli infermieri, una querelle infinita 12

NOI E GLI ALTRI
Alzheimer, tanti i bisogni di pazienti e familiari 14

RECENSIONI
Oscar e la dama in rosa 16

LETTERE AL DIRETTORE 17

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 25 agosto 2015.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta
Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Tabarini Gabriella, Pasquetto Francesca, Vanzetta Marina, Bernardelli Stefano, Cengia Maria Grazia, Molinari Luca, Zanolli Barbara, Ballarin Silvana, Corso Maurizio, Ortolani Riccardo, Verzé Alessia, Riolfi Rita.
Redazione: Vanzetta Marina, Cengia Maria Grazia, Bernardelli Stefano, Zanolli Barbara, Molinari Luca, Marcotto Enrico.
Editore: Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona
Note editoriali: Gli articoli inviati dovranno essere corredati dal titolo, dalle note bibliografiche, cognome e nome dell'autore e qualifica professionale, ente o istituto di appartenenza, recapito postale e telefonico. Dovranno essere inviati alla sede del Collegio IPASVI di Verona, via Cà di Cozzi 14/a, 37124 Verona - E-maili nfo@ipasviverona.com al Direttore di Prospettive Infermieristiche.

Si autorizza, nel rispetto delle comuni regole di salvaguardia delle pubblicazioni scientifiche e dei diritti d'autore, la riproduzione a scopo didattico e informativo degli articoli di Prospettive Infermieristiche purchè con citazione esplicita dell'autore e della rivista.
I punti di vista e le opinioni espressi negli articoli sono degli autori e non rispettano necessariamente quelli dell'Editore. Manoscritti e fotografie anche se non pubblicati non saranno restituiti. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Progetto grafico e impaginazione: cocchi&cocchi [www.cocchiecocchi.it]

Nel segno della continuità

di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI

Nell'assemblea ordinaria annuale che nel corrente anno abbiamo tenuto il 23 marzo scorso, presso il centro formativo dei Padri Camilliani, abbiamo illustrato, oltre agli altri progetti, quello relativo alla rivisitazione della rivista del Collegio, intesa come organo di comunicazione ufficiale dell'IPASVI di Verona.
Con piacere vi presento il frutto del lavoro che ha portato alla realizzazione dell'impegno assunto. Per la rivista on line in parola inizia una nuova serie, con un nuovo Direttore responsabile e un rinnovato comitato editoriale nonché un innovato piano editoriale.

Corre l'obbligo di ringraziare la collega Rita Riolfi che ha responsabilmente guidato la precedente edizione ed ha portato la rivista ad essere un vero "organo" del collegio IPASVI di cui andare fieri. Con Rita ringraziamo il precedente comitato di redazione che ha stimolato ed indirizzato lo sviluppo di una rivista per e degli infermieri di Verona, caratterizzandola per la sua valenza locale.
Su questo lavoro pregresso si innesca il nuovo allestimento editoriale, con una veste grafica rinnovata ed un piano editoriale riformulato che però preserva il senso di questo strumento.
In altre parole ci piacerebbe che la rivista *"Prospettive Infermieristiche"* diventasse un mezzo di condivisione del sapere infermieristico, per tutti gli infermieri del nostro Collegio. Ancora, uno degli obiettivi che abbiamo identificato come raggiungibili - con la rivista - è quello di veicolare le azioni di politica professionale che il Collegio mette in campo, a tutela della professione e soprattutto a sostegno dello sviluppo della stessa. Quindi un moderno strumento per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Ente Collegio.
Non solo, riteniamo che la potenzialità che maggiormente dovrebbe essere sviluppata con la diffusione della "voce del Collegio", tra tutti gli iscritti, sia quella di incentivarne la discussione e quindi l'adesione alle politiche della professione che sono rivolte allo sviluppo di cui già ho accennato. Per sottolineare meglio cosa sottende questo pensiero, ricordo la vicenda degli standard della Regione Veneto: è stata una battaglia che con convinzione abbiamo portato avanti ma che avrebbe avuto ben altri esiti se ci fosse stata l'adesione, con la conoscenza e discussione del tema, da parte di tutta la comunità professionale.

Infine, ma non ultimo, riteniamo che la rivista debba essere "un servizio" alla comunità professionale attraverso la divulgazione delle iniziative, di informazioni, dei momenti di aggregazione, di tutto quanto potrebbe essere utile conoscere sulle esperienze di successo dei colleghi, che spesso sono quelli della "porta accanto".
Infine permettetemi di ringraziare il nuovo Direttore, la collega Marina Vanzetta, con la sua squadra (comitato di redazione): a tutti il nostro sostegno ed i migliori auguri di una buona affermazione dell'iniziativa intrapresa: il loro successo sarà anche il nostro ovvero di tutta la professione.

Buona lettura.

RASSEGNA STAMPA

L'ARENA - 03 novembre 2014

Infermieri sotto pressione, malessere pure in Veneto

a cura della REDAZIONE

Il presidente del Collegio Ipasvi, Vallicella: «Il carico di lavoro è aumentato, ma le presenze effettive continuano a diminuire» Possibili disagi oggi negli ospedali a causa dello sciopero proclamato da Nursind, sindacato delle professioni infermieristiche. Difficile ipotizzare l'esito della protesta nella nostra provincia, dove il giovane sindacato annovera pochi iscritti e simpatizzanti.

«Sarà interessante vedere la risposta dei colleghi», commenta Franco Vallicella, presidente del Collegio Ipasvi di Verona, cui sono iscritti quasi 6.500 infermieri, il quale a memoria non ricorda «uno sciopero nazionale della categoria, che in effetti ha molti motivi per protestare, anche nella nostra regione e a Verona».
La sua analisi è precisa: «È motivo di grande preoccupazione, oltre che di malessere, la situazione che si sta velocemente affermando in seno alle strutture del servizio sanitario regionale, ossia l'aumento del carico di lavoro e la contemporanea diminuzione delle presenze effettive in servizio, poichè le uscite, per pensionamento o altro, non vengono sostituite».
«Agli infermieri», aggiunge Vallicella, «si chiede sempre di più senza dare nulla in cambio. Il Veneto, con l'approvazione del nuovo Piano socio sanitario, ha puntato molto sul contributo che può dare l'infermiere nella ridefinizione del servizio sanitario regionale, ma quanto delineato, anche in termini riorganizzativi, è rimasto quasi tutto sulla carta. Ogni giorno gli infermieri, che sono in prima linea, devono, con le forze a disposizione e con una vecchia organizzazione, garantire delle risposte ai pazienti, che giustamente non posso aspettare domani. Ecco allora che nasce spesso la sensazione di essere lasciati soli in una quotidiana battaglia a fianco dei pazienti».

Evidenzia il presidente del Collegio infermieri: «C'è poi il grave problema della disoccupazione o sottooccupazione infermieristica. Le strutture sanitarie avrebbero bisogno di personale infermieristico, la disponibilità di queste risorse sul mercato è abbondante, ma non vengono attivate le procedure di reclutamento, per i problemi finanziari che tutti conosciamo. E qui si consuma un'altra beffa: giovani che negli anni scorsi sono stati invogliati ad intraprendere la carriera infermieristica, oggi si trovano a vagare per l'Italia in affollatissimi concorsi. Oppure ad accettare lavori precari e sottopagati. Lo trovo paradossale: la sanità, che vuole prendersi carico dei problemi di salute dei cittadini, ha bisogno di più infermieri. Questi ci sono, ma non si inseriscono nel sistema perché li si considera un costo e non un investimento. È una visione miope che nel medio e lungo tempo pagheremo tutti». P.COL.

L'ARENA - 08 gennaio 2015

Coletto e gli infermieri: «Il danno lo fa il Governo»

VENEZIA. «Dipingere catastrofi non è il miglior modo per mettere a posto le cose se e dove non funzionano». Con queste parole l'Assessore regionale alla sanità Luca Coletto interviene sulla polemica e sull'allarme lanciato da uno dei sindacati degli infermieri (il «Nursind») sulla carenza di personale negli ospedali.

«Confrontiamoci anche duramente su qualsiasi argomento – aggiunge Coletto – ma nel farlo evitiamo inutili e dannose fantasie. La realtà – dice l'Assessore – è che il blocco delle assunzioni è figlio delle scelte dei Governi Monti prima, Letta poi e Renzi adesso, tanto che è inserito in bella vista nella legge di stabilità. La verità è che da tempo immemore usiamo ogni possibilità legittima per assumere, garantiamo totalmente il turnover, non neghiamo pressochè mai una richiesta di assunzione di medici o infermieri se in qualche reparto viene messa a rischio l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, tanto che negli ultimi anni sono stati assunti numerosi medici, infermieri e tecnici». «La stessa delibera sul minutaggio minimo di assistenza da garantire ad un singolo paziente, che si può ampliare su semplice richiesta del direttore generale – conclude Coletto - ben lungi dal bloccare le assunzioni, ne rende invece più agevole l'attivazione. Ad esempio quando in un reparto tale minutaggio scende sotto il minimo o si dimostra troppo elevato indicando così una possibile carenza di personale, o nel settore del privato convenzionato, che di fatto è stato costretto ad assumere per rispettare il minutaggio minimo».

«Sullo sfondo rimane sicuramente un quadro di difficoltà – aggiunge Coletto – ma, di fronte all'atteggiamento del Governo che continua a punire Abele invece di Caino, dobbiamo difenderci con le armi che abbiamo e cioè con un immenso e faticosissimo lavoro di mantenimento in ordine della spesa. Roma non aspetta altro che noi si sfori anche di qualche centinaio di euro per far scattare il commissariamento nazionale, che significherebbe introduzione al massimo possibile dell'addizionale Irpef (che siamo gli unici in Italia a non avere) e tagli, quelli sì pesantissimi, per i quali il problema non sarebbe più avere del personale in più, ma riuscire a non chiudere interi reparti.

Lo si tenga bene a mente – conclude Coletto – quando, con leggerezza, si accusa la Regione di "non volere" fare qualcosa.

L'alternativa a quello che stiamo facendo noi, con il sacrificio di tutti, a cominciare dai nostri medici e dai nostri infermieri e tecnici, che ringrazio per ogni minuto che dedicano ai nostri malati, è consegnare una delle migliori sanità d'Europa a un futuro di veri stenti e di veri tagli ai servizi».

L'ARENA - 17 maggio 2015

FIMMG, lettera aperta agli infermieri professionali del Veneto

FIMMG
FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE REGIONE DEL VENETO

LETTERA APERTA AGLI INFERMIERI PROFESSIONALI DEL VENETO

Cari Infermieri professionali, dopo anni di riduzione di posti letto ospedalieri e di carenze strutturali ed umane del Territorio, la Giunta Regionale ha finalmente varato giovedì 14 maggio us il primo vero investimento sulle Cure Primarie.
Si tratta di 25 ml per 4 anni **(100 milioni a regime dal 2018)** che verranno totalmente spesi per organizzare l'assistenza H 24 nelle Medicine di Gruppo ma, soprattutto, per assumere personale di segreteria (2500 circa) e Infermieri Professionali (1300 circa), a tutto vantaggio dei cittadini.
Dopo anni di blocco delle assunzioni ecco che, tramite i sindacati medici del Territorio (**Fimmg** in testa), nuove risorse professionali verranno impiegate, sia nell'Assistenza Domiciliare che nella gestione delle Patologie Croniche, a fianco dei Medici di Famiglia, secondo il modello della Medicina di iniziativa, previsto dal Piano Sanitario Regionale.
Noi siamo ragionevolmente soddisfatti di questo Accordo Regionale perché prevede una vostra massiccia presenza e collaborazione al nostro fianco, secondo il principio del rispetto del ruolo reciproco e del vostro contratto nazionale, a tutto vantaggio dei cittadini ammalati e dei cronici.
Siamo rimasti colpiti e sorpresi dall'opposizione manifestata pubblicamente dal vostro **Collegio IPASVI** (mutuata dalla CGIL CISL UIL funzione pubblica) che ha pubblicamente, ma invano, tentato di ostacolarne l'approvazione, rischiando di bloccare una grande occasione professionale e occupazionale che migliorerà la qualità dell'assistenza per i cittadini del Veneto.
Con le motivazioni addotte l'IPASVI ha dimostrato di non aver capito molto di questo Accordo, inducendovi pure ad un atteggiamento conflittuale verso noi Medici di Famiglia, conflitto che noi riteniamo assurdo e fuori dal tempo.
Noi tutti siamo chiamati a fornire una buona assistenza sul Territorio. Questo obiettivo può essere raggiunto solo **insieme con voi**, applicando un metodo di lavoro d'equipe.
In questo Progetto i medici di famiglia si sono battuti per farvi avere un ruolo fondamentale e decisivo.
Vi aspettiamo fiduciosi. Gli assistiti vi aspettano con noi.
A presto
I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA FIMMG del VENETO

Cari Infermieri professionali, dopo anni di riduzione di posti letto ospedalieri e di carenze strutturali e umane del Territorio la Giunta Regionale ha finalmente varato giovedì 14 maggio us il primo vero investimento sulle Cure Primarie.
Si tratta di 25 ml per 4 anni (100 milioni a regime dal 2018) che verranno totalmente spesi per organizzare l'assistenza H 24 nelle Medicine di Gruppo ma soprattutto, per assumere personale di segreteria (2500 circa) e Infermieri Professionali (1300 circa), a tutto vantaggio dei cittadini.
Dopo anni di blocco alle assunzione ecco che tramite i sindacati medici del Territorio (FIMMG in testa), nuove risorse professionali verranno impiegate sia nell'Assistenza Domiciliare che nella gestione delle Patologie Croniche, a fianco dei Medici di Famiglia.
Noi siamo ragionevolmente soddisfatti di questo Accordo Regionale perché prevede una vostra massiccia presenza e collaborazione al nostro fianco, secondo il principio del rispetto del ruolo reciproco e del vostro contratto nazionale, a tutto vantaggio dei cittadini ammalati e dei cronici.
Siamo rimasti colpiti e sorpresi dall'opposizione manifestata pubblicamente dal vostro Collegio IPASVI (mutuata dalla CGIL, CISL, UIL funzione pubblica) che ha pubblicamente, ma invano, tentato di ostacolarne l'approvazione rischiando di bloccare una grande occasione professionale e occupazionale che migliorerà la qualità dell'assistenza per i cittadini del Veneto.
Con le motivazioni addotte l'IPASVI ha dimostrato di non aver capito molto di questo Accordo. Inducendovi pure ad un atteggiamento conflittuale verso noi Medici di Famiglia, conflitto che noi riteniamo assurdo e fuori dal tempo.
Noi tutti siamo chiamati a fornire una buona assistenza sul Territorio. Questo obiettivo può essere raggiunto insieme con voi, applicando un metodo di lavoro d'equipe.
In questo Progetto i medici di famiglia si sono battuti per farvi avere un ruolo fondamentale e decisivo.
Vi aspettiamo fiduciosi. Gli assistiti vi aspettano con noi.

A presto
I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA FIMMG DEL VENETO

L'ARENA - 24 maggio 2015

Le esigenze dei cittadini

Fa molto riflettere quanto pubblicato sul quotidiano «L'Arena» di Verona domenica 17 maggio, ovvero la lettera aperta agli «infermieri professionali del Veneto» da parte della Fimmg.La lettera evidenziava la bontà dell'accordo sulle cure primarie della Regione Veneto lamentando l'opposizione manifestata pubblicamente dal Collegio Ipasvi (mutuata da Cgil, Cisl e Uil), adoperando l'appellativo «di non aver capito l'accordo». Un'altra frase che ci ha colpito particolarmente è stata: «Noi tutti siamo chiamati a fornire una buona assistenza sul territorio. Questo obiettivo può essere raggiunto solo insieme con voi, applicando un metodo di lavoro d'equipe. In questo progetto i medici di famiglia

si sono battuti per farvi avere un ruolo fondamentale e decisivo». Ora, al di là delle polemiche che possono scaturire dal sentirsi «rappresentati» dalla Fimmg la quale ha avuto l'esclusività della discussione e della programmazione regionale (con la complicità dell'assessore regionale Luca Coletto); come è possibile lavorare in equipe con chi non conosce il lavoro dell'infermiere? Nel senso che gli «infermieri professionali» non esistono più da ormai 20 anni e sembra evidente che (forse) la Fimmg non conosce la riforma che ha generato i corsi di laurea in infermieristica, né che a Verona il 56% di noi professionisti sanitari siamo in possesso di una laurea triennale e che il 22% inoltre è in possesso di un master o laurea specialistica post base.
Come possiamo lavorare in equipe se non sono state stabilite le modalità, i percorsi e le gerarchie? Sotto l'aspetto occupazionale poi è interessante capire come il tutto potrà avverarsi viste le stringenti normative presenti nel pubblico impiego: saranno infermieri convenzionati? Saranno appaltati? Saranno liberi professionisti? Riteniamo che la vera rivoluzione sia mettere al centro le esigenze dei cittadinied in questo noi infermieri abbiamo molto da dire e le idee chiare, da sempre.

Luca Molinari
COORDINATORE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE UIL FPL VENETO

L'ARENA - 25 giugno 2015

Infermieri, la sfida «Dopo la laurea la specializzazione»

Vallicella: «La legge lo prevede, ma i sindacati medici si oppongono».
Un muro di mattoni rossi che si sgretola: è l'immagine che il collegio Ipasvi (infermieri professionali) di Verona ha scelto per promuovere il convegno in programma sabato 27, a partire dalle 9.45, al centro Marani di via De Lellis. Esplicito anche il titolo: «Chi ha paura dell'infermiere specializzato? I cittadini? No... i medici! Comma 566: giù i muri!».
Spiega Franco Vallicella, presidente del collegio Ipasvi: «Il muro che si sgretola è la nostra risposta alla chiusura che le organizzazioni sindacali mediche hanno manifestato.
Noi i muri vogliamo abbatterli, perché siamo convinti che la sfida da vincere per continuare a garantire un servizio sanitario di tutti e per tutti non possa essere vinta con muraglie difensive, ma solo con l'integrazione e l'impiego delle potenzialità di tutti gli attori».Prosegue Vallicella: «Come categoria abbiamo chiesto che quanto delineato nel 2006, con la legge che ha istituito la possibilità delle specializzazioni infermieristiche, potesse prendere forma nei servizi sanitari. Per dare gambe a questa disposizione normativa si è inserito nella finanziaria del corrente anno (L.190/2014), all'articolo 1, il famoso comma 566, ripreso nel titolo del nostro evento. Questo comma indica la possibilità che le Regioni e lo Stato si accordino sulle specializzazioni degli infermieri e delle altre professioni sanitarie non mediche. Sia chiaro: non stiamo proponendo di creare dei mini medici per occupare, a prezzo scontato, ruoli e responsabilità esclusive del personale medico.
Noi chiediamo delle specializzazioni che portino al riconoscimento formale di quello che già in parte gli infermieri assicurano ai nostri pazienti, per meglio assisterli nelle degenze sempre più brevi. Le specializzazioni infermieristiche che pensiamo non sono sulle patologie, come avviene per i medici, ma sulle aree di assistenza, propria degli infermieri».
Da qui il guanto di sfida ai medici. «Sabato discuteremo di questo, con la presidente nazionale degli infermieri, Barbara Mangiacavalli, la collega infermiera (ex presidente nazionale e componente il comitato centrarle della federazione nazionale Ipasvi) e senatrice Annalisa Silvestro. Interverrà infine l'avvocato Giannantonio Barbieri, esperto in diritto sanitario.

L'ARENA - 8 luglio 2015

Assistenza «a minuti» sindacati già in trincea

L'Ulss 4 Vicentina ha introdotto il minutaggio in Chirurgia e il Nursind va dal prefetto. Le Rsu veronesi: «Temiamo sorprese».
La Regione non modifica il suo cronoprogramma: la contestata delibera che determina - sulla base di dati e algoritmi - il fabbisogno dei tempi standard del personale non medico (in altre parole, i minuti che infermieri e operatori sociosanitari potranno dedicare a ciascun ricoverato) deve essere applicata in tutti gli ospedali veneti entro la fine dell'anno. Qualche manager già si è attivato. Il direttore dell'Ulss4 Alto Vicentino ha deciso di applicare l'assistenza cronometrata nel dipartimento chirurgico dell'ospedale di Santorso e immediata è stata la risposta del Nursind, sindacato degli infermieri.
Secondo il segretario provinciale, Andrea Gregori, l'applicazione ha comportato «un pesante declassamento della qualità del servizio e creato un'insostenibile condizione per i lavoratori». E per questo ha chiesto al prefetto di convocare il tavolo di conciliazione.
A Verona a che punto siamo? «La trattativa specifica sull'applicazione della delibera non è cominciata, ma siamo con le antenne alzate e preoccupati», spiega Marco Nundini, coordinatore delle Rsu (rappresentanza sindacale unitaria) dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata, a giudizio del quale il primo scoglio da superare «sarà quello della definizione delle cosiddette aree omogenee, processo in parte già fatto ma che dovrà essere necessariamente ottimizzato. Un esempio, per comprendere meglio: la Chirurgia del pancreas è inserita nell'area Chirurgia generale, ma l'assistenza di cui necessita un paziente operato di tumore al pancreas non è certo paragonabile a quella di chi ha subito l'intervento a un' ernia».
Seconda obiezione del rappresentante sindacale: «Per arrivare a quantificare il fabbisogno di assistenza in ogni area omogenea si è tenuto conto della presenza degli operatori sociosanitari, ma anche in questo caso bisognerà fare dei precisi distinguo. L'impegno di un Oss in una Rianimazione è minimo, rispetto a una lungodegenza. La nostra attenzione sarà quindi alta, non vogliamo trovarci di fronte sorprese».Incalza Nundini: «L'applicazione della delibera cade in un periodo difficile.
Da un lato l'innalzamento dell'età media degli operatori sanitari, che non vengono sostituiti; dall'altro la tendenza - che registriamo a tutti i livelli - a non condividere le decisioni. Ma un provvedimento così importante, che riguarda da vicino la qualità dell'assistenza ai pazienti, non può essere calato dall'alto.
A fine percorso non vorremmo che qualcuno ci dicesse che l'organico è magicamente in sovrannumero». oP.COL.

L'ARENA - 8 luglio 2015

Undici ore è il tetto massimo

Presentata dal presidente Luca Zaia e dall'assesore alla Sanità, Luca Coletto, il 2 gennaio 2014, la delibera (concordata con i sindacati di categoria e i collegi provinciali Ipasvi) stabilisce quanti minuti al giorno (Tema, acronimo di tempo di erogazione minuti di assistenza) un infermiere deve dedicare ad un paziente a seconda del reparto nel quale è ricoverato e quanti operatori sociosanitari (Oss) devono essere in attività, fatto 100 il parametro degli infermieri professionali.
E così, ad esempio, l'area che richiede il maggior minutaggio di assistenza di un infermiere professionale è quella "critica" con 700 minuti /giorno, seguita dall'assistenza neonatale (350 minuti/giorno), da malattie infettive (230 minuti), da pediatria (200 minuti/giorno).
Fatto 100 il parametro dell'infermiere professionale, invece, sarà 70 quello dell'operatore sociosanitario nelle aree di salute mentale e lungodegenza e riabilitazione; 50 in medicina, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia; 20 nell'area critica (dove è più necessario avere medici e infermieri professionali).
Contro la delibera si sono espressi diverse sigle sindacali, il collegio Ipasvi di Verona e i capisala. La questione è tornata al centro dell'attenzione anche durante la recente campagna elettorale, ma il confermato Zaia non fa dietrofront.

La consulenza infermieristica, un dovere e un'opportunità

Prestare o chiedere consulenza normalmente si configura come un dovere etico che diviene norma nei codici deontologici tipici di ogni professione.

di MARCO TAROCCO

Infermiere,
Direzione Professioni Sanitarie
AULSS 21 Legnago

Corrispondenza:
marco.tarocco@aulsslegnago.it

UNA DEFINIZIONE.

Aprendo wikipedia, l'enciclopedia libera, alla voce "consulenza infermieristica" si legge: "Di norma la consulenza di un infermiere specialista porta alla realizzazione di un piano di assistenza, alla formulazione delle relative diagnosi infermieristiche e alla supervisione dei processi o delle tecniche assistenziali di cui è esperto (ad esempio l'infermiere specialista in wound-care, esperto nel trattamento delle lesioni cutanee). Può altresì essere coinvolto nell'identificazione dei bisogni di una particolare popolazione, come nel caso dell'infermiere di comunità e famiglia".

UN PO' DI STORIA E ALCUNE RIFLESSIONI

La funzione di consulenza è di fatto un importante attributo professionale che, quando presente in modo formalizzato e sistematicamente documentato, contribuisce a definire lo stadio di maturità di una professione (1). Negli Stati Uniti la figura dell'infermiere consulente nasce intorno agli anni '70 e '80. Nel Regno Unito la consulenza infermieristica è introdotta negli anni '90. Mentre in Italia si è iniziato a parlare di consulenza infermieristica da poco.

La contestualizzazione del consulente infermieristico ha un riferimento giuridico nella legge 43/2006, la quale identifica 4 figure di infermiere: infermiere generalista (in possesso della Laurea di I° livello in infermieristica o di titolo equipollente), infermiere specialista (in possesso di master universitari clinici), infermiere coordinatore (in possesso del master in coordinamento o in management per le funzioni di coordinamento), infermiere dirigente (in possesso della Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche).

L'articolo 4 del Decreto Ministeriale 739/1994 stabilisce che l'infermiere deve concorrere direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca. Ma a dirimere la questione consulenza infermieristica, in modo esaustivo, ci pensa il Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009 negli articoli 11, 13, 14, 15 e 16. L'articolo 11 dichiara che "l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna sapere e competenze attraverso la formazione permanente (...)" L'articolo 13 recita: "l'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze e abilità a disposizione della comunità professionale". Ancora, all'articolo 14 "l'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito".

L'articolo 15 recita: "l'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza". Infine, l'articolo 16 completa il tutto con il punto di vista etico: "l'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica (...) (2).

La crisi in corso investe, oltre lo specifico economico, anche gli aspetti legati ai processi di cura e al soggetto attualmente prevalente in tali processi, ovvero il medico.

L'entrata nell'euro ha portato una serie di confronti a tutti i livelli, quindi anche nella sanità.

Confronti non solo su modelli assi-

BIBLIOGRAFIA

(1) Progetto consulenza infermieristica. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2001

(2) Codice Deontologico dell'Infermiere (Codice Deontologico dell'Infermiere, delibera n. 1/09 del 10 gennaio 2009)

(3) Rapporto Oecd Health Data, 2013

(4) Casati M, La documentazione infermieristica 2 ed, McGraw-Hill, Milano, 2005

(5) Decreto legge 22 giugno 2012, n. 83

stenziali, ma anche su numeri che risultano disomogenei per rapporto medici/infermieri abitanti, e i numeri sappiamo offrire un dato oggettivo. L'Ocse (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), nel 2011, riporta in Italia 6.3 infermieri per 1000 abitanti al di sotto della media Ocse di 8,7 mentre il numero dei medici risulta essere ben superiore alla media Ocse: 4,1 per mille abitanti contro 3,2. Come conseguenza in Italia si è determinata un'inefficiente allocazione delle risorse (3).

La crisi dei medici oltre che essere crisi di status é anche una crisi di identità professionale per lo spostamento del sapere dall'esperienza del medico alla tecnologia, con un progressivo degradamento della clinica ed una diagnosi sempre più spesso solo di tipo strumentale, in pratica il medico ha perso "la sovranità" della clinica a scapito della tecnologia.
Alla crisi medica fa da contrapposizione un'espansione della figura dell'infermiere, professione non più ancillare al medico ma, grazie ai nuovi percorsi di studio ed alla normativa, soggetto attivo nei processi di cura.
Il 04 luglio scorso la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha presentato il nuovo modello di evoluzione delle competenze infermieristiche che fa riferimento al Patto per la salute e alla bozza di accordo Stato Regioni (04/07/2015).
Il modello, elaborato da un gruppo di infermieri coordinati dalla Senatrice Annalisa Silvestro, si declina su più livelli di competenze che gli infermieri sviluppano attraverso specifici percorsi formativi: dalla laurea triennale, ai master di primo livello fino ad arrivare alla laurea specialistica. All'interno di questo percorso gli infermieri si perfezionano da un punto di vista clinico gestionale. Il risultato è che sempre più infermieri acquisiscono competenze che necessitano di spazi per essere spese.
In letteratura la consulenza infermieristica è attuata da un infermiere specialista clinico o un infermiere con

provata capacità tecnica a cui ci si rivolge per ottenere informazioni e consigli nella materia di sua competenza e può essere intesa come:
- Prestazione prettamente tecnica;
- Aaddestramento/supervisione su campo del collega;
- Formazione per il riconoscimento delle complicanze;
- Educazione del paziente e/o di familiari/caregiver.

Per rendere fruibile il percorso di consulenza infermieristica, evidenziando l'agito professionale e sistematizzando le richieste, è opportuno prevedere un sistema informativo adeguato.

DALLA TEORIA ALL'OPERATIVITÀ: LA NOSTRA ESPERIENZA

All'interno dell'Azienda ULSS 21 di Legnago l'informatizzazione è stata perseguita in maniera sostanziale alla luce delle disposizioni della Regione Veneto che, a sua volta, sta seguendo le norme Nazionali in termini di razionalizzazione delle risorse.

Le attività informatizzate sono diverse:
- La prescrizione e la somministrazione dei farmaci (CPOE: Computerized Provider Order Entry);
- I diari medico infermieristici integrati;
- I parametri registrati dagli infermieri e dagli Oss;
- La lettera di trasferimento e di dimissione;
- La scheda di continuità assistenziale infermieristica;
- Le richieste di consulenze.

In tal modo tutte le consulenze sono attivate con modalità digitale, eliminando del tutto il supporto cartaceo. Tra le consulenze il gruppo di lavoro aziendale GLO (Gruppo di Lavoro Ospedaliero. si riferisce ad un gruppo composto da un internista, un chirurgo, un medico della DMO, il responsabile dei Sistemi informativi e un infermiere della DPS che collaborano per l'informatizzazione ospedaliera) ormato da medici, infermieri e tecnici ne ha evidenziato molte attivate ed evase da personale non medico, come gli ortottisti, i tecnici di audiometria, i logopedisti e gli infermieri enterostomisti. Le risposte date da questi professionisti riguardano quesiti clinico-diagnostici e non sono condizionate dalla supervisione secondaria da parte di un medico.

Che cosa succedeva in precedenza all'avvento dell'informatizzazione? I quesiti e le relative risposte erano evase tramite appositi moduli cartacei da parte del medico, che in seguito riportava nella cartella le risposte. Ora non è più così, le richieste informatizzate seguono il seguente percorso:
- Un medico entra con le proprie credenziali nel sistema informatizzato, accede quindi all'applicativo delle richieste, sceglie il paziente, seleziona il quesito clinico e procede alla registrazione;
- Il consulente entrando con le proprie credenziali trova le richieste di consulenze da evadere, quindi procede a inserire la risposta al quesito clinico e registra il tutto;
- Le richieste e le risposte alle varie consulenze appaiono in un apposito "monitor richieste" che tiene traccia del loro percorso tramite lo "stato richieste": presa in carico, in esame, evasa, letta.

Le consulenze vanno a finire quindi nella "Repository" aziendale, fase iniziale del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale.
Perché l'informatizzazione è stata ritenuta un aiuto per la neonata consulenza infermieristica? Perché ha dipanato la matassa delle richieste. In sostanza anche prima gli enterosto-

misti, per esempio, facevano le loro consulenze, ma non venivano riportate in modo corretto all'interno della cartella clinica. L'informatizzazione ha portato chiarezza e ha assegnato le responsabilità in modo più puntuale.
All'interno dell'Aulss 21 di Legnago oltre alle richieste di consulenze sopra citate, si stanno sviluppando le attività riguardanti le richieste di inserimento di accessi vascolari venosi a medio-lungo termine da parte di infermieri. Grazie ad un progetto aziendale si sta infatti costituendo un team infermieristico che si occuperà principalmente del trattamento di pazienti selezionati all'accesso vascolare a lungo-medio termine. Anche questa attività si prevede verrà strutturata mediante la richiesta di consulenza infermieristica.

Nel primo trimestre 2015 sono state effettuate 28 consulenze infermieristiche: 11 per controllo stomie, 6 per irrigazione delle stomie, 2 per istruzioni relative alle stomie, 9 per esami urodinamici non invasivi.

QUALCHE CONSIDERAZIONE PER CONCLUDERE

Molti sono gli spazi su cui lavorare nel campo della consulenza infermieristica, perché deve essere intesa come una risorsa per la struttura organizzativa e per altri ambienti operativi e perché sviluppa conoscenze, competenze ed esperienze. Questo qualifica maggiormente l'assistenza infermieristica e ne migliora efficienza e efficacia anche attraverso la valorizzazione e il dell'integrazione professionale. Gli infermieri con il loro operare non vogliono togliere spazio ai clinici, ma lavorare insieme, in integrazione, ognuno con le proprie competenze e specificità. La contrapposizione in termini di preminenza di una professione rispetto ad un'altra, che ha caratterizzato gli anni recenti, è un esercizio sterile e dannoso, che non serve al paziente e nemmeno serve all'obiettivo, legittimo, di tutelare le rispettive professionalità. Qualsiasi approccio alle problematiche della sanità non può che partire dalla centralità del paziente e dalla ricerca delle soluzioni organizzative più idonee a rispondere al meglio ai suoi bisogni di cura e di assistenza.

Questo comporta un approccio multiprofessionale, perché nessuna disciplina e nessun esercizio professionale è in grado da solo di dare tutte le risposte necessarie: l'informatizzazione può aiutare nell'intento, rendendo chiari i percorsi e definendo correttamente ed in maniera trasparente le aree di esercizio.

Le competenze avanzate degli infermieri, una querelle infinita

Tra colpi di scena e battute d'arresto il compimento dello sviluppo della professione infermieristica sembra ancora lontano.

a cura della REDAZIONE

UN PERCORSO CHE ARRIVA DA LONTANO

Già nel 1994 si parlava di competenze specialistiche: il comma 5 del Decreto Ministeriale n.739 del 14 settembre 1994, che individua il profilo professionale dell'infermiere, recita "La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree: a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica; b) pediatria: infermiere pediatrico; c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico; d) geriatria: infermiere geriatrico".
Successivamente, nel 2006 l'articolo 6 comma c della legge 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" individua, oltre ai professionisti coordinatori e dirigenti, i professionisti specialisti.

OSTACOLI E DIFFICOLTÀ NON SONO MAI MANCATI

Da allora gli stop a quello che dovrebbe essere il fisiologico sviluppo della professione infermieristica sono stati numerosi: il rimpallo sui tavoli tecnici dell'Accordo Stato-Regione a partire dal 2012 è solo uno dei tanti. Veti, prese di posizione, argomentazioni più che confutabili e analisi di contenuto inconsistenti da parte dei raggruppamenti di sigle sindacali della dirigenza medica e sanitaria hanno caratterizzato lo scenario di questi ultimi anni. L'obiettivo? Fermare la fisiologica e già largamente e comunemente diffusa evoluzione delle competenze –normata nella legge del 2006 – che definiscono l'assistenza infermieristica. Molte sono le sperimentazioni in tal senso attuate dagli infermieri in molte parti del Paese.

LA LEGGE DI STABILITÀ 2015, FORSE LA SOLUZIONE

Un ping - pong estenuante quello tra la professione e i suoi "detrattori" ma il 2014 si chiude con quella che si potrebbe definire una possibile soluzione capace di mettere la parola fine a questa annosa questione: la Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Legge di stabilità 2015). *"Sei aree di competenze e un cambio di rotta per la professione e l'assistenza con la legge di stabilità 2015. Uno snodo importante per la professione e un'occasione per cambiare il volto dell'assistenza"*. Questo l'inizio del comunicato del 30 dicembre 2014, dell'allora Presidente della Federazione IPASVI, la Senatrice Annalisa Silvestro.

IL COMMA 566, UN PONTE TRA PASSATO E FUTURO

Cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (l'infermiere di famiglia), area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, chirurgica, neonatologica e pediatrica, salute mentale e dipendenze: sono queste le aree per lo sviluppo delle competenze specialistiche degli infermieri che con il comma 566 della legge di stabilità 2015, in vigore dal primo gennaio scorso, avrebbero dovuto essere realtà.
Perché? Il contenuto del comma in questione è piuttosto chiaro a tal proposito: *"Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e*

di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

Sembrerebbe arrivato dunque il momento per consolidare in campo aperto quanto definito, in tempi diversi, su più tavoli e un'importante opportunità di riorganizzazione del lavoro nelle strutture pubbliche per recuperare appropriatezza ed efficienza nella risposta sociosanitaria.

Basta alibi politici o sindacali per fermare un processo, fino a ora fortemente rallentato, che segna il cambiamento e l'innovazione.

È PROPRIO COSÌ?

Lo abbiamo chiesto al Presidente del Collegio della nostra provincia e tesoriere della Federazione IPASVI, Franco Vallicella.

"Il comma 566 è un'importante strumento per la realizzazione della politica di sviluppo della nostra professione. Infatti, attraverso questo non ci dovrebbero essere più ostacoli alla piena applicazione della legge che ha istituito le specializzazioni infermieristiche e quindi al loro giuridico (ed economico) riconoscimento. Voglio sottolineare inoltre che la disposizione di cui stiamo parlando non è stata inserita in un legge "qualsiasi", ma nella legge che nel nostro paese anche nel rispetto di disposizione europee, viene definita "legge di stabilità". In altre parole lo strumento di "gestione" della finanza pubblica e dello sviluppo economico della nazione. Di fatto la norma, definita anche manovra finanziaria, traduce nell'arco temporale annuale le definizioni contenute nel DEF (documento di economia e finanziaria) il quale traccia invece il progresso atteso – in più anni – dello Stato. In buona sostanza quello che voglio dire è che il governo (e poi il parlamento) hanno scommesso anche sulla nostra evoluzione per poter continuare garantire i servizi offerti dal SSN. Se così è mi pare che non ci dovrebbero essere dubbi sull'importanza che si è attribuita e sulla possibilità che il tutto possa evolvere verso i risultati attesi da tanto tempo".

LE PROSPETTIVE FUTURE?

La Presidente della Federazione IPASVI, Barbara Mangiacavalli, è piuttosto chiara in proposito.

"La querelle del comma 566 è ormai diventata una battaglia sui principi e sulle prese di posizione dei medici che, continuando a dire che è stato sbagliato metodo e merito del 566, tentano di distogliere il dibattito da quella che meriterebbe di essere affrontata come unica questione per superare l'ostacolo. L'incipit del 566 a cui ci è stato chiesto di "rinunciare" (… atti complessi e specialistici …) significa che questi sono e restano esclusivo appannaggio dei medici, mentre ciò che non è complesso e specialistico continua a restare del medico ma lo puo' fare anche un altro professionista, formato, certificato, validato, che ha quindi le competenze per agire in sicurezza per se e per l'assistito. E allora? Allora il problema è che la soluzione era ed è sotto gli occhi di tutti gli attori di un sistema sanitario che vuole veramente innovare: apriamo un confronto e costruiamo il percorso per definire gli atti complessi e specialistici. Questo però richiede la disponibilità e la capacità di provare a declinare un modo nuovo e diverso per lavorare in sanità in maniera interprofessionale. Il vero sviluppo dell'infermieristica è nella clinica. L'evoluzione tecnologica, la modifica dei bisogni di salute, la modifica dello stato sociale, fanno emergere nuovi bisogni che richiedono nuove modalità di risposta clinico-assistenziale: un territorio organizzato per altri paradigmi, la diversificazione dei luoghi di cura degli acuti, la diversificazione dei ruoli e delle competenze dei diversi professionisti. Come sappiamo, questa ricchezza noi l'abbiamo già nella nostra professione, solo che non è formalmente riconosciuta e valorizzata, fatto salvo che quando serve al sistema, allora diventa ricercata e "utilizzata". Basta vedere i colleghi esperti nel wound care, nelle infezioni ospedaliere o nelle stomie, per fare esempi frequenti. Ricchezza che sarà ulteriormente valorizzata introducendo la figura non solo dell'infermiere esperto in possesso di master, ma anche la figura dell'infermiere specialista di area in possesso di laurea magistrale ad indirizzo clinico".

Alzheimer, tanti i bisogni di pazienti e familiari

Ancora oggi moltissime famiglie subiscono lo stigma che provoca l'esclusione sociale e tendono a non dichiarare lo stato di malattia dei loro cari.

a cura della REDAZIONE

"Nella nostra Provincia, secondo le stime dell'ULSS 20 del 2003, i casi accertati sarebbero oltre 10.000 ma rappresentano solo la punta dell'iceberg.
La malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza: colpisce in relazione allo stile di vita (sedentarietà, alimentazione, interessi ecc.) e con il progredire dell'età: l'1% della popolazione di 60 anni, il 2% di 65 anni, il 4% di 70 anni, l'8% di 75 anni, il 16% di 80 anni e il 32% di 85 anni. La percentuale raddoppia ogni cinque anni.
L'impatto di questa malattia è enorme sul piano sanitario, psicologico, emotivo e anche finanziario". A sottolinearlo, è Maria Grazia Ferrari, Presidente della sezione veronese dell'Associazione Alzheimer Italia alla quale abbiamo chiesto di raccontare la malattia vista e vissuta da chi ne è colpito e dai familiari che assistono i loro cari.

INFORMAZIONI

ASSOCIAZIONE:
Alzheimer Italia

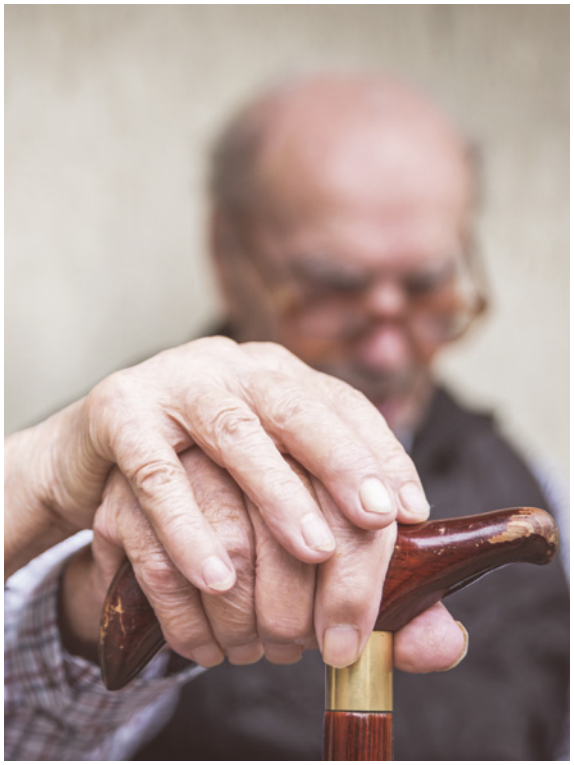
SITO INTERNET:
www.alzheimerverona.org

SIGNORA FERRARI QUALI SONO I BISOGNI DELLE PERSONE AFFETTE DA QUESTA MALATTIA?

"Nelle prime fasi sono intaccate le capacità di apprendimento di nuove conoscenze, le competenze lavorative e le attività socialmente complesse. Con il progredire della malattia, la persona non è più in grado di svolgere le attività di base della vita quotidiana quali, ad esempio, l'igiene personale e l'alimentazione Nelle fasi avanzate, spesso sono compromesse le capacità motorie come la deambulazione e la deglutizione ecc.
E' molto importante segnalare precocemente i campanelli di allarme dell'insorgere di questa patologia. Spesso smarrite, le famiglie non riescono a cogliere le istanze silenziose del loro caro il quale, perdendo progressivamente la memoria procedurale, ma non quella emozionale, ha bisogno di maggiore attenzione, soprattutto di risposte serene e rassicuranti nei suoi confronti, pena un isolamento che potrebbe sfociare talvolta in aggressività".

QUALI SONO I BISOGNI DEI FAMILIARI DEI MALATI DI ALZHEIMER?

"La demenza coinvolge l'intero nucleo familiare, principalmente su due livelli: il primo riguarda il carico assistenziale, il secondo gli aspetti emotivo-relazionali della malattia. Gestire un malato con progressiva perdita di capacità e autonomia richiede un molta assistenza lungo tutto l'arco della giornata.
Essendo gli ammalati ormai impossibilitati a tornare quelli di prima, sarà la famiglia il primo fondamentale supporto ad individuare le strategie (in base alla storia personale) e a cercare di mantenere le abilità residue accompagnandoli senza evidenziarne gli errori".
I familiari, dopo i primi, gravi momenti di disorientamento, hanno bisogno di trovare sollievo, ascolto confronto con chi vive o ha vissuto la medesima esperienza, conforto, strategie per l'assistenza ecc.
Possono trovare sollievo anche presso le associazioni di volontariato per assistenza, informazioni, colloqui e istruzioni allo scopo di vivere meglio la "relazione di aiuto" col malato. Ancora, possono essere inseriti negli incontri dei gruppi auto mutuo aiuto, disporre di spazi d'ascolto e condivisione con le esperienze di altre famiglie. Tutto questo per acquisire maggiore fiducia nelle proprie risorse, imparando le metodologie per mantenere impegnato il proprio caro in



una serie di "interventi non farmacologici" stimolanti quali attività fisica, terapia di riorientamento alla realtà, canzoni dei tempi passati, passeggiate all'aperto, convivialità, cruciverba facilitati, giochi da tavolo, danza, rituali delle attività quotidiane".

COME POTREBBERO GLI INFERMIERI MIGLIORARE LA RISPOSTA AI BISOGNI DEI MALATI?

"Programmare incontri di formazione atti ad approfondire le delicate problematiche riguardanti gli aspetti etici e la relazione educativa "infermiere/familiare" e "infermiere/malato", realizzare un percorso facilitato per il ricovero di malati con demenza che non dovrebbero mai essere lasciati soli per il loro bisogno di accompagnamento continuo, onde evitare di esercitare la "crudele" prassi della contenzione fisica e farmacologica.
Per stabilizzare i problemi comportamentali, sarebbe utile l'ascolto empatico, la messa in atto di atteggiamenti rassicuranti, l'orientamento e la motivazione positiva e confortante alla loro permanenza in ospedale con frasi del tipo "tra cinque minuti arriva il dottore e potrà tornare a casa" (se necessario ripetute più volte). Studi specifici hanno dimostrato inoltre che anche alcune attività motorie (camminare, ginnastica passiva ecc.) possono essere di aiuto.
Poiché ogni persona merita di vivere la malattia con dignità, vi è d'obbligo chiedere alle amministrazioni pubbliche di potenziare le risorse economiche e umane assumendo più personale infermieristico che possa dedicarsi ad un'assistenza assidua e mirata per persone che soffrono di Alzheimer".

E PER MIGLIORARE IL SUPPORTO AI FAMILIARI DEI MALATI, COSA POTREBBERO FARE?

"Un malato di demenza ha bisogno di assistenza continua e della presenza al suo fianco in ospedale di una figura familiare "tranquillizzante".
Gli operatori potrebbero avere un ruolo fondamentale nella creazione di una relazione di scambio reciproco di conoscenze: l'infermiere nell'offrire un supporto emotivo e informativo rispetto alla malattia, mentre il familiare può fornire informazioni sulla storia personale del proprio caro ammalato favorendone la gestione. Così vissuta la cura diventa un'esperienza ricca sia professionalmente sia umanamente al posto di una semplice e fredda "tutela fisica".
La nostra Associazione con i suoi volontari e familiari esperti è a disposizione con tutta la buona volontà, esperienza e gratuità".

RECENSIONI

Oscar e la dama in rosa

di MARIA GRAZIA CENGIA

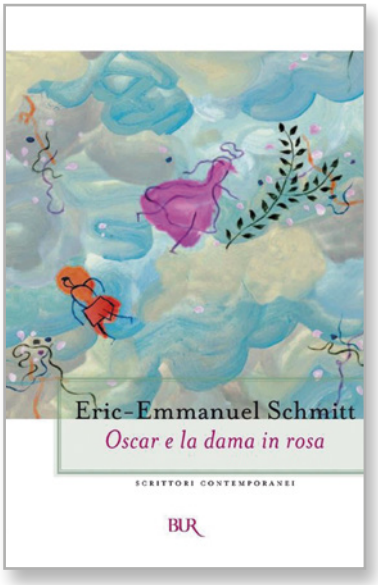
Consigliere Collegio IPASVI

INFORMAZIONI

TITOLO:
Oscar e la dama in rosa
(Oscar et la dame rose)

AUTORE:
Eric-Emmanuel Schmidt
scrittore, drammaturgo francese.

EDIZIONI: BUR, 2002
PAGINE: 90



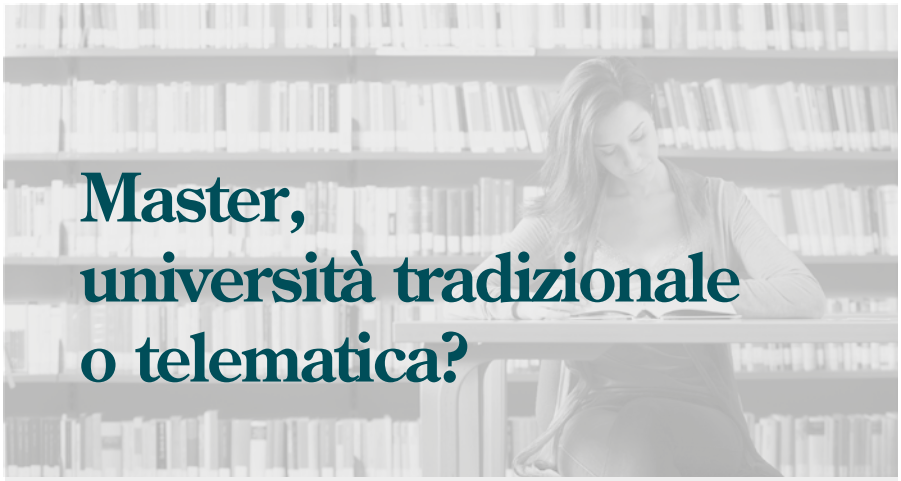
Oscar è un bambino di dieci anni. È gravemente malato, ha una leucemia e i medici non riusciranno a salvarlo. Lui sa che si avvicina la morte, è consapevole di avere una grave malattia e ne vorrebbe parlare con gli adulti, ma sia il suo medico che i suoi genitori evitano di parlarne. Farlo genera sofferenza quindi lui si sente ancora più solo con la sua malattia.

Solo una volontaria dell'ospedale, nonna Rosa, capisce il suo bisogno di risposte e lo invita a fare un gioco: scrivere una lettera a Dio ogni giorno fingendo che un giorno duri dieci anni per raccontargli la propria vita e le proprie esperienze. Così Oscar vive tutte le fasi della vita: è adolescente, si innamora, diventa adulto, invecchia, racconta le fantasie, le paure, i rapporti con i genitori e con i medici e anche l'amore per Peggy Blue, una bambina ricoverata come lui in ospedale.

Vivendo così intensamente, assapora la realtà vestendola di tutte le situazioni che vivrebbe un uomo a 20, 30, 40 anni fino alla vecchiaia.
I giorni vissuti sono così scapestrati e gioiosi, pieni di momenti e personaggi buffi e anche commoventi.
In dieci giorni la sua vita si spegne, ma lui lo accetta perché in fondo è vissuto fino a 110 anni. "Solo Dio ha il diritto di svegliarmi" sono le sue ultime parole scritte su un biglietto.

Le sensazioni che provoca questa lettura, assolutamente coinvolgente, non sono solo di commozione e pena per una piccola vita che si spegne: quasi paradossalmente, si riconosce come il vivere quotidiano perda di significato se trascorso senza consapevolezza.
La speranza, grande consolatrice, converte il dolore e le difficoltà nella capacità di apprezzare, intensamente, le piccole cose. È uno spaccato su un tema importante: la vita che finisce con serenità. Sono molti gli spunti di riflessione che offre, gli aspetti positivi e gli insegnamenti regalati "tra le righe".

Un libro da consigliare, da regalare, da diffondere: si legge in fretta ma non si dimentica.



Master, università tradizionale o telematica?

Sono un'infermiera laureata un anno fa presso l'Università degli Studi di Verona; sto cominciando a guardarmi intorno per iscrivermi a un master di I livello.
Cercando sul web ho scoperto l'esistenza di queste università telematiche e mi chiedevo se il master conseguito presso una di queste ha lo stesso valore di uno conseguito presso un università tradizionale.

Francesca Graiff

LETTERE AL DIRETTORE

di MARINA VANZETTA

Consigliere Collegio IPASVI

Gentile collega,

Sulla validità dei Master telematici si è espresso il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca con la nota n. 4270 del 4.11.2008 con cui ha precisato che, con l'approvazione del decreto interministeriale 14/7/2006 è stato reintrodotto il divieto delle Università di attivare corsi di laurea a distanza per le professioni sanitarie mentre tale divieto non sussiste per i Master Universitari trattandosi di corsi al cui termine non si provvede al rilascio di titoli accademici.
Nella stessa nota il Ministero ha chiarito che i titoli conseguiti hanno lo stesso valore sia se rilasciati da un'Università convenzionale che da una telematica e che anche queste ultime possono attivare corsi di perfezionamento (vedi Master) purchè sia assicurato il rispetto degli standard minimi definiti dall'accordo Stato Regioni cui rimanda la stessa legge 43/2006.
Tra i punti salienti di tale accordo vi è quello secondo cui devono essere previste sia ore di formazione interna (on line) che di formazione esterna (tirocinio di 500 ore) presso soggetti e/o strutture diverse dall'università.
Nel caso in particolare di Master di I livello per le funzioni di coordinamento la nostra Federazione si è espressa in modo determinato circa l'importanza che tale tirocinio sia effettuato secondo canoni finalizzati all'effettivo espletamento del ruolo di coordinamento così come previsto dalla legge 43/2006.
Tale precisazione è necessaria in quanto alcuni Master telematici prevedevano la possibilità di svolgere il tirocinio formativo presso il proprio ambito lavorativo, durante l'orario di lavoro e senza apposita convenzione tra Università ed Azienda ma previa sottoscrizione di una semplice autocertificazione, snaturando di fatto la finalità stessa del proprio percorso formativo.

Dario Dal Corso
VicePresidente

www.ipasviverona.com

IPASVI
VERONA

Segreteria Organizzativa
Collegio Provinciale IPASVI

Via Ca' di Cozzi, 14/A - 37124 VERONA
Telefono: 045.913938 - Fax: 045.914671
E-mail: info@ipasviverona.com