

PROSPETTIVE INFERMIERISTICHE

Infermieri Professionali · Assistenti Sanitari · Vigiliatrici d'Infanzia



ESPERIENZE DAL TERRITORIO

L'OSSIGENOTERAPIA
NORMOBARICA, DUE CASE
REPORT



ESPERIENZE DAL TERRITORIO

REMS, COME SI CONCILIANO
I BISOGNI ASSISTENZIALI E
SANITARI CON LE MISURE DI
SICUREZZA DETENTIVA

numero 4
ottobre - dicembre 2017

SOMMARIO

■ EDITORIALE	1
■ RASSEGNA STAMPA	
Trasfusioni e disservizi	2
La sanità che funziona	2
Ma dov'è l'eccellenza?	3
Non sputiamo sulla sanità	3
«Con 30 posti città penalizzata»	4
I tanti angeli della sanità	4
Il paradiso in ospedale	5
Ospedali di comunità, le scelte di Venezia non convincono	6
■ ESPERIENZE DAL TERRITORIO	
L'ossigenoterapia normobarica, due case report	7
REMS, come si conciliano i bisogni assistenziali e sanitari con le misure di sicurezza detentiva: l'esperienza di Andrea	10
■ ISTITUZIONI E TERRITORIO	
FNOPi – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche – nata ufficialmente il 15 febbraio. Cosa cambia?	12
■ NOI E GLI ALTRI	
Un bambino emigrato	15
■ RECENSIONI	
Wonder	16
■ LETTERE AL DIRETTORE	17

Pubblicazione trimestrale. Questo numero è stato chiuso il 28 febbraio 2018.

Direttore Responsabile: Marina Vanzetta

Comitato di redazione: Vallicella Franco, Dal Corso Dario, Tabarini Gabriella, Paschetto 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-mail: 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]

Ordine delle professioni infermieristiche

Nasce, dopo oltre dieci anni di attesa, l'Ordine delle professioni infermieristiche: la legge per la riforma degli Ordini e le sperimentazioni cliniche è stata firmata nei giorni scorsi dal Capo dello Stato, Sergio Mattarella, è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 25 del 31 gennaio 2018, ed è entrata in vigore il 15 febbraio scorso.

“Un traguardo che conferma la crescita della professione e rende giustizia ai quasi 7mila professionisti della provincia di Verona (oltre 447mila in tutto il Paese) che ogni giorno si dedicano all'assistenza dei più fragili e ai bisogni di salute delle persone”. Sottolineo con grande soddisfazione e con non poca emozione l'arrivo di questa legge quanto mai voluta oltre che il lavoro svolto in questi anni da più parti, professionisti, istituzioni, organi di rappresentanza per ottenerla.

“Si apre una nuova era per gli infermieri, professionisti laureati e internazionalmente riconosciuti come pilastri dell'assistenza. Professionisti che ora, al pari di tutte le altre professioni intellettuali, avranno una tutela ordinistica che non favorirà solo loro ma anche i cittadini. Finalmente si potrà contare su strumenti efficaci di lotta ad esempio contro l'abusivismo fenomeno che non solo oscura l'operato degli infermieri ma mette anche a rischio la salute degli assistiti”.

L'elemento forte della trasformazione dei Collegi in Ordini è proprio la tutela dell'assistito attraverso la vigilanza affinché il professionista abbia realmente titolo al contatto con lui, anche, se del caso, con l'esercizio della magistratura interna. Non basterà più essere iscritto all'Ordine, si lavorerà per una sorta di accreditamento periodico anche in termini di competenze possedute e agite dai professionisti.

“A fare la differenza sarà il codice deontologico che, grazie anche alla Legge Lorenzin acquisirà maggiore rilevanza per le potenzialità e il peso che l'Ordine avrà dal punto di vista del controllo del suo rispetto e della sua applicazione e che potrà così essere aggiornato con regolare frequenza. Ma la differenza la farà anche l'organizzazione a livello locale che la legge rende elastica prevedendo decreti attuativi che non ingesseranno più la gestione e l'organizzazione dei professionisti sul territorio come accade ora e che il Ministero della salute dovrà predisporre con la collaborazione di tutte le professioni”.

Molte sono le persone da ringraziare oggi per questo cambiamento epocale: i parlamentari, a partire dai presidenti delle Commissioni Igiene e Sanità del Senato, Emila Grazia De Biasi e Affari sociali della Camera, Mario Marazziti, il ministro Lorenzin e tutti quelli che hanno permesso di sbloccare questa norma in impasse da molto tempo.

“Un ringraziamento va alla senatrice Annalisa Silvestro, componente del Comitato centrale della Federazione, che non ha mai lasciato che questa riforma potesse essere trascurata nelle aule in cui ci ha rappresentato e, ancora, a tutti gli infermieri che ci hanno creduto e hanno affiancato e sostenuto il Collegio in ogni singolo momento del lungo iter della legge”.

(Ndr)

All'interno, nella sezione Istituzione e territorio è disponibile un ulteriore approfondimento sui contenuti e sui cambiamenti derivanti dall'applicazione della Legge Lorenzin.

Buona lettura.



EDITORIALE

di FRANCO VALLICELLA

Presidente Collegio IPASVI
di Verona

RASSEGNA STAMPA

L'ARENA - 24 ottobre 2017 - Lettere

Trasfusioni e disservizi

a cura della REDAZIONE

Vorrei esternare la mia completa disapprovazione circa la gestione della sanità veneta tanto decantata come una delle migliori d'Italia: se il meglio è questo, non oso pensare come siano le altre! Mia madre, 91 anni, da gennaio bisognosa di trasfusioni di sangue, ha dovuto usufruire del servizio di Pronto soccorso (con tutto ciò che comporta, cioè una permanenza dalle 10 alle 12 ore, in quanto considerata ogni volta «paziente non nota») dell'ospedale di Bussolengo fino a marzo inoltrato. A quel punto, miracolosamente, è stata inserita in un programma di trasfusioni al Centro trasfusionale dello stesso ospedale; ai primi di giugno, al momento di prenotare la successiva trasfusione, si sente rispondere che il programma è stato cancellato causa la mancanza di un (dico un) medico che segua la cosa. A metà giugno è stata ricoverata per la prima volta all'ospedale di Villafranca; durante la degenza è stato possibile, con non poche difficoltà, farla inserire nel programma del Centro trasfusionale

di Borgo Trento, anche qui, però, senza alcuna garanzia di continuità in quanto il Centro stesso oberato di lavoro per il trasferimento di tutti i pazienti bisognosi di trasfusioni provenienti dall'ospedale di Bussolengo. Poi, nel giro di tre mesi, è stata ricoverata altre due volte e dimessa dopo pochi giorni in condizioni ancora critiche che, comunque, siamo riusciti a gestirci a casa solo perché siamo in cinque fratelli e abbiamo messo tutta la nostra buona volontà. Abbiamo dovuto fare questa scelta perché in tutta la provincia di Verona ci sono solo 15 posti di «Medicina di comunità» a Tregnago, mentre ci sarebbe già la corsia pronta a Villafranca, servizio che nessuno si prende l'onere di aprire. Forse si aspetta l'avvicinarsi delle elezioni? Oltre a questo sono state chiuse le unità di Valeggio e Isola della Scala. Ci vogliono dar da bere che diventeremo come il Trentino Alto Adige ma siamo lontani anni luce come mentalità.

Lettera firmata

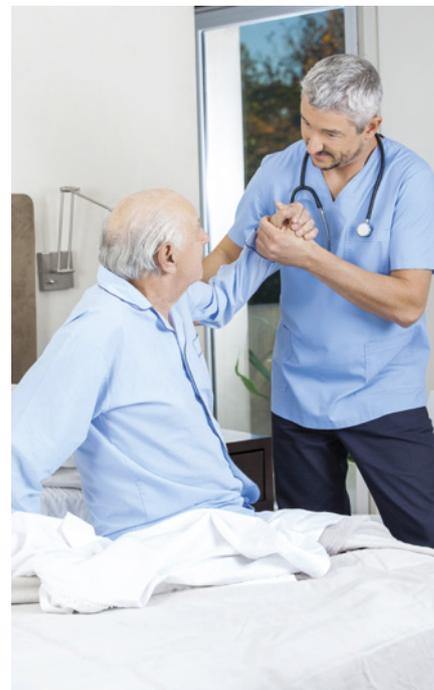
L'ARENA - 27 ottobre 2017 - Lettere

La sanità che funziona

Negli ultimi mesi sono stato ricoverato nella casa di cura «Villa Garda» per un disturbo alimentare. Con la presente intendo non solo rendere un elogio a medici ed infermieri bensì anche fornire una testimonianza dell'efficienza del sistema sanitario, spesso criticato. In prima analisi mi preme sottolineare l'aspetto umano ed affettivo del personale medico ed infermieristico.

L'intero reparto infatti ha dimostrato non solo una preparazione tecnica o professionale ma anche un'elevata sensibilità ed una straordinaria empatia nei miei confronti. Inoltre nel mio periodo di degenza ho potuto sperimentare l'elevato grado di pre-

parazione e professionalità del personale medico, il quale ha impiegato ingenti risorse e tempo al fine di determinare l'origine della mia malattia. Mi sento in dovere di specificare come questo impegno non sia avvenuto solo sotto un profilo finanziario ma anche lavorativo. Spesso infatti le attenzioni del medico si protraevano oltre l'orario di lavoro e la sua indagine si è approfondita anche molto oltre gli accertamenti abituali. A tal proposito vorrei evidenziare soprattutto la caparbietà e la dedizione impiegati dalla dottoressa Tiziana Todesco nel tentativo di spiegare la mia patologia. Durante il mio soggiorno nella casa di cura si sono infat-



ti avvicinate delle complicità mediche che hanno reso più impervio il percorso di riabilitazione, tuttavia la perizia dei medici e la disponibilità della direzione amministrativa hanno consentito di svolgere tutte le analisi necessarie per giungere ad una soluzione del problema.

Sono infinitamente grato ai medici e sento il bisogno esternare la mia gratitudine con un «grazie sincero».

Stefano Almici
GOTTOLENGO (BS)

L'ARENA - 31 ottobre 2017 - Lettere

Ma dov'è l'eccellenza?

I nostri governanti della Regione, da sempre, si sono vantati di una «sanità eccellente». Bisogna vedere se è solo per il risparmio sul budget che lo Stato ci restituisce per la gestione della sanità, direi che ciò non è eccellenza.

Perché piuttosto bisogna vedere se ciò risponde alle necessità dei cittadini. Non è questo il risparmio. Si sarebbe potuto risparmiare sulla spesa scandalosa del «Mose» di Venezia, invece qualcuno ci ha marciato a fini personali, come tutti sappiamo dallo scandalo relativo. Ma se il pareggio è a scapito dei servizi ai cittadini, allora non è questo di cui ab-

biamo bisogno. Infatti i medici di famiglia ci informano che le cure territoriali siano abbandonate per avere tagliato 1.219 posti letto negli ospedali, che ormai curano solo malati acuti: la Regione aveva promesso 1.263 posti negli ospedali di Comunità del territorio, un aumento di posti nelle Case di riposo, il potenziamento delle cure domiciliari, che non ha mantenuto.

Mentre la realtà concreta quotidiana invece è diversa e questi sono i dati: circa 40mila malati cronici sono curati a domicilio e le case della gente sono il più grande ospedale del Veneto. Per l'assistenza

domiciliare non è stato speso 1 euro in più, così se ne fanno carico solo le famiglie e i loro medici.

I 3.160 medici di famiglia devono effettuare circa 29 milioni di visite in ambulatorio e 970mila visite a domicilio, senza contare che sono sempre più carichi di burocrazia e non ricevono le dotazioni di personale ed i servizi promessi.

A questo punto non faccio le mie considerazioni ma lascio al lettore trarre le sue sul quesito: la sanità del Veneto è veramente eccellente?

Giancarlo Maffezzoli
GARDA

L'ARENA - 4 novembre 2017 - Lettere

Non sputiamo sulla sanità

Rispondo al signor Maffezzoli di Garda sulla questione della sanità veneta.

Dov'è l'eccellenza? Il suo discorso mi appare pretestuoso (che c'entra la Mose) e inutile. I tagli da cosa sono dovuti?

Forse lei ha esperienze personali che la inducono a mettere in cattiva luce una sanità, che al cospetto di ciò che accade per altre sanità della penisola, ci garanti-

sce un servizio all'avanguardia.

Nella miseria dell'andazzo generale. Provi altre situazioni, prima di esprimere giudizi affrettati. Non per nulla, a Verona, arrivano persone da tutta Italia per farsi curare.

Alessandro Bernasconi
VERONA



L'ARENA - 9 novembre 2017 - Città

«Con 30 posti città penalizzata»

«Non siamo soddisfatti per niente dei 30 posti letto di ospedale di comunità previsti a Borgo Roma per il 2018. La città è effettivamente penalizzata da questa scelta». Stefano Bertacco, assessore al Sociale, risponde così alla lettera inviata dalla Cgil Fp a tutti i sindaci della provincia, ma centrata soprattutto sullo squilibrio che verrebbe a crearsi con l'applicazione della proposta di programmazione dell'Ulss 9 nel numero dei letti di comunità e di altre strutture intermedie offerte ai cittadini veronesi. Il tema è caldo, è al centro anche della battaglia in corso tra i medici di medicina generale e Venezia, che ha portato a indire lo sciopero.

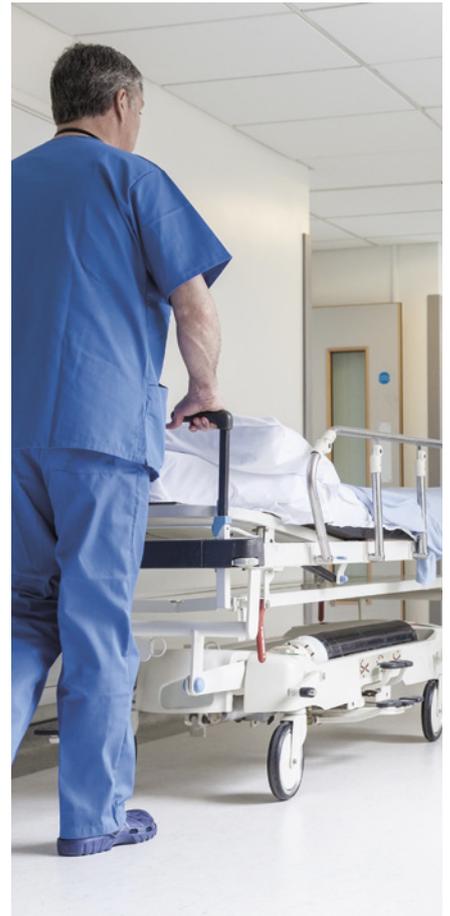
«La Regione a inizio anno ha ridefinito la natura sanitaria e non più socio sanitaria di queste strutture, con criteri all'apparenza migliorativi, tuttavia questo ha complicato la disponibilità di posti», riprende l'assessore comunale. In città, va ricordato, erano pronte a partire con letti di comunità l'Istituto assistenza anziani e Le Betulle, inoltre poco fuori confine era prevista un'unità riabilitativa territoriale alla Pia Opera Ciccarelli: si trattava di 67 posti oltre a quelli del Policlinico. Tuttavia

l'aggancio di tali strutture non più al socio sanitario (case di riposo) ma alle realtà ospedaliere che le dovranno gestire ha cambiato le carte in tavola.

«In effetti faccio fatica a vedere altri posti ad esempio a Borgo Trento», afferma Bertacco, «però vanno trovate soluzioni. Chiederemo lo sviluppo di ulteriori posti letto. La strada che dall'Ulss 9 porta a Venezia è lunga. Oltre ai tecnici c'è la politica». L'assessore Bertacco comunque non è preoccupato: «Vedremo che cosa effettivamente andrà in discussione in V Commissione consiliare sanità in Regione, a quel punto ci faremo sentire».

Verona non è una città di 150mila abitanti e le nostre esigenze di risposta assistenziale vanno tenute nel debito conto». Qualche schiarita potrebbe già arrivare a breve, con l'attesa pubblicazione sul Bur della delibera di giunta di cui in questi giorni sta parlando l'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto, il quale ha annunciato l'attivazione di 883 posti letto di ospedali di comunità.

Francesca Mazzola



L'ARENA - 10 novembre 2017 - Lettere

I tanti angeli della sanità

Il Signore Iddio, nella Sua infinita bontà ha creato un'immensa schiera di angeli e ne manda giù uno in questa terra per ogni bimbo che nasce, sono gli angeli custodi dei nostri bambini. Ma poi il Signore Iddio ne ha creato un'altra schiera di angeli che lavorano nelle nostre strutture, li conosciamo: sono angeli vestiti di bianco, ne ho incontrati tanti dove sono stato ospite per curarmi, negli ospedali di Borgo Roma, Bussolengo, Isola della Sca-

la, Villafranca e nelle case di accoglienza di San Pietro in Cariano, Roncole e Bagnolo di Nogarole Rocca. In queste case di accoglienza vi lavorano tanti operatori, infermiere e medici, con amore e pazienza nei lavori più delicati. Ad essi il mio ringraziamento per l'aiuto e l'assistenza che hanno saputo offrirmi.

Gino Marconcini
VIGASIO

L'ARENA - 10 novembre 2017 - Lettere

Il paradiso in ospedale

lo e la mia famiglia abitiamo Verona a pochi passi dal centro. Siamo anziani, i figli ormai proseguono per le loro strade e quando si presenta un'emergenza sanitaria, per noi due, la prima decisione spetta a noi stessi. Una banale affezione all'orecchio di mio marito, curata un po' in casa, si è trasformata in una patologia pericolosa per l'orecchio ed altri organi. So che Verona può contare su due ospedali importanti: l'ospedale di Borgo Trento con il Polo Confortini e il policlinico di Borgo Roma. Devo far notare, per esperienza, che noi veronesi abbiamo da superare una barriera invalicabile ogni volta che dobbiamo correre al pronto soccorso in città. Noi e moltissimi altri abbiamo capito che se stai morendo passi dal Pronto soccorso e vieni ricoverato in specialistica, per tutto il resto trovi uno sportellista dietro un vetro che ti assegna un livello di attesa per cui devi aspettare 7-9-12 ore!

L'orecchio di mio marito peggiora al punto da provocare dolore insopportabile. La prospettiva è correre al pronto soccorso ma ci rifiutiamo perché non c'è febbre e non possiamo metterci in coda. Faccio una telefonata ad un'anima buona che mi consiglia di andare al pronto soccorso del Sacro Cuore di Negrar e da qui parte una storia incredibile che voglio raccontare. Ci vollero quindici minuti di macchina per raggiungere l'ospedale. Nell'avvicinarci vedemmo, dalla strada, i vari reparti incastonati nel verde di una mezza collina «a salire» e tutte le strutture abbracciate ad essa come le dita di una mano. Una gioia per gli occhi.

Ovviamente lo conosciamo da sempre ma ci parve di vederlo per la prima volta come meta di una soluzione. Al pronto soccorso i pazienti in attesa sono una decina (come Borgo Trento 40 anni fa). Niente numeri. Chi aspetta, viene chiamato in ordine di arrivo e indirizzato in

un piccolo studio dove un medico solo ascolta, fa una visita veloce e decide dove indirizzare il paziente. Qualcuno lo manderà a casa, ma solo dopo averlo ascoltato. Ecco l'uovo di Colombo! Al posto dello sportellista qui c'è un medico vero e soprattutto veloce per il bene di tutti. Così mio marito dopo 20 minuti esatti dal nostro arrivo viene ascoltato ed ispezionato nell'orecchio e, in due minuti, spedito agli ambulatori di Otorino preceduto da una telefonata.

Qui aspettiamo un'altra mezz'ora, ma poi viene visitato da un giovane specialista che lo medica e ci spiega con calma cosa può succedere se trascuriamo l'infezione. Siamo arrivati in paradiso. Da questo momento questo medico non ci «mollerà» più e ci spiega che sarà un po' lunga ma ce la faremo e, udite udite, ci dà il suo numero di cellulare, da usare senza riguardo se si fossero presentate novità importanti. Questo medico si è messo nelle nostre mani di anziani spaventati e sa che dopo la visita avremmo potuto rovinargli la vita con telefonate spinte dal panico. Usammo solo una volta quel numero perché mio marito non migliorava. Ci convocò in Otorinolaringoiatria e nell'ambulatorio, con i mezzi adatti

fece un piccolo intervento di pulizia. In assenza di risultati, al quarto incontro in reparto una mattina ci disse: «Devo consultare il mio primario, torno subito». Arrivò da noi con il professore con la mascherina calata e il camice fino a terra. Immaginai che venisse dalla sala operatoria. Visitò il paziente e decise per il ricovero. Il reparto è una clinica a tutti gli effetti di ottimo livello. Stanze a due letti e televisore in camera. C'è armonia, bellezza e sapienza in tutto e in tutti.

La pazienza sconfinata di tutti, con i degenti, non l'ho mai incontrata in nessun altro ospedale. Potrei dilungarmi nel descrivere i pasti eccellenti e il cambio biancheria quotidiano. Ad un certo punto, dopo 2 giorni senza risultati, fu chiamato un microbiologo che intervistò mio marito per i vari farmaci che aveva assunto prima del ricovero. Studiò una cura con flebo notte e giorno e in altri tre giorni ce l'abbiamo fatta. Mio marito è stato dimesso. Scrivo perché non posso mandare fiori a tutti quanti e perché siamo molto fortunati ad avere una eccellente sanità a Verona, ma anche a due passi da casa.

Mariesa Bragantini Sometti
VERONA



L'ARENA - 24 novembre 2017 - Provincia

Ospedali di comunità, le scelte di Venezia non convincono

La delibera regionale che fissa i 194 posti letto di ospedali di comunità per il veronese nei prossimi due anni e la proposta di riorganizzazione di Bussolengo e Villafranca sono al centro di molte prese di posizione. Dopo la richiesta di garanzie fatta dai sindaci rappresentanti dei 98 comuni scaligeri e i segnali di apertura a una revisione della programmazione per il 2019, intervengono i sindacati Fp Cgil e Ugl e la consigliera regionale Pd Orietta Salemi. Salemi afferma: «L'incremento dei posti letto negli ospedali di comunità, come da Piano socio sanitario regionale approvato nel 2013, arriva con un ritardo mostruoso e con importanti modifiche che lasciano sguarnita Verona, dove i 97 posti letto in strutture pronte e autorizzate da inizio 2016 attendono solo l'accreditamento della Regione per partire. Con l'aggravio che tali strutture sono state lasciate nell'incertezza da oltre un anno, con dichiarazioni e promesse procrastinate mese per mese dal presidente della Regione Veneto Luca Zaia e dall'assessore alla Sanità Luca Coletto».

«Un'attesa che significa assenza di un servizio fondamentale per l'assistenza post ospedaliera e spreco di denaro pubblico», sottolinea Salemi, «nella campagna elettorale delle Regionali e durante la discussione sulla riforma delle Ulss, Zaia si è fatto vanto della copertura capillare dei servizi nel territorio, che nei fatti, oggi, viene a mancare. In sostanza a Verona la Regione toglie i posti letto programmati, per cui si scende da oltre 90 ai 30 previsti in Borgo Roma, senza tararne il numero sulla popolazione».

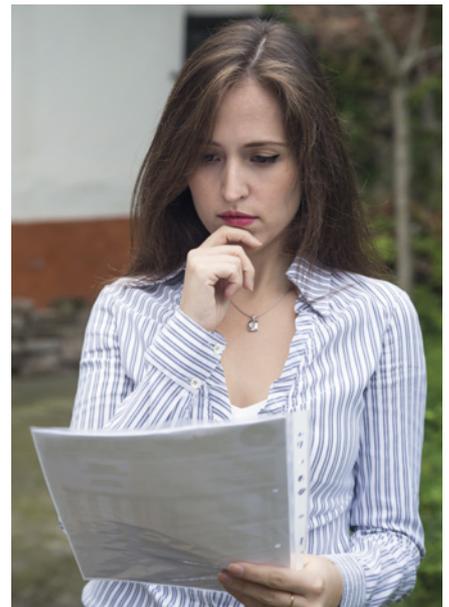
La consigliera del Pd insiste sull'insieme del territorio: «Manca un equilibrio nella programmazione territoriale complessiva, con uno scempenso dell'offerta sanitaria ai danni di Verona».

Ultima frecciata, tutta politica: «Sbagliato l'iter della delibera di Giunta 1714 sul piano di attivazione delle strutture di

ricovero intermedie, che non ha previsto il confronto e il successivo parere da parte della Commissione V. Una procedura anomala che non si può ritenere legittima perché di fatto interviene su una modifica delle schede ospedaliere. Mercoledì è stata protocollata la denuncia e la richiesta firmata da Pd e Veneto del Fare per fermare il provvedimento e riportarlo in commissione». Scrive la segretaria generale di Fp Cgil Verona, Sonia Todesco: «Spiace che il direttore generale dell'Ulss 9 Scaligera, Pietro Girardi, riduca a così poca importanza il passaggio in V commissione della dgr 1740. Se la giustificazione è che non serviva perché di fatto non è cambiato nulla, direi che siamo alla presa in giro». Todesco concentra l'attenzione sulla delibera: «La 1714 oggi è valida.

Quindi o viene ritirata o viene impugnata al Tar entro 60 giorni oppure rappresenterà un obbligo per la Regione e un diritto per chi ci sta dentro. Un diritto che verrà esercitato quando chiunque, dal 24 dicembre, tenterà di metterla in discussione». «Capisco la necessità di dialogo dei sindaci con la Regione», conclude la sindacalista, «ma forse questi ultimi dovrebbero stare più in guardia e valutare i fatti, non le promesse. Non sono stati coinvolti su nulla, perché dovrebbero esserlo sulla programmazione 2019? Se la Regione è disponibile, ritiri la dgr e faccia i passaggi democratici obbligati previsti. Questo sì sarebbe un atto concreto».

Stefano Tabarelli, segretario regionale Ugl Sanità, nella scelta di ripristinare i 24 posti letto di ospedale di comunità a Valeggio (spariti in realtà nella proposta di programmazione proposta dall'Ulss 9 a Venezia) vede una vittoria della propria iniziativa: «Dalla Corte dei Conti, cui ci siamo rivolti con un esposto denunciando il danno erariale della chiusura di un reparto per ristrutturare il quale si erano ap-



pena spesi soldi pubblici, non abbiamo ancora ricevuto risposta. Ma la riapertura di Valeggio credo che in qualche modo lo sia». Il resto dei contenuti della dgr 1714, abbinato alla proposta di schede per il futuro dell'ospedale di Bussolengo, non soddisfa l'Ugl. «La zona della bassa è sacrificata», dice Tabarelli, «sono previsti solo 24 letti a Bovolone per tutta l'area. E se uno vive a Ronco all'Adige? Dove deve andare? Non parliamo poi dell'assenza di Isola della Scala. Quest'ultimo andrà preso in considerazione quando si penserà a reintegrare».

Quanto al futuro dell'ospedale di Bussolengo, Tabarelli commenta: «Da tecnico della sanità, dico che meglio sarebbe pensarlo come polo riabilitativo. Invece che parlare di 24 posti letto di ospedale di comunità, sarebbe da aprire lì un'unità riabilitativa territoriale, a maggior ragione visto che finora nel veronese non ce ne sono. Mantenendo pronto soccorso e medicina avrebbe una sua fisionomia più specifica».

FR.MAZ.



L'ossigenoterapia normobarica, due case report

Il trattamento delle ferite croniche con O₂ terapia favorisce la formazione di tessuto di granulazione, la diminuzione dei diametri della ferita ed infine la chiusura dei margini della lesione: i casi di G.G e di P.L.

L'OSSIGENOTERAPIA NORMOBARICA, CHE COS'È

L'ossigenoterapia normobarica consiste nella somministrazione di ossigeno (O₂) libero, ad alti flussi, su taluni distretti cutanei che sono soggetti a vari processi patologici quali:

- Ulcere flebostatiche,
- Ulcere e soluzioni di continuo in pazienti arteriopatici,
- Ferite infette con flora mista,
- Piaghe, ferite o ulcere in pazienti diabetici,
- Osteomieliti aperte in piede diabetico,
- Soluzioni di continuo in pazienti in terapia cortisonica cronica,
- Trapianti cutanei a rischio per condizioni locali o generali o per accelerarne l'attecchimento,
- Ustioni che sono infette o a rischio o per accelerare l'epitelizzazione,
- Lesioni da macerazione cutanea con o senza soluzioni di continuo,
- *Sindrome di Fournier.*

Il trattamento prevede la somministrazione di O₂ sulla cute lesa creando su di essa un'atmosfera molto ricca del suddetto gas. Non esistendo in commercio dispositivi adattabili alle nostre esigenze operative, abbiamo creato sulla lesione un ambiente ricco di ossigeno coprendola completamente con un sacchetto di nylon o un guanto di vinile (a seconda delle dimensioni dell'area da trattare) sigillandoli sulla cute con del cerotto di carta in rotolo (Micropore®), lasciando uno spiraglio aperto come valvola di sfogo.

Sul fondo del "dispositivo" praticiamo una piccola incisione e vi inseriamo una prolunga per O₂ terapia, la fissia-



mo e la colleghiamo ad una fonte di ossigeno aperta a flusso elevato (12-14 lt/min.). La zona interessata deve essere bene esposta per cui il/la paziente andrà mobilizzato di conseguenza. L'ossigeno favorisce alcuni processi fisiologici fra cui:

- L'abbattimento della carica batterica,
- La modulazione dei processi di neovascolarizzazione,
- Il processo di rimodellamento tissutale attraverso la sintesi e la deposizione di collagene.

Il trattamento delle ferite croniche con O₂ terapia favorisce la formazione di tessuto di granulazione, la diminuzione dei diametri della ferita ed infine la chiusura dei margini della lesione.

Traggono vantaggio da questa terapia distrettuale tutti i tessuti devitalizzati o poco vitali, per cause locali o generali, senza pericoli di tossicità sistemica da parte del principio attivo utilizzato.

a cura di LUIGI PARETI

Infermiere Terapia Intensiva Ospedale Sacro Cuore - Negrar

Corrispondenza:
luigi.pareti@gmail.com

IL CASO DEL SIGNOR G.G.

Paziente G.G., maschio, nato il 12/11/1933, entrato in ospedale tramite il Pronto Soccorso il 30/01/2016 alle ore 09:31 e ricoverato in Terapia Intensiva il 30/01/2016 alle ore 22:00 con la diagnosi di "Sindrome di Fournier".

Anamnesi patologica remota:

- Ipertensione,
- Ipercolesterolemia,
- Patologie digestive,
- Cardiopatia ischemico-ipertensiva,
- Ernia discale trattata dal medico della terapia del dolore,
- 17/06/2015 Fistola anale transfinterica,
- 25/01/2016 Fistola anale transfinterica ad ore 7,
- 2004 Angioplastica coronarica + stent su ramo del margine ottuso,
- Intervento per deviazione del setto nasale.

Anamnesi patologica prossima:

Il paziente viene dimesso dalla Chirurgia Generale il 26/01/2016 dopo intervento per fistola anale, in buone condizioni. Il giorno successivo riferita insorgenza di iperpiressia; la mattina del 30/01/2016 si reca in Pronto Soccorso per dispnea, edema penieno e scrotale. Nel corso di due ore, edema scrotale e penieno ingrossante con comparsa di crepitio sottocutaneo e ischemia della cute scrotale.

Il dato ecografico e clinico depongono per Gangrena di Fournier per cui, informati i parenti, si porta in sala operatoria dove il paziente viene sottoposto ad exeresi del tessuto necrotico e al confezionamento di epicistostomia sovrapubica e derivazione intestinale. Durante l'intervento vengono asportati lo scroto e una porzione di tessuto perianale.

Degenza:

All'ingresso in Terapia Intensiva il paziente era intubato e così è rimasto fino al 17/02/2016, data in cui è stata confezionata una tracheostomia che il paziente ha mantenuto fino alla fine del ricovero, arrivando però al respiro spontaneo con arricchimento di O₂.

L'emodinamica è sempre stata stabile; il paziente ha avuto bisogno di un supporto inotropo di Noradrenalina dal 30/01/2016 al 06/02/2016, dopodiché ha sempre avuto buoni e adeguati valori di PAS e PAM con diuresi sempre conservata.

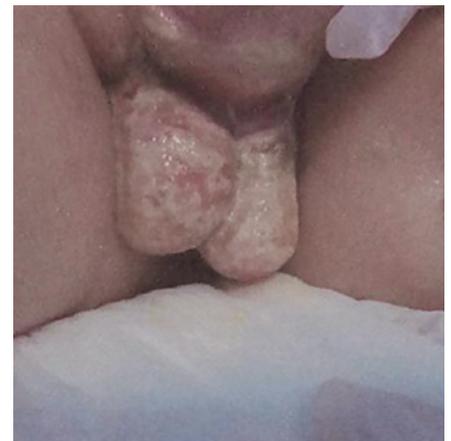
Dal punto di vista neuro-cognitivo il paziente ha mantenuto costantemente un livello di vigilanza, rispondendo con cenni del capo alle richieste ed eseguendo ordini semplici, ha tuttavia sempre presentato disorientamento spazio/tempo ed agitazione psicomotoria. Il dolore è stato trattato con farmaci endovenosi e transdermici.

La nutrizione è stata enterale tramite sondino naso-gastrico, sempre ben tollerata. Alvo sempre aperto a feci e gas. Dal punto di vista infettivo, al paziente sono stati effettuati vari prelievi per emocolture ed urocolture, sempre risultati negativi. Gli esami colturali eseguiti sui campioni di tracheosapirato hanno mostrato la presenza di: Candida Albicans +/++/+++ e Pseudomonas aeruginosa +++.

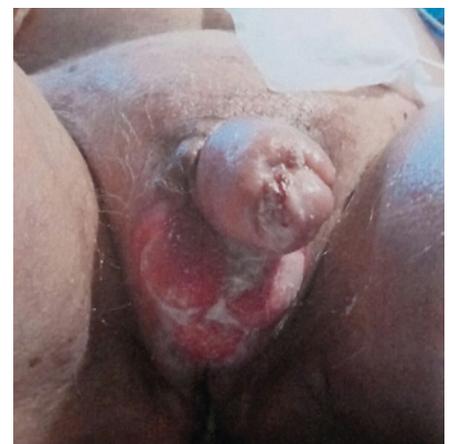
I dosaggi di Beta-D-Glucano sono risultati negativi. Sono stati eseguiti tre tamponi dalla ferita scrotale, su indicazione del chirurgo plastico ma senza riscontri significativi. La degenza si è conclusa il 02/05/2016 con il decesso del paziente dovuto ad insufficienza respiratoria.



18 febbraio 2016



7 marzo 2016



14 aprile 2016

Trattamento della ferita chirurgica:

La ferita chirurgica è stata trattata fin da subito con l'ossigeno terapia normobarica. Vari tipi di medicazione sono stati prescritti, fra cui: enzimi proteolitici, zaffi di garza iodoformica, applicazione di garze grasse. Il trattamento eseguito si è basato essenzialmente sulla deterzione con soluzione di NaCl 0,9% e ossigenoterapia normobarica 24 h su 24.

IL CASO DELLA SIGNORA P.L.

Paziente P. L., femmina, nata il 22/02/1946, entrata in ospedale tramite il Pronto Soccorso il 31/07/2017 e trasferita in Terapia Intensiva il 01/08/2017 con la diagnosi di gangrena perineale, verosimilmente da Sindrome di Fournier.

Anamnesi patologia remota:

- Epilessia,
- Oligofrenia,
- FA permanente,
- Pregressa frattura composta di S2 e dell'ala sacrale destra.

Anamnesi patologia prossima:

Paziente giunta al Pronto Soccorso da una struttura di lungodegenza per iperpiressia, già in terapia con Ceftriaxone. Ricoverata presso il reparto di Medicina Generale con la diagnosi di broncopneumonia. Per aggravamento del quadro clinico e l'insorgenza di uno shock settico la paziente viene trasferita in Terapia Intensiva dove esegue una TAC al torace e all'addome che mostra: "una raccolta fluida mista a bolle di gas che si apprezza nello spazio pararettale di destra; la raccolta ha un diametro massimo di circa quattro centimetri; concomita da questo lato marcata ulcerazione dei tessuti molli con perdita della sostanza cutanea che si estende anteriormente fino a raggiungere il piano cutaneo in sede perineale".

Visto il referto della TAC la paziente viene condotta in sala operatoria per una toelette chirurgica il giorno 02/08/2017, viene poi riportata in SO per il confezionamento di un ileostomia il giorno 08/08/2017.

Degenza:

All'ingresso in Terapia Intensiva la paziente era intubata; è stata estubata il 05/08 e posta in O2 terapia con occhialini presentando sempre buoni

scambi gassosi. Dal punto di vista emodinamico la paziente ha avuto bisogno di supporto inotropo con Noradrenalina fino al 14/08/2017; la diuresi è sempre stata adeguata. Dal punto di vista neurologico la paziente è sempre rimasta sveglia e collaborante nei limiti della sua condizione di oligofrenia.

Il dolore è stato trattato con terapia al bisogno, la paziente ha lamentato sporadicamente un dolore moderato.

La nutrizione è stata per bocca con una dieta leggera integrata da un supporto enterale somministrato tramite sondino naso-gastrico. Alvo sempre aperto a feci e gas. Dal punto di vista infettivologico è stata riscontrata la presenza di Klebsiella Pneumonie MDR +++ e Proteus mirabilis +, per questo motivo sono state avviate le misure di isolamento da contatto fino alla dimissione in RSA. Le emocolture e le urocolture eseguite sono risultate negative.

La paziente è stata trasferita dalla Terapia Intensiva alla Chirurgia il 14/08 e da lì in RSA il 18/08. Al suo rientro in RSA la paziente si presenta vigile, eupoica, apiretica, allattata. Attualmente la degenza è ancora in atto, la paziente è stazionaria con sporadiche cefalee trattate con antidolorifici al bisogno, non presenta algie nella zona della ferita, inizia l'alzata dal letto per qualche ora durante il giorno su carrozzina.

Trattamento della ferita chirurgica:

L'ossigenoterapia normobarica è stata iniziata all'ingresso in Terapia Intensiva ed è stata perpetuata con le stesse modalità anche nei reparti di Chirurgia e di Lungodegenza fino a quando la ferita non è stata dichiarata guarita. Il trattamento si è basato sulla detersione con NaCl 0.9% e ossigenoterapia normobarica 24 h su 24.

4 agosto 2017



Il dispositivo



1 ottobre 2017



REMS, come si conciliano i bisogni assistenziali e sanitari con le misure di sicurezza detentiva: l'esperienza di Andrea

a cura di ANDREA MOTTA

Infermiera REMS - Nogara

Corrispondenza:
andreacamilla91@gmail.com

“REMS – Residenza Esecuzione Misure Sicurezza – l’acronimo sciolto fa pensare a una struttura carceraria. Di fatto ha sostituito i vecchi Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), dunque un luogo di cura ma anche di custodia perché le persone ospitate sono sottoposte a misure di sicurezza detentiva.

LA REMS VISTA DA VICINO

La Legge 30 maggio 2014, n. 81 (*“Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”*) segna di fatto il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari che sono stati sostituiti dalle Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza.

La gestione delle REMS è di esclusiva competenza sanitaria e il trattamento delle persone sottoposto a misure di sicurezza detentiva è affidato al servizio sanitario regionale (Decreto 1 ottobre 2012 – *“Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia”*).

La REMS veneta – collocata all’interno dell’Ospedale Stellini di Nogara – è attiva dal 2016. Per rispondere ai requisiti previsti per la REMS, la struttura ospedaliera è stata ristrutturata e riadattata (porte allarmate, telecamere di sorveglianza nelle stanze e nei luoghi di convivenza comune ecc.).

LA REMS DI NOGARA, ALCUNI DATI

La REMS veneta dispone di 40 posti letti, disposti su 2 piani diversi. L’accoglimento del paziente in struttura – avviene in seguito ad ordinanza giudiziaria emessa dal tribunale in cui si esplicita il ricovero forzato: l’accesso avviene sempre con le forze dell’ordine

(carabinieri, polizia penitenziaria) e il tempo per la permanenza equivale alla pena commisurata.

Dall’apertura (2016) ad oggi sono stati accolti 61 pazienti, dimessi 25 di cui 2 dei ricolti nuovamente. A fronte delle attuali “richieste di internamento”, la disponibilità di posti letto sembra essere insufficiente. Per questa ragione, è stata creata una lista di attesa che viene soddisfatta secondo un criterio cronologico: il numero progressivo di arrivo delle ordinanze giudiziarie.

I PAZIENTI

Le persone accolte in REMS sono pazienti affetti da patologie psichiatriche che hanno compiuto dei reati. Le patologie più frequentemente diagnosticate sono:

- La doppia diagnosi: la comorbilità tra disturbi psichiatrici e disturbo tra uso di sostanze viene comunemente indicata come Doppia Diagnosi (1992, First e Gladis). I disturbi psichici possono essere secondari all’abuso di sostanze o in associazione, e quindi concomitanti;
- La schizofrenia: secondo il DSM-V (Manuale Diagnostico e Statistico, quinta edizione) gli individui affetti da schizofrenia possono presentare un’affettività inadeguata, un umore disforico che può prendere la forma della depressione o dell’ansia, un ritmo sonno/veglia disturbato e mancanza di interessi. Inoltre può verificarsi depersonalizzazione, derealizzazione e preoccupazioni somatiche che possono a volte raggiungere intensità delirante;

- I disturbi di personalità: vengono definiti dal DSM- IV (Manuale Diagnostico e Statistico, quarta edizione), come modello abituale di esperienza o comportamento che si discosta notevolmente dalla cultura a cui l'individuo appartiene e si manifesta in almeno due delle seguenti aree: esperienza cognitiva, affettiva, funzionamento interpersonale e controllo degli impulsi.

Dopo aver scontato la pena, la persona viene dimessa, può così tornare alla famiglia di origine se la situazione familiare lo permette, oppure andare in comunità riabilitativa.

LAVORARE IN REMS

Lo staff della REMS è composto da 28 infermieri, un coordinatore infermieristico e 16 operatori socio-sanitari. Quotidianamente si interfacciano con medici, educatori, assistenti sociali e psicologi.

Prima di iniziare il lavoro in struttura Infermieri e operatori socio-sanitari hanno seguito un percorso formativo per approfondire la patologia psichiatrica, la psicologia, la farmacologia seguito da un periodo di affiancamento con infermieri esperti provenienti dall'SPDC di Legnago. L'età media dello staff – 30 anni – e la mancanza di esperienza specifica si rivela un vantaggio per la crescita professionale graduale uniforme di tutto il gruppo, lo sviluppo di un forte senso di appartenenza, il raggiungimento di obiettivi comuni.

Oltre alle attività prettamente sanitarie, infermieri e OSS svolgono attività socio-riabilitative come l'organizzazione di gruppi ludico-educazionali che hanno lo scopo di tenere impegnati i pazienti, educarli a stare in gruppi più o meno ristretti di persone, permettere il recupero o l'acquisizione di tecniche

specifiche e creare un clima di condivisione. Gruppi come quello dedicato alla cucina, al cruciverba e al ballo vengono gestiti dal personale sanitario.

LE DIFFICOLTÀ PERÒ NON MANCANO...

Nonostante il decreto di abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari risalente al 2014 la prima REMS in Italia è stata attivata nel 2015, mentre nel Veneto solo nel 2016; questo è uno dei motivi per cui questa realtà è ancora quasi del tutto sconosciuta alla collettività, per non parlare dello stigma che ancora connota il paziente con patologia psichiatrica. Una costante e mirata attività di informazione potrebbe essere sicuramente utile a permettere ai pazienti internati in REMS di inserirsi nel tessuto sociale svolgendo lavori socialmente utili o prendendo parte alla vita della città/paese in modo attivo.



FNOPI – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche – nata ufficialmente il 15 febbraio. Cosa cambia?

a cura della REDAZIONE

Corrispondenza:
info@ipasviverona.it

PER APPROFONDIRE

• Dal portale ipasvi
www.ipasvi.it

La legge Lorenzin “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute” (3/2018) è entrata in vigore il 15 febbraio scorso. Molti i cambiamenti

LA FNOPI E GLI OPI

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 25 del 31 gennaio 2018 della legge 3/2018 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute), la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, la più grande d'Italia con i suoi 440mila iscritti. E i Collegi provinciali sono Ordini provinciali delle professioni infermieristiche: Opi.

CHE SUCCEDERÀ ORA?

Saranno necessari una serie di decreti attuativi per rendere operativa la nuo-

va legge: secondo il Ministro Lorenzin arriveranno già entro marzo.

La nuova legge prevede che ci vorrà un decreto del ministero della Salute per determinare la composizione del Consiglio direttivo dell'Ordine, garantendo “un'adeguata rappresentanza di tutte le professioni che ne fanno parte”: in questo caso infermieri e infermieri pediatrici. Un altro decreto del ministero della Salute determinerà la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'Ordine e un ulteriore decreto servirà per la composizione delle commissioni di albo all'interno della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche.

Per quanto riguarda gli organi della Federazione, la legge dà tempo sei mesi dalla sua entrata in vigore e ci vorranno uno o più regolamenti, anche questi adottati con decreto del ministro della Salute, che dovranno avere il via libera anche con una intesa in Conferenza Stato Regioni, dopo, naturalmente, il parere positivo della nostra Federazione che dovrà essere espresso entro trenta giorni dalla richiesta.

I regolamenti disciplinano: le norme relative all'elezione degli organi, il limite dei mandati degli organi degli Ordini e della Federazione, criteri e modalità per lo scioglimento degli Ordini, la tenuta degli Albi, la riscossione e l'erogazione dei contributi, l'istituzione delle assemblee dei presidenti di albo, le sanzioni, i procedimenti disciplinari e i ricorsi. Naturalmente, essendo la denominazione la prima cosa a cam-



biare, la Federazione e gli Ordini dovranno provvedere alle comunicazioni e al cambio di tutte le referenze: carta intestata, email, Pec, firma digitale ecc.

E DOPO L'IMMEDIATO?

Enti ausiliari e enti sussidiari...

La differenza tra essere enti ausiliari ed enti sussidiari dello Stato è che nel primo caso gli Ordini non svolgono una funzione amministrativa attiva, ma solo una funzione di iniziativa e di controllo, nell'altro caso, in base al principio di sussidiarietà, possono svolgere compiti amministrativi in luogo e per conto dello Stato.

In questa veste ad esempio stabilisce la legge che vigilino sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando direttamente sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, tenendo conto degli obblighi a carico

degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro.

La struttura...

La professione infermieristica avrà a livello centrale una Federazione nazionale che coordina gli Ordini di livello provinciale ed emana il Codice Deontologico che deve essere approvato dal Consiglio Nazionale con il via libera di almeno due terzi dei consiglieri presidenti di Ordine.

Le Federazioni sono dirette dal Comitato centrale costituito da quindici componenti eletti dai presidenti di Ordine.

Ciascun presidente dispone di un voto per ogni cinquecento iscritti e frazione di almeno duecentocinquanta iscritti al rispettivo albo. Ogni Comitato centrale elegge nel proprio seno, a maggioranza assoluta degli aventi diritto, il presidente, il vice presidente, il tesoriere e il segretario, che possono essere sfiduciati, anche singolarmente, con la

maggioranza qualificata dei due terzi degli aventi diritto.

I Comitati centrali e le commissioni di albo sono sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente o se si configurano gravi violazioni della normativa.

Lo scioglimento è disposto con decreto del ministro della Salute. Con lo stesso decreto è nominata una commissione straordinaria di cinque componenti, di cui non più di due iscritti agli albi professionali della categoria. Alla commissione competono tutte le attribuzioni del Comitato o della commissione di sciolti. Entro tre mesi dallo scioglimento si deve procedere alle nuove elezioni. Il nuovo Comitato centrale eletto dura in carica quattro anni.

Si deve poi realizzare una commissione separata di albo per gli infermieri e per gli infermieri pediatrici, in analogia con quanto avviene per medici e odontoiatri e poiché la legge stabilisce che questo tipo di struttura abbia 7



componenti se gli iscritti non superano i 1.500 ma sono inferiori a 3.000; 9 se superano i 3.000, nel caso della Federazione avrà 9 componenti, nel caso dei singoli Ordini il numero invece sarà relativo agli iscritti.

I Consigli Direttivi degli Ordini Provinciali avranno fino a 7 componenti se gli iscritti sono fino a 500, 9 se sono tra 500 e 1500, 15 oltre i 1500. Con il Comitato centrale garantiscono equilibrio tra i generi e le generazioni.

Ogni collegio dei revisori avrà un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e sarà composto da tre membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi. Tuttavia, se il numero dei professionisti residenti nella circoscrizione geografica è basso in relazione al numero degli iscritti a livello nazionale o ci sono altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale o demografico, il ministero della Salute, d'intesa con le rispettive Federazioni nazionali e sentiti gli Ordini interessati, può disporre che un Ordine abbia per competenza territoriale due o più circoscrizioni geografiche confinanti o anche una o più Regioni.

Le elezioni

Si terranno ogni 4 anni e non più 3. Chi è stato presidente, vice, tesoriere e segretario, può essere rieletto nella stessa carica consecutivamente una sola volta. Il mandato corrente non si considera tra quelli validi per il limite di una sola rielezione.

L'elezione del Consiglio direttivo e della commissione di albo è valida in prima convocazione se hanno votato almeno i due quinti degli iscritti, in seconda convocazione qualunque sia il numero dei votanti purché non inferiore a un quinto degli iscritti.

A partire dalla terza convocazione la votazione è valida qualunque sia il nu-

mero dei votanti. Le votazioni durano da un minimo di due a un massimo di cinque giorni consecutivi, di cui uno festivo, e si svolgono anche in più sedi, in modo di garantire la piena accessibilità in ragione del numero degli iscritti, dell'ampiezza territoriale e delle caratteristiche geografiche.

Se l'Ordine ha un numero di iscritti superiore a cinquemila, la durata delle votazioni non può essere inferiore a tre giorni. Nuovo meccanismo per i risultati: devono essere comunicati entro quindici giorni da ciascun Ordine alla rispettiva Federazione nazionale e al ministero della Salute.

A stabilire come saranno i seggi sarà un decreto del ministero della Salute da emanare entro 60 giorni dall'approvazione della legge.

I seggi dovranno garantire la terzietà di chi ne fa parte, le procedure per l'indizione delle elezioni, per la presentazione delle liste e per lo svolgimento delle operazioni di voto e di scrutinio e le modalità di conservazione delle schede, prevedendo nel caso la possibilità per gli Ordini di stabilire che le votazioni abbiano luogo con modalità telematiche che quindi non è automaticamente operativa e possibili, ma, anche in questo caso, legata a un decreto del ministro della Salute.

Il potere disciplinare

Si separa la funzione istruttoria da quella giudicante. Gli uffici istruttori sono composti da 5 a 11 iscritti di commissioni albo esterne a quella dell'ordine nel cui territorio è avvenuto il fatto in giudizio.

Abusivismo - Il comma 1 dell'articolo 12 sostituisce l'articolo 348 del codice penale, e aumenta le sanzioni per gli abusivi dall'attuale "milione di lire" prevedendo la reclusione fino a 3 anni

e la multa da 10mila a 50mila euro. La pena però aumenta con reclusione fino a 5 anni e multa fino a 75mila euro per il professionista prestanome, che rischia anche l'interdizione da 1 a 3 anni dall'attività.

La sentenza è pubblicata e c'è la confisca della strumentazione usata per commettere il reato che i comuni indirizzeranno a fini assistenziali.

In caso di *omicidio colposo* per l'abusivo (aggiunta ad articolo 589 c.p.) c'è la reclusione da 3 a 10 anni.

In caso di *lesioni colpose* (art 590 cp) la reclusione va da 6 mesi a 2 anni e la pena per lesioni gravissime è la reclusione da un anno e mezzo a 4 anni. Per chi eserciti un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie senza licenza c'è la sanzione amministrativa fino a 7.500 euro.



Un bambino emigrato

Versi pregnanti quelli di Francesco, versi che non hanno bisogno di commenti, versi regalati al lettore che li farà propri come crede, versi da leggere anche tra le righe.

Tu bambino, che sei La luce della vita, sei scappato da un paese in guerra, sradicato dagli affetti dai parenti, amici e della tua amata terra.

Tu bambino, che sei la speranza della vita, ti sei trovato in cammino nel deserto, toccavi la sabbia, guardavi il cielo invocavi acqua, avevi tanta sete e ti sentivi disperso.

Tu bambino, che sei il fiore della vita, sei salito su un gommone, hai attraversato il mare, guardavi il sole, le onde burrascose e avevi paura, non vedevi l'ora di toccare terra e arrivare.

Tu bambino, che sei la gioia della vita, finalmente su un'isola a te sconosciuta sei arrivato, una gentile, dolce e umana accoglienza di tanti bravi volontari hai trovato.

Tu bambino, che sei l'amore della vita, in quella drammatica avventura ti sei trovato, colpa di una società egoista e malata, la mancanza di un'equa distribuzione dei beni disuguaglianze hanno creato.

Tu bambino, che sei la dolcezza della vita, la tua avventura ci ha commossi, speriamo in più umanità, scuota le coscienze, apra le menti, l'amore trionfi per tutti i bambini sulla terra, ci sia la pace e più solidarietà.

a cura di FRANCESCO LENA



RECENSIONI

Wonder

a cura della REDAZIONE

INFORMAZIONI

TITOLO:
Wonder

REGIA:
di Stephen Chbosky con Julia Roberts, Owen Wilson, Jacob Tremblay, Daveed Diggs, Mandy Patinkin, Sonia Braga, Ali Liebert

ANNO: 2017
DURATA: 113

Auggi Pullman è un bambino affetto dalla Sindrome di Tracher Collins – malattia congenita dello sviluppo craniofacciale – che nonostante le preoccupazioni di papà Nate e mamma Isabel, sostiene gli sguardi diffidenti e curiosi degli studenti con fierezza e dignità facendo il suo ingresso nella scuola pubblica.



Un percorso emozionante ma anche coinvolgente che coinvolge due mondi e irriducibili: quello anomalo caratterizzato da affettività, fantasia, degli adulti che hanno un rapporto privilegiato con il bambino. Un film per i bambini e per tutti quelli che non salvaguardano i propri figli e per tutti quelli che soffrono lo sguardo degli altri in quell'età ingrata in cui ti presenti agli altri senza protezione. Piccolo galateo comportamentale davanti alla diversità, Wonder nasce dal rammarico di una madre – R.J. Palacio, pseudonimo di Raquel Jaramillo – che scrive il suo primo libro per rielaborare la fuga davanti a una bambina “diversa” incontrata al parco.

Delusa dalla sua reazione, prova a capire sulle pagine quello che avrebbe dovuto fare. In luogo della paura, per cominciare sarebbero bastate la considerazione e la gentilezza. Ma qualche volta quei “riflessi”, quelle attitudini dell'anima richiedono tempo e lavoro: di quell'esercizio della virtù dicono il romanzo della Palacio e il film di Stephen Chbosky, combinando gravità e tenerezza, lacrime e larghi sorrisi. Racconto di formazione sensibile e franco che non fa sconti sulla violenza meschina che il protagonista subisce nel corso dell'anno scolastico, Wonder non scade mai nella compiacenza e nell'affettazione, offrendo diversi punti di vista sullo stesso soggetto. La narrazione polifonica elude la trappola del pathos e l'accanimento sul personaggio principale, donando respiro al film che sovente flirta col meraviglioso stabilendo per esempio che in un certo mondo, quello infantile, si può vivere in gravità zero o avere Chewbecca per amico.

Un percorso emozionante e galvadoro e sofferto, che spesso conflittuali dei bambini, eroi zati da un surplus di creatività e quello non conservato un con l'infanzia. ni, che devono imparare la differenza, per sanno sempre come pri figli dal mondo soffrono o hanno sofferto.

Marzia Gandolfi



Pronta disponibilità o guardia attiva?

Sono un'infermiera che lavora in una sala operatoria di un ospedale della provincia di Verona; l'organizzazione della turnistica non prevede la nostra presenza in guardia attiva durante le ore notturne, e nei fine settimana, ma purtroppo si sta verificando sempre più che si venga chiamati durante le pronte disponibilità che diventano così una guardia attiva.

Volevo chiederle quali sono i riferimenti organizzativi normativi che regolano tale istituto.

Giovanna

di MARINA VANZETTA

Gentile Collega,

L'istituto al quale lei fa riferimento è regolamentato a livello nazionale dall'articolo 34, comma 6, CCNL 1998 – 2001 del 7 aprile 1999.

L'istituto rimane applicato ai casi in cui è strettamente necessario ovvero in relazione:

- All'obbligo di garantire interventi assistenziali urgenti e non programmabili. Ciò in rapporto ad una rilevazione statistica di un numero di interventi (nel tempo e nella durata) tale da rendere inopportuna o dispendiosa la presenza in servizio attivo del personale durante le ore notturne e festive;
- Necessità di assicurare la funzionalità organizzativa o tecnica delle strutture.

A livello locale poi, intervengono anche accordi tra rappresentanze sindacali e amministrazione hanno declinato e regolamentato tale istituto.

Stefano Bernardelli
Consigliere



www.ipasviverona.com



**Segreteria Organizzativa
Collegio Provinciale IPASVI**

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