



PROFESSIONE INFERMIERE

NOTIZIARIO DEL COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI TRENTO

Anno 17 - Numero 1 Giugno 2017 - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% NE/TN



PROFESSIONE INFERMIERE

Periodico del Collegio
Provinciale IPASVI di Trento

Anno 17 - Numero 1
Giugno 2017

Registrazione Tribunale di Trento
n. 1062 del 17.10.2000

Redazione:

Via Calepina, 75 - 387122 Trento
tel. 0461 239989
fax 0461 984790
www.ipasvi.tn.it
info@ipasvi.tn.it

Direttore responsabile:

Laura Galassi

Ha collaborato:

Tommaso Maines (fumetto)

Grafica e stampa:

Centro Stampa Borgo
Borgo Valsugana

Poste Italiane SpA

Spedizione in Abbonamento Postale
70% NE/TN

Sommario

EDITORIALE

Deontologia: usiamola sempre! 3

IL FOCUS

Costruiamo il nuovo codice 4

LA RIFORMA

L'infermiere di comunità 8

Uniti nella complessità 10

Una risorsa sul territorio 13

Cure primarie e cronicità 15

LA FORMAZIONE

Post laurea, competenze avanzate 17



> pag. 4



> pag. 20



> pag. 30

IL MEETING

Il Comitato nazionale a Trento 20

INCONTRI CULTURALI

Voglia di conoscenza 24

IL MASTER

I percorsi PAC e DAT 26

Sedazione terminale 28

IL TRAGUARDO

La prima prof in infermieristica 30

PERSONAGGI

Dispositivi impiantabili remoti 33

La professione ti fa sentire a casa 35

NEWS

Assistenza territoriale - Vaccini - Pubblicità 39

IL FUMETTO

Il patto infermiere-cittadino / 2 42

EDITORIALE

Deontologia, usiamola sempre!

Le regole della nostra professione ci devono guidare nel lavoro di ogni giorno soprattutto nelle fasi di cambiamento

Come Collegio stiamo cercando di dare voce alle grandi eccellenze infermieristiche che silenziosamente e quotidianamente sono presenti sul territorio, sono vicine alle persone, anche quando non sono di turno. Ci stiamo impegnando per far riconoscere questo valore, consci di essere una professione che fa relazione d'aiuto, si misura sui risultati di salute definiti sia per risolvere/evitare la patologia sia nell'accompagnare durante il percorso malattia e vita.

Siamo consapevoli di trovarci in un momento delicato, di cambiamento, di evoluzione, ma vogliamo vedere l'attualità con obiettività per identificare elementi positivi e non limitarci a cogliere solo quelli negativi.

I focus principali di questo notiziario sono la deontologia – alla quale è stata dedicata la Giornata dell'infermiere del 12 maggio - e la figura dell'infermiere di comunità, che abbiamo messo al centro di un convegno formativo l'11 marzo. L'infermiere di comunità qualifica una risorsa fondamentale che va valorizzata come professione intellettuale che ha le capacità, le conoscenze e le competenze per soddisfare determinati bisogni. In quanto tale è necessario strutturare questa figura, per poi inserirla in una rete adeguata sul territorio.

Il nostro obiettivo è poi far sì che la deontologia - il nostro preziosissimo codice che, dopo 7 anni, ora è in fase di revisione - sia inserita nella quotidianità del nostro lavoro. Nei momenti critici abbiamo ancora più bisogno di un punto di riferimento saldo al quale guardare ed è proprio la nostra carta deontologica della quale



sentiamo l'esigenza. Non dobbiamo avere paura di sfogliarlo alla ricerca delle risposte alle domande che la nostra splendida professione ci pone ogni ora.

Sfogliando questa pubblicazione troverete poi, tra le altre cose, l'intervista alla presidente della Federazione nazionale Barbara Mangiacavalli, che abbiamo incontrato a Trento per un proficuo confronto sul futuro della professione. Tra i personaggi che abbiamo voluto valorizzare in questo numero c'è Luisa Saiani, prima docente di ruolo nella cattedra di Infermieristica e quattro straordinarie colleghe nate fuori dall'Italia che hanno trovato nella nostra professione un mezzo straordinario di integrazione. È questo il cambiamento che ci piace e del quale andiamo fieri.

Luisa Zuppini, presidente Collegio Ipasvi Trento

IL FOCUS

Costruiamo il nuovo codice

La partecipata assemblea dedicata alla deontologia degli infermieri
La presidente Zappini: “Dobbiamo rispecchiarci in questo testo”



Le regole degli infermieri si aggiornano per rafforzare i valori della professione. Il 12 maggio, al Centro Congressi Interbrennero, il Collegio IPASVI di Trento ha promosso un convegno per approfondire i principi guida della nuova proposta di Codice deontologico assieme a diversi esperti portatori di punti di vista privilegiati sulle questioni dell’etica e della deontologia.

La stesura del nuovo codice è stata avviata lo scorso novembre, a 7 anni dalle ultime modifiche. Per la prima volta è prevista una consultazione pubblica con lo scopo di stimolare e

ottenere il massimo coinvolgimento di tutti gli iscritti.

Tra i 40 articoli proposti dalla Federazione IPA-SVI le principali novità riguardano il nuovo ruolo degli infermieri a livello di management e di clinica - anche nella libera professione - con uno sguardo alle tematiche del fine vita e delle vaccinazioni. Le norme contenute nel Codice sono vincolanti e negli ultimi anni sono state utilizzate anche come strumento giuridico dalla Magistratura. La consultazione pubblica, portata avanti su piattaforma informatica, si è conclusa il 31 maggio; dopo questa data il Comitato



centrale analizzerà le osservazioni ricevute ed elaborerà il testo finale in autunno.

“Con questo evento abbiamo voluto lavorare con la Federazione nazionale per dare vita a un Codice più che mai vivo e operativo. Esso è uno

“ È uno strumento di guida indispensabile che dev’essere riconosciuto, ancora di più nella quotidianità ”

Luisa Zappini, Presidente del Collegio IPASVI

strumento di guida indispensabile che deve essere riconosciuto, ancora di più, nell’esercizio

quotidiano della professione. Vorremmo che il testo rispecchiasse la nostra affermazione come professionisti, il nostro saper assistere e sapersi prendere cura delle persone con umanità, competenza e grande vicinanza”, ha spiegato la presidente del Collegio di Trento, **Luisa Zappini**.

Al convegno, al quale erano presenti circa 200 infermieri, ha preso parte il vescovo di Trento mons. **Lauro Tisi** che nel suo intervento si è concentrato sul bisogno spirituale della persona. “Quando visito luoghi di cura – ha detto mons. Tisi - amo ricordare che gli operatori sanitari hanno la possibilità di frequentare, più di altri, la grammatica dell’umano. La vulnerabilità dei malati chiede, infatti, silenzio, disponibilità ad ascoltare e ospitare. Niente è più umanizzante del poter contare non solo sull’efficacia della scienza medica, ma anche sulla percezione bella e appagante di un esserci concreto e reale: a voi, infermieri, è data un’opportunità davvero unica”.



L'assessore alla Salute, **Luca Zeni**, si è invece focalizzato sulle prospettive del welfare provinciale. “Dobbiamo dare forza al territorio per porre così il paziente e la sua fragilità al centro del sistema. In quest’ottica è fondamentale dare spazio alle potenzialità dei professionisti sanitari, proponendo modelli organizzativi innovativi. In sintesi – ha aggiunto Zeni - puntiamo verso una sanità di iniziativa che deve partire dalla riorganizzazione dell’assistenza primaria territoriale e da quella del welfare. In questo nuovo sistema l’infermiere, assieme agli altri operatori che

lavorano sul territorio, acquisterà sicuramente valore e centralità”.

Dopo gli interventi di Angela Basile, infermiere dirigente e docente di bioetica, del legale Stefano Frizzi, della giurista Elisabetta Pulice e del direttore del U.O. di Medicina Legale APSS Fabio Cembrani, i partecipanti del convegno, in quattro sessioni parallele, hanno esaminato e approfondito i temi dell’autonomia del Codice, dei diritti della persona, delle relazioni tra infermieri e con gli altri professionisti, del ruolo del Collegio e del rapporto con le istituzioni.



Collegi che hanno lasciato il segno

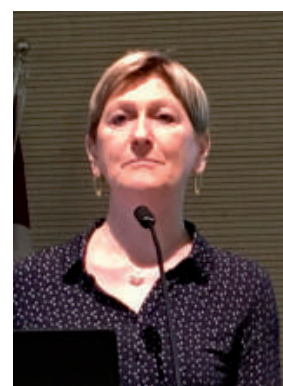
Al termine del convegno, nel pomeriggio del 12 maggio si è svolta l'assemblea annuale ordinaria degli iscritti. Ad oggi il Collegio di Trento conta 4.359 unità, delle quali 4.203 infermieri, 101 assistenti sanitari e 55 vigi-latrici d'infanzia. La giornata del 12 maggio, internazionalmente dedicata alla figura di Florence Nightingale, è stata anche l'occasione per consegnare un riconoscimento agli infermieri che, nel corso della loro carriera, hanno saputo tracciare un percorso e lasciare un segno indelebile per il futuro della professione. I ringraziamenti del Collegio IPASVI sono andati quindi a **Luisa Saiani** e **Anna Bru-gnolli**, rispettivamente professoressa ordinaria di Scienze infermieristiche all'Università di Verona e abilitata a professore associato, ad **Annalisa Mattuzzi**, esperta nell'assistenza alle persone portatrici di diabete e ad **Enrico**

Mottes, esperto nell'assistenza alle persone portatrici di stomie.

Il riconoscimento è andato inoltre a **Renata Brolis**, dirigente infermieristica del Servizio integrazione socio sanitaria dell'APSS, e **Annamaria Guarnier**, responsabile del Servizio governance dei processi assistenziali dell'APSS.



> Luisa Saiani



> Annamaria Guarnier



> Annalisa Mattuzzi



> Anna Bruognolli



> Renata Brolis



> Enrico Mottes



L'infermiere di comunità

L'incontro culturale sulla nuova figura cardine della medicina di iniziativa
La presidente Zappini: "Un punto di riferimento riconoscibile"

Sabato 11 marzo nell'auditorium del Centro per i servizi sanitari di Trento si è svolto l'incontro dedicato alla figura dell'infermiere di comunità organizzato dal Collegio IPASVI di Trento. L'evento, valido per l'aggiornamento professionale, ha rappresentato una tappa fondamentale di avvicinamento alla sperimentazione in Trentino di questa innovativa figura sanitaria.

Nel suo saluto introduttivo, il presidente dell'Ordine dei medici e odontoiatri **Marco Ioppi**, ha sottolineato come "la società non debba trasformare medici e infermieri in impiegati. Noi siamo professionisti e dobbiamo camminare

insieme". Stessa lunghezza d'onda per il presidente dell'Ordine dei farmacisti, **Bruno Bizzaro**. "Siamo tutte figure affiancabili, con il medico che fa da regista alle cure. C'è però particolare affinità tra l'infermiere, che è il più prossimo alla sofferenza, e il farmacista che funge da presidio sanitario più avanzato sul territorio".

Enrico Nava, direttore dell'Integrazione socio-sanitaria dell'APSS, ha evidenziato come negli ultimi 20 anni la professione infermieristica abbia assistito a un'evoluzione più forte delle altre professioni. "In funzione di ciò, la progettualità dei nuovi sistemi sanitari deve concentrarsi su questo cambiamento, superando le barriere





ospedale-territorio e inserendo nuove figure come i coordinatori ospedale-territorio, due dei quali sono infermieri”.

“Come previsto dal Piano per la Salute del Trentino 2015-2025, anche gli infermieri sono chiamati a sperimentare forme, ruoli e competenze che rispondano in maniera efficace ai mutati contesti sociali e sanitari. Auspico che entro l’autunno si possa partire con questo progetto garantito da risorse adeguate”, ha spiegato la presidente del Collegio IPASVI **Luisa Zappini**.

La figura professionale dell’infermiere di comunità agirà in maniera proattiva, dando concretezza alla medicina di iniziativa, basata principalmente su prevenzione ed educazione, con l’obiettivo di anticipare l’insorgenza di ulteriori problematiche nei pazienti cronici - non solo anziani -, lavorando sempre più in rete con gli altri servizi sociali e sanitari. “L’infermiere di comunità sarà presente sul territorio ed avrà un suo spazio nei novanta ambulatori infermieristici già esistenti: è fondamentale che egli sia un punto di riferimento facilmente contattabile, riconoscibile e identificabile dai cittadini e da tutti i diversi professionisti operativi nel contesto territoriale. Un facilitatore competente, insomma”, ha aggiunto Zappini.

All’incontro e alla successiva tavola rotonda hanno assistito circa 150 iscritti.

La presidente della Consulta provinciale per la salute **Annamaria Marchionne**, dialogando con gli altri professionisti della sanità presenti all’auditorium, si è soffermata sul cambiamento dei bisogni di assistenza della popolazione, legati all’aumento del numero di anziani, di non autosufficienti e delle cronicità, senza dimenticare le nuove povertà. “I tradizionali servizi assistenziali e i loro modelli sono destinati a profonde riorganizzazioni imposte sia dall’aumento oggettivo dei bisogni di salute, in continua evoluzione, sia dalle crescenti aspettative di nuovi servizi e di migliore qualità delle prestazioni. In questo quadro l’infermiere di comunità è un ingranaggio fondamentale per una società che invecchia e ha sempre più bisogno di interventi a lungo termine”, ha detto Marchionne. “Questa figura, incardinata nel Servizio sanitario e in sinergia con il medico di famiglia, ha un ruolo essenziale lungo tutto l’iter che va dalla promozione della salute alla prevenzione, passando per l’*empowerment* del paziente cronico, il *counselling* individuale e familiare e gli interventi di assistenza infermieristica diretta”.

LA RIFORMA

Uniti nella complessità

Le voci degli iscritti alla tavola rotonda sull'infermiere di comunità tra nuove sfide e voglia di condivisione



Abbiamo raccolto una sintesi degli interventi dei nostri colleghi durante la tavola rotonda organizzata l'11 marzo in occasione del convegno sull'infermiere di comunità. L'obiettivo del confronto era quello di condividere le esperienze personali di ciascun professionista, con una particolare attenzione al rapporto con il territorio.

Come ha ben spiegato la dirigente infermieristica **Adriana Dalponte**, che ha moderato il dibattito, "l'obiettivo era mettere a confronto

biografie di vita, storie, vissuti, trasformandoli in contributi per organizzare una cura sempre più centrata sui cittadini".

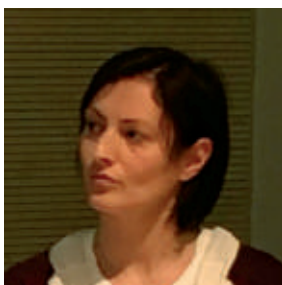
Il dialogo è partito con le testimonianze della direttrice dell'Area cure primarie del servizio territoriale APSS Simona Sforzin passando poi per Moreno Broggi, presidente UPIPA, David Fasoletti, medico di medicina generale dell'Alto Garda, e Annamaria Marchionne, presidente della Consulta per la Salute. Ecco una breve carrellata delle voci degli infermieri.

Più continuità di gestione

ANTONELLA ALBERTINI

Infermiera all'Ospedale di Tione

Abbiamo chiesto a un campione di medici di medicina generale quali sono gli aspetti salienti, positivi e negativi, dell'integrazione con gli infermieri. Da questo focus group sono emersi due



aspetti importanti: il primo è che in merito al progetto di cura i medici coinvolti hanno valutato tutti in modo positivo l'integrazione con l'infermiere, soprattutto per le sue competenze di *assessment*, di gestione delle problematiche assistenziali e per le competenze tecniche di monitoraggio. In secondo luogo la competenza relazionale vuol essere potenziata attraverso il maggior coinvolgimento degli infermieri nell'attività informativa ed educativa per la promozione e l'educazione alla salute.

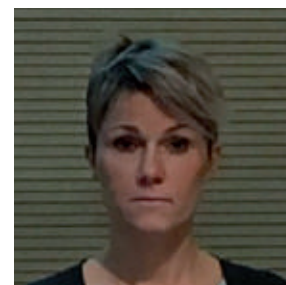
Per quanto riguarda le criticità invece, il focus group ritiene che non sempre l'organizzazione riesca a garantire la continuità dell'infermiere nella gestione dei casi; inoltre, è emersa la richiesta di poter avere un maggior contatto diretto con l'infermiere e la difficoltà di conciliare due tipologie contrattuali differenti.

Differenziare le cure

EMANUELA CAROTA

Infermiera dell'APSP Civica di Trento

Nel mio lavoro è particolarmente importante il tema della complessità assistenziale. Abbiamo sia l'utente anziano, sempre più anziano e sempre più fragile, sia quello giovane, senza dimenticare i



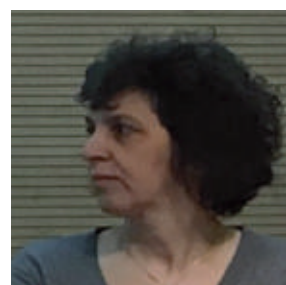
disturbi comportamentali. Nella lungodegenza ognuno è portatore di una storia che va presa in considerazione, perché essa è il punto fondamentale per garantire la qualità dell'assistenza. Questa realtà per noi è una sfida: la pianificazione differenziata dell'assistenza e la sua personalizzazione in due metri di spazio fisico.

Interagire con i colleghi

VALENTINA VIOLA

Infermiera territoriale di Lavis

Oggi la sfida più importante nelle cure domiciliari è saper leggere la complessità dei bisogni per dare le risposte più idonee a quel tipo di problema. Per fare questo dobbiamo



consolidare delle abilità e delle capacità che ci aiutino a gestire questa complessità e sicuramente l'esperienza può esserci di aiuto perché gli anni di lavoro affinano certe capacità di pratica clinica e soprattutto decisionali.

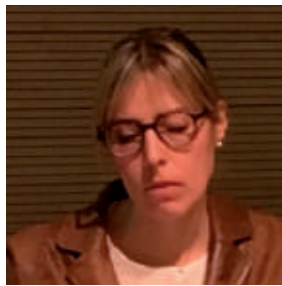
Questo deve essere un mandato forte che noi per primi come infermieri dobbiamo darci se vogliamo accrescere il nostro riconoscimento esterno, assieme alla necessità di migliorare l'interazione con il medico di medicina generale; l'impressione è che spesso siamo due mondi paralleli che si parlano e si confrontano poco. Così come in ospedale si fa il punto della situazione attorno al letto del malato, noi potremmo pensare di strutturare dei momenti di interazione, magari a casa del paziente.

Forza multidisciplinare

STEFANIA MIRONE

Infermiera delle Cure palliative di Trento

La filosofia delle cure palliative è quella di concentrarsi sulla persona e soprattutto sulla qualità di vita nelle fasi finali della malattia avanzata.



Il tema del contatto con la morte fa paura perché c'è dolore, c'è sofferenza. Per affrontarlo in questi anni ho acquisito molte competenze relazionali ed etiche, tutte molto dinamiche. Ciò che però mi ha veramente permesso di proseguire è la possibilità di lavorare in un gruppo formalizzato e ben definito.

Storicamente le cure palliative sono nate per il paziente oncologico ma adesso anche noi abbiamo tanti pazienti con malattie cronico-degenerative e pure l'utenza pediatrica è in aumento. La complessità mi ha fatto percepire ancora di più la forza del gruppo multidisciplinare: esso può favorire la presa in carico di questi pazienti complessi, oltre a supportare tantissimo l'operatore. Per me il gruppo è stato una ricchezza.

Una strategia per collaborare

SILVIA STRIMER

Coordinatrice infermieristica ospedale di Tione

Anche nei reparti per acuti ci troviamo sempre più spesso ad assistere pazienti polipatologici, fragili e grandi anziani; ritengo che il coordinatore infermieristico abbia la grande responsabilità di diffondere la cultura della presa in carico all'interno dei team assistenziali. Il coordinatore infermieristico deve rappresentare il garante per la continuità assistenziale e allo stesso tempo deve favorire tutte quelle relazioni di reciprocità sinergica tra i vari operatori che compongono la rete.

A volte mi sembra che l'integrazione si basi ancora troppo sulla buona volontà dei singoli e manchi forse un po' di un disegno strategico che invece troviamo nel caso delle attivazione ADI e delle Cure palliative. Questa condivisione è valore aggiunto per la professione e lo è ancora di più per l'utente perché è così che percepisce veramente la presa in carico e la qualità dell'assistenza.



Una risorsa nella comunità

La presidente della Consulta per la Salute Annamaria Marchionne:
 “Basta con la sudditanza degli infermieri rispetto alla professione medica”

La presidente della Consulta provinciale per la Salute, **Annamaria Marchionne**, è intervenuta al convegno sull’infermiere di famiglia per portare il punto di vista dei cittadini, inseriti in un contesto di grande cambiamento.

“Credo che parlare dei bisogni dei pazienti significhi parlare di come sono cambiate le comunità in cui vivono i pazienti. Nuovi bisogni di salute, legati a nuovi contesti epidemiologici, si affacciano. Parlo dell’aumento della popolazione anziana in condizione di non autosufficienza, dell’aumento della cronicità, ma anche dei nuovi rischi sociali, delle nuove povertà.

Viviamo in un contesto magmatico caratterizzato da una frammentazione delle istanze dei bisogni sociali: pensiamo per esempio alla contrapposizione tra interessi del centro e delle periferie, al tema dei fenomeni migratori, alla

“ L’infermiere oggi può avere un ruolo fondamentale in tutto l’iter assistenziale. ”

contrapposizione tra integrazione ed emarginazione. Viviamo in un’epoca di precarietà economica, di crisi del modello familiare.

Viviamo in una società che è molto più spostata verso la scissione che verso la ricomposizione,



mancano luoghi d’ascolto perché le città sono luoghi di solitudine, le reti di prossimità sono poche e troppo fragili.

Di conseguenza i servizi sono chiamati a dare risposte a bisogni sempre più complessi, talvolta non esattamente codificabili e per questo c’è bisogno di un ripensamento dei tradizionali modelli assistenziali, uno spostamento dalla pura e semplice logica, pure importante, di erogazione di servizi verso una prospettiva di sostegno e di accompagnamento e quindi di ascolto.

I cittadini oggi sono spaesati, si muovono in una molteplicità di strutture che però ancora fanno forse fatica ad integrarsi. Ecco allora la parcellizzazione della risposta assistenziale. La figura dell’infermiere di comunità è una conseguenza



assolutamente necessaria di questo cambiamento organizzativo.

Credo che l'infermiere di comunità debba andare oltre la tradizionale sudditanza alla professione medica, il che significa una nuova formazione. Noi cittadini sentiamo che l'infermiere oggi

può avere un ruolo fondamentale in tutto l'iter assistenziale, dalla promozione della salute alla prevenzione, alla riabilitazione, all'assistenza diretta.

L'educazione sanitaria sugli stili di vita, che oggi ha ancora una rilevanza marginale, deve essere indirizzata a tutte le età e a tutti i livelli, puntando sull'*empowerment* del paziente e sul *counseling* individuale e familiare. Anche perché l'attenzione alla relazione di cura è una caratteristica della professione infermieristica.

Ecco che allora entra in campo l'umanizzazione delle cure che deve voler dire anche semplificare, agevolare l'accesso ai servizi, promuovere quella sburocratizzazione che è assolutamente necessaria, e quel lavoro in rete tra servizi che ancora oggi stenta a decollare. Il luogo dove l'infermiere di comunità può esplicare le sue capacità professionali è l'ambito delle cure primarie, dove però è necessaria la riforma della medicina generale, che è la base di partenza per nuove professionalità e progettualità".



Cure primarie e cronicità

Il quadro della direttrice Simona Sforzin con le nuove sfide dei grandi anziani, cure pediatriche e demenze

La direttrice dell'Area cure primarie del servizio territoriale APSS **Simona Sforzin**, durante il convegno dell'11 marzo, ha riportato i dati dell'assistenza primaria in Trentino, incentrata sul paziente cronico non deambulabile. Ecco in sintesi il suo intervento.

“Il recente Piano Nazionale della Cronicità definisce il paziente cronico come una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche ad altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure, ecc.).

“ L'intervento sanitario viene portato a casa insieme all'informazione e all'empowerment ”

Il paziente cronico in carico al sistema delle cure domiciliari in Trentino è quello che viene definito non deambulabile, per il quale non è possibile, raccomandabile o funzionale raggiungere l'ambulatorio del proprio medico di famiglia o dell'infermiere. A questo paziente e alla sua famiglia che rappresenta il fulcro dell'assistenza, l'intervento sanitario viene 'portato a casa'. Oltre all'intervento sanitario sulla perso-



na malata viene svolto un altrettanto importante intervento di informazione, educazione ed *empowerment* del malato stesso e del suo sistema famiglia-caregiver, perché un obiettivo irrinunciabile dell'assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona e di chi vive con lui nel processo di cura della propria malattia. Gli infermieri delle Cure primarie dedicati all'assistenza a domicilio in Trentino sono circa 180. Garantiscono la presa in carico dei pazienti inseriti nella rete di Cure palliative e dei pazienti cronici di tutte le età, su segnalazione dei medici di famiglia, dei reparti ospedalieri, delle famiglie stesse.



L'accesso ai servizi territoriali sanitari e socio-sanitari avviene attraverso i PUA dove lavorano infermieri con competenze avanzate nel coordinare la risposta efficace ai bisogni semplici e nell'avvio dei percorsi per la presa in carico dei pazienti con bisogni complessi.

Gli infermieri delle Cure primarie hanno seguito nel 2016 quasi 17 mila pazienti (pari al 15.86 per mille sulla popolazione generale). Hanno garantito a casa di questi cittadini oltre 200 mila accessi. Di questi, 12.800 avevano più di 75 anni. Sono infatti in aumento i grandi anziani, ultranovantenni, portatori di nuovi bisogni, sui quali vanno consolidate nuove competenze, perché sono una popolazione di pazienti quasi sconosciuta fino a pochi anni fa.

Ci sono poi 140 bambini e ragazzi; lo sviluppo progressivo della rete delle cure palliative pediatriche su cui APSS sta lavorando richiederà certamente competenze avanzate e specifiche da parte degli infermieri, ed anche su questo si sta già investendo.

Di questi pazienti, solamente meno della metà hanno un piano di presa in carico, ossia sono seguiti dall'infermiere e/o dal medico di famiglia con una pianificazione degli interventi programmata nel tempo sulla base dei bisogni e degli obiettivi di cura, e spesso in integrazione tra i diversi professionisti. Per gli altri si tratta di interventi occasionali, anche se spesso ripetuti

nel tempo: l'esempio più rappresentativo sono i prelievi venosi a domicilio.

Le diagnosi più rappresentate sono le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie neurologiche, di cui la grossa parte sono le demenze. Le demenze sono una sfida per l'intero sistema di welfare, ma anche per le cure primarie e l'assistenza a domicilio richiedono nuovi pensieri ed approcci diversi da quelli tradizionali. La demenza rappresenta spesso una delle patologie croniche in comorbidità, ma la sua presenza condiziona il percorso di cura del paziente più di quanto non avvenga nella comorbidità tra altre condizioni, come per esempio il diabete o lo scompenso cardiaco”.



LA FORMAZIONE

Post laurea, competenze avanzate

Daniel Pedrotti e Anna Brugnolli spiegano cosa attendersi dagli infermieri nella formazione su cronicità, fragilità e palliazione

La letteratura internazionale ha continuato a produrre evidenze sull'importanza dell'avanzamento di ruoli clinici nell'infermieristica e sulle ricadute positive per gli esiti dei pazienti. Tutte le professioni, infermieri compresi, devono avanzare la propria pratica in base alle sollecitazioni e alle esigenze dei sistemi in cui operano e delle popolazioni a cui si rivolgono (Saiani et al., 2016; Brugnolli et al., 2016).

La pratica avanzata in Europa

A livello internazionale sono diverse le denominazioni utilizzate per definire la pratica avanzata o specialistica, le più utilizzate sono *Advanced Practice Nurse*, *Clinical Nurse Specialist* e *Nurse Practitioner*. Il riferimento è a un infermiere che ha acquisito conoscenze approfondite, competenze di giudizio clinico e decisionali in situazioni complesse e cliniche per una pratica avanzata, in inglese *advanced practice* (ICN, 2017; RCN, 2012; Buckley et al., 2008). Le caratteristiche distintive di questo tipo di professionista sono:

- possesso di master universitario (corrisponde alla laurea magistrale in Italia) come livello minimo di formazione per l'accesso;
- certificazione delle competenze e formalizzazione delle credenziali di: *assessment* avanzato e giudizio clinico, prescrizione di trattamenti, attivazione di consulenze specialistiche, comunicazione e negoziazione in



team multiprofessionali, *problem solving* e *decision making* in situazioni complesse;

- registrazione del profilo professionale di *advanced* (ICN, 2005).

Si tratta di un professionista con un alto grado di autonomia e leadership nel progettare e realizzare l'assistenza efficace e nel promuovere l'innovazione e il cambiamento in team multiprofessionali. Pertanto, quando si parla di "advanced", il focus è sulle competenze e non sul ruolo o titolo.

L'esperienza trentina

La definizione delle competenze specialistiche "avanzate" da sviluppare con il master in *case management* in cure primarie e palliative è stata realizzata con i seguenti step:

- analisi e estrazione di una lista di competenze dai documenti italiani e europei relativi alle competenze specialistiche avanzate dell'infermiere di cure domiciliari e palliative;
- focus group con infermieri esperti;
- *consensus* sulla rilevanza e complessità delle competenze sottoposta ad esperti di cure domiciliari, di organizzazione e formazione a livello provinciale e delle Province limitrofe.

Dal percorso sono state elaborate 47 competenze raggruppate in sette domini sintetizzati nella figura 1.

Ad oggi sono state certificate le competenze specialistiche in *case management* in cure primarie e palliative a 19 infermieri (I edizione) e stanno frequentando la II edizione del master 23 professionisti, di cui 22 infermieri e un fisioterapista.

Per sviluppare competenze avanzate/specialistiche, il percorso formativo propone metodologie didattiche e tutoriali:

- orientate a ridurre il tempo d'aula;
- basate sul *problem based learning* e metodo dei casi, simulazioni ad alta fedeltà realizzate in ambienti realistici (simulazione nei punti di assistenza), *project work*, *journal club* e *meeting*.

Lo stage cerca di garantire l'esposizione a casistica varia e numerosa, tutorato intensivo con supervisione/consulenza di un esperto e la certificazione effettiva delle competenze in contesto simulato.

I master, in quanto percorsi formativi universitari a supporto dello sviluppo di una pratica assistenziale avanzata, devono pertanto focalizzarsi sulle competenze e quindi sugli aspetti di contenuto - competenza contestuale - più che su aspetti di struttura - contesto o cornice di ruolo (es. master in "infermieristica di famiglia" o in "wound care" versus master in "cure primarie" o per "infermiere di famiglia").

Per concludere, dalla nostra esperienza riteniamo rilevante:

Fig. 1. Master in case management di cure primarie e palliative: competenze attese

Domini	Esempi di competenze
Accertamento (clinical assessment) e monitoraggio	Condurre una valutazione del contesto domiciliare, familiare e delle relazioni con la comunità e la rete dei servizi
Presenza di decisione clinico assistenziale	Effettuare un esame obiettivo avanzato neuro-motorio, respiratorio, cardiocircolatorio, gastrointestinale, capacità di deglutizione,...
Pianificare e coordinare le cure in team interprofessionali	Costruire un genogramma/ecogramma
Comunicazione e relazione con utente e famiglia	Prescrivere e attuare nel piano di cura assistenziale regimi terapeutico/assistenziali: dieta - attività fisica - mobilizzazione e interventi di supporto ai sintomi complessi
Insegnamento e educazione	Promuovere la continuità e l'integrazione delle cure, ...
Ricerca e qualità delle cure	Agire una relazione di aiuto e supportare il paziente e la famiglia nell'attuare strategie di coping nelle fase di evoluzione della malattia e/o fine vita
Self-directed learning	Comunicare cattive notizie
	Condurre counselling educativo per sviluppare locus of control interno e autoefficacia; costruire pittogrammi
	Offrire consulenza su processi ad elevata complessità nei diversi contesti assistenziali

- proporre percorsi che sviluppino competenze specialistiche avanzate di assessment, presa di decisione, prescrizione di presidi e farmaco-sorveglianza rispetto a problemi di salute e dei servizi (es. cure palliative, area critica) e competenze trasversali quali *priority setting*, leadership clinica, comunicazione e negoziazione in team multiprofessionali;
- certificare competenze e skills;
- attivare percorsi di ricerca integrati con l'organizzazione per valutare l'impatto della pratica assistenziale avanzata sui processi assistenziali e esiti.

Nel futuro a livello nazionale riteniamo necessario aprire un dibattito per fare delle scelte rispetto a:

- allinearsi al *framework* europeo di pratica avanzata e di formazione sia rispetto ai contenuti che alle denominazioni;
- ridurre la grande variabilità a livello nazionale relativamente ai master di livelli, online etc.
- definire la mission della formazione master come competenze di pratica professionale di base per l'accesso ad un'area altamente specialistica (es. sala operatoria, area critica) o competenze per una pratica avanzata in una specifica area (es. sala operatoria, area critica, cure domiciliari) o ancora entrambi, ma con una chiarezza di certificazione delle competenze e della pratica professionale.

Daniel Pedrotti

Coordinatore Master, Polo Universitario delle Professioni Sanitarie – APSS di Trento

Anna Brugnolli

Responsabile Polo Universitario delle Professioni Sanitarie – APSS di Trento

BIBLIOGRAFIA

Brugnolli, A., Chiari, P., Dimonte, V., Gobbi, P., Laquintana, D., Palese, A., Saiani, L., Tognoni, G. (2016). Lo sviluppo di competenze avanzate degli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 35(3),114-115. DOI 10.1702/2438.25566.

Buckley, C.R., Philipchuk, D., Antoni, K., Beatty, G., Brennan, M., Durand, S.,... Winsor, J. (2008). Canadian Nurses Association. *Advanced Nursing Practice A National Framework*. Retrieved from https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf.

International Council of Nurses (ICN). (2005). *ICN Nurse Practitioner and Advanced Practice Nursing Network. Scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse*. Retrieved from <http://international.aanp.org/content/docs/scopeandstandardswithwatermarkrevisedwithintro1.doc>

International Council of Nurses (ICN). (2017). *ICN Nurse Practitioner and Advanced Practice Nursing Network*. Retrieved from <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>.

Royal College of Nursing. (2012). *Advanced nurse practitioners. An RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation*. Retrieved from https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf.

Saiani, L., Dimonte, V., Palese, A., Chiari, P., Laquintana, D., Tognoni, G., Di Giulio, P. (2016). Il dibattito sullo sviluppo di competenze specialistiche. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*,35(3),116-121. DOI 10.1702/2438.25568.

IL MEETING

Il Comitato nazionale a Trento

Un intenso pomeriggio di confronto con i colleghi della Federazione sul futuro della professione infermieristica



L'11 marzo il Comitato nazionale della Federazione nazionale ha fatto visita al Collegio di Trento per un momento di confronto e aggiornamento con i membri del direttivo trentino. Oltre alla presidente, erano presenti la vice **Maria Adele Schirru**, la segretaria **Beatrice Mazzoleni**, il tesoriere **Franco Vallicella** e i consiglieri **Ciro Carbone** e **Pierpaolo Pateri**.

Alla presidente **Barbara Mangiacavalli** abbiamo chiesto di riassumere i punti focali del suo incontro con il nostro Collegio.

Quali sono stati gli argomenti toccati durante la sua visita in Trentino?

Abbiamo parlato degli argomenti più attuali della professione. Innanzitutto la legge sulla responsabilità professionale, importantissima perché ristabilisce un percorso in cui non saranno più avvocati e tribunali a “guidare” i pazienti, definendo con chiarezza quando i professionisti non sono imputabili per colpa grave e come vanno risolte le controversie.

Altro argomento portante è stato quello del Ddl sulle professioni sanitarie. Nella versione approvata dal Senato le novità sono importantissime,



a partire dalla trasformazione degli attuali Collegi in Ordini. Questo perché il riconoscimento ormai acquisito e universalmente affermato della nostra professione, non può prescindere da quello di un'organizzazione esattamente analoga a quella delle altre professioni intellettuali.

Naturalmente non poteva mancare l'attenzione sulle competenze specialistiche. In questo senso è importante che si rispettino i contenuti del comma 566 della Finanziaria 2015, ma già l'atto di indirizzo per i nuovi contratti prevede l'inserimento della nuova figura del professionista specialista. Resta tuttavia fermo per noi

che si debba lavorare perché questa non diventi una "scelta" possibile a livello regionale, ma sia assolutamente una figura operativa in modo omogeneo in tutte le Regioni italiane.

Sanità in Trentino. Come la valuta? Quali sono i suoi punti di forza?

Sicuramente il Trentino-Alto Adige è una Regione in cui si esaltano molti valori propri della professione infermieristica, a partire da quelli che riguardano l'assistenza alle persone con malattie croniche e agli anziani.

D'altra parte la Regione – e la Provincia autonoma di Trento in particolare – gode di numerosi primati rispetto alle altre realtà italiane. Nell'ultimo rapporto Osservasalute dell'Università Cattolica di Milano, ad esempio, a Trento si registra il valore più elevato di speranza di vita alla nascita, la mortalità più bassa, una delle quote



“ Il professionista specialista deve essere una figura omogenea in tutte le regioni ”

minore di fumatori, una copertura vaccinale più alta della media nazionale e in generale una condizione di salute migliore che nel resto del Paese e indicatori più favorevoli sia dal punto di vista dei risultati che degli stili di salute in generale.

Capita tuttavia, come accade spesso nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome, che ci si discosti per alcuni parametri (anche per quanto riguarda la spesa sanitaria) da quelli che sono i valori comuni nel resto d'Italia e questo comporta che per alcuni aspetti i cittadini trentini vivano una loro sanità sicuramente positiva ma che dovrebbe comunque avvicinarsi di più all'organizzazione generale per poter mantenere quell'omogeneità di assistenza e servizi che deve caratterizzare un Servizio sanitario nazionale come il nostro.

Qual è la strada da seguire per il futuro?

Nella vostra Provincia avete saputo valorizzare alcuni modelli, probabilmente anche prima di altri. Diciamo da tempo che l'infermiere ha il suo sviluppo professionale futuro sia nel management sia nella clinica, grazie alle competenze specialistiche già attive in molte Regioni. Istituti di ricerca come Sda Bocconi e Cerismas dell'Università Cattolica hanno ribadito la necessità di porre la professione infermieristica

in una posizione di coordinamento-gestionale dell'assistenza. L'infermiere di domani è una figura che fa da cabina di regia del percorso personalizzato e nella costruzione della continuità con gli altri professionisti, tra i quali il medico di famiglia quale referente clinico.

Certo, attualmente la carenza è forte sia in

“ L'infermiere di domani è una figura che fa da cabina di regia del percorso personalizzato ”

ospedale (dove mancano almeno 18 mila infermieri) sia sul territorio, dove per raggiungere livelli ottimali ne servirebbero almeno altri 30 mila. Ma anche così siamo già in grado di garantire il servizio. La strada da seguire in futuro





è questa: prendersi cura dei nostri pazienti con la massima professionalità e il massimo titolo, nella consapevolezza delle nostre capacità sia cliniche che gestionali.

Com'è cambiata la professione negli ultimi anni?

Serve un cambio di cultura per alcuni perché non alzino muri inutili, vecchi e dannosi allo sviluppo di un nuovo modello di assistenza che ormai è necessario. La professione infermieristica è la carta da giocare quando al cittadino non basta più essere curato, ma ha bisogno di chi si prenda cura di lui. Il paziente nella sanità deve

trovare cure, è vero, ma anche la risposta a tutti i suoi bisogni, modificati con l'aumento dell'età, della non autosufficienza, delle cronicità. I bisogni di salute una volta usciti dalle mura degli ospedali divengono paradossalmente maggiori, viste le difficoltà che spesso si incontrano per far fronte a volte anche alle minime necessità. Allora dobbiamo aggiornare il sistema, fare prossimità. L'infermiere ha un ruolo di assistenza continua e anche di educazione alla salute.

“ La professione infermieristica è la carta da giocare quando al cittadino non basta più essere curato ”



INCONTRI CULTURALI

Voglia di conoscenza

La riflessione del Collegio sull'attività formativa organizzata nell'ultimo triennio per affiancare clinica ed etica

Il Collegio accoglie le istanze di iscritti e cittadini e intercetta i bisogni di formazione degli infermieri. Nel triennio 2015-2017 sono state offerte varie opportunità di approfondimento e confronto per ragionare insieme sulle questioni etiche e deontologiche che guidano i nostri pensieri e azioni. Sono stati realizzati momenti di riflessione in piccoli gruppi su argomenti strettamente clinici, condotti attraverso la guida dell'etica e la deontologia. Non sono poi mancati grandi eventi sui temi attuali dell'infermieristica di comunità e sulla nuova proposta di codice deontologico emanata nell'autunno 2016 dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

Gli incontri, aperti a tutti gli infermieri trentini, hanno voluto spingere la riflessione sull'agire professionale a partire da quei valori e principi guida che esprimono la dimensione della dignità umana e che sono richiamati nel nostro codice deontologico. Questo anche quando non è consuetudine trattare di etica e deontologia insieme a questioni cliniche, organizzative, relazionali. Nonostante queste difficoltà, quello che è emerso dai vari incontri è stato il gusto di pensare, il piacere di sapere, la voglia di scoprire a partire dal bisogno di aiuto ai cittadini, uomini e donne, che gli infermieri incontrano ogni giorno nei loro diversificati e faticosi cammini di vita, salute e sofferenza.



Ecco perché risulta importante aiutare i professionisti che nella quotidianità vivono in solitudine il pensiero e la conseguente presa di decisione. La capacità di partecipare, dichiarare e attenersi a valori e principi guida, risulta essere il valore più vero perché aiuta e sostiene nei momenti del dubbio e delle difficoltà quando di fronte a problemi sempre più complessi diven-

ta faticoso trovare risposte, fare delle scelte e continuare ad esercitare la professione di infermiere.

In linea con questi pensieri, nonché con il mandato istituzionale, il Collegio ha continuato a farsi promotore di coinvolgere le parti politiche, nonché le istituzioni come APSS e UPIPA con le quali si stanno rafforzando le collaborazioni.

INCONTRI CULTURALI PROMOSSI DAL COLLEGIO IPASVI DI TRENTO TRIENNIO 2015-2017

ECM	EVENTI	FORMATI 2017	FORMATI 2016	FORMATI 2015	NOTE
10	ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN CURE PALLIATIVE	16	35	/	
10	ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE FRAGILE SOTTOPOSTO A TRATTAMENTO MININVASIVO O CHIRURGICO	31	15	/	
10	ASSISTENZA INFERMIERISTICA NOTTURNA. LA PRESA IN CARICO NELLE 24 ORE	30	21	/	
10	WOUND CARE: QUALE ASSISTENZA INFERMIERISTICA	34	17	/	
10	ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CON DISFAGIA E MALNUTRIZIONE	13	27	/	
10	ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA (34+21)	/	55	/	2 EDIZIONI NEL 2016 (PARTECIPANTI: 34+21)
4	IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE: OPPORTUNITÀ, AUTONOMIA, RESPONSABILITÀ, VISIONI	187	/	/	
4	ASPETTI ETICI E DEONTOLOGICI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA. OPPORTUNITA' AUTONOMIA RESPONSABILITA' - VISIONI - TRENTO	IN CORSO	/	/	PROVIDER ECM APSS
4	ASPETTI ETICI E DEONTOLOGICI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA. OPPORTUNITA' AUTONOMIA RESPONSABILITA' - VISIONI - ROVERETO	IN CORSO	/	/	PROVIDER ECM APSS
3	CHI È L'INFERMIERE DI COMUNITÀ QUALI ATTESE E QUALI RISPOSTE	130	/	/	
3	DIRITTI E DOVERI IN UNA SOCIETÀ CHE CAMBIA: IL VALORE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SALUTE	/	196	/	
4	IMPEGNO. UNA SFIDA COME PROMESSA PER UN FUTURO SOSTENIBILE	/	/	156	
FORMATI NEL TRIENNIO		2017 441	2016 366	2015 156	TOTALE 963

I percorsi PAC e DAT

La tesi di Sara Braitto sull'influenza delle diverse metodologie di pianificazione sulla qualità del fine vita

Introduzione

Nel rapporto curante-paziente, gli operatori sanitari si trovano sempre più spesso a condividere decisioni riguardanti scelte di cura ed assistenza. In particolare, nelle fasi di fine vita il malato potrebbe non essere più in grado di sostenere la propria autonomia e garantirsi un trattamento coerente con i propri valori, desideri e aspettative. Si è fatto per questo un'importante lavoro sul piano etico - e in alcuni Stati anche sul piano giuridico - che ha portato allo sviluppo di diversi tipi di percorsi e strumenti. Tra questi la Pianificazione anticipata di cura (PAC) e le Direttive anticipate di trattamento (DAT)

L'obiettivo di questo lavoro è sapere se ci sono interventi che si sono dimostrati efficaci nel migliorare la pianificazione anticipata delle cure nel fine vita allo scopo di rispettare l'autonomia del paziente e la coerenza dei trattamenti con i suoi valori e desideri durante questo percorso.

Obiettivi e metodi

Dalla ricerca bibliografica è emersa una revisione sistematica di studi fatti negli Stati Uniti e in Canada. (Arianne Brinkman-Stoppelenburg, et al. 2014). Non si sono trovati studi primari rilevanti che comprendessero outcome simili. Si è quindi proceduto con una contestualizzazione dell'argomento mettendo a confronto l'Italia e altri Paesi europei con quanto emerso in Nord America.

Nell'individuare le implicazioni per la pratica



oltre a dati riportati nella revisione sistematica (Brinkman-Stoppelenburg et al. 2014) che riguardava una realtà prevalentemente nord americana, si è tenuto conto anche dell'opinione e dell'esperienza di operatori sanitari della nostra realtà che hanno avuto conoscenza diretta di PAC e/o di DAT oltre a indicazioni di linee guida consigliate dalla SICP (Clayton et al. 2007) nonché di considerazioni emerse dalla mia esperienza professionale.

Risultati

Il processo della PAC e/o la registrazione di una DAT sono strettamente legati al contesto culturale, normativo e organizzativo.



In sintesi gli elementi fondamentali da considerare per un buon percorso di PAC e/o raccolta di DAT sono:

Rispetto al paziente/famiglia considerare:

- competence del paziente.
- stato di informazione e consapevolezza di diagnosi e prognosi,
- le eventuali barriere familiari,
- il coinvolgimento emotivo,
- gli atteggiamenti culturali (rispetto dell'autonomia o protezione del paziente da cattive notizie),
- la scarsa informazione e sensibilizzazione culturale rispetto alle tematiche di fine vita.

Rispetto agli operatori considerare:

- la consapevolezza etica dei diritti del cittadino anche nella fase finale della vita,
- la competenza e la formazione dell'équipe e dei singoli operatori,
- l'importanza della centralità della persona e del lavoro d'équipe,
- la disponibilità di tempo e il "rispetto dei tempi",
- la scelta del momento giusto per proporre una PAC e/o una DAT,
- la competenza nella gestione della relazione tra paziente/familiari e operatori dell'équipe,
- il coinvolgimento emotivo,
- la chiarezza normativa e delle disposizioni organizzative sanitarie,

- potenziare i fattori favorenti e lavorare per rimuovere le barriere,
- promuovere la valutazione della PAC con misure di outcome concentrate sull'esperienza dei pazienti e delle loro famiglie.

Conclusione

Maggiore attenzione va riservata a creare un ambiente che permetta di esprimere liberamente valori, aspettative, desideri, paure, obiettivi sul percorso di fine vita. La crescita di questo contesto culturale, guiderà gli operatori e l'équipe a sviluppare e adottare metodi e strumenti sempre più adeguati e coerenti per dare risposta ai bisogni dei pazienti nei percorsi di PAC e di raccolta DAT.

L'autrice

Sara Braitto ha 49 anni, vive a Daiano in Val di Fiemme. Ha conseguito il diploma di infermiera professionale a Bolzano nel 1987, dal 2004 al 2007 ha frequentato la scuola statale di ragioneria conseguendo la maturità. Da circa 10 anni si occupa di cure palliative e primarie a domicilio.

Sedazione terminale

La ricerca di Cristina Andreatta sulla rapida evoluzione in dispnea refrattaria nel paziente con tumore polmonare

Introduzione

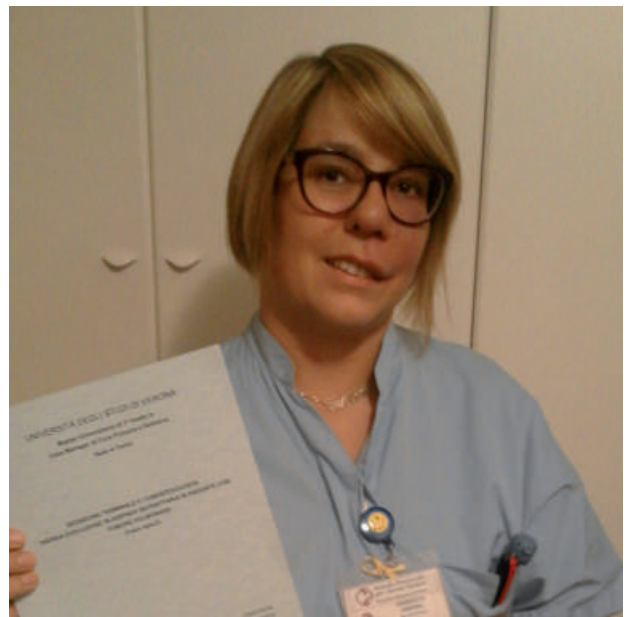
Esaurite le terapie mirate alla guarigione, obiettivo delle équipes assistenziali diventa quello di favorire l'accesso alle cure palliative domiciliari e raggiungere la migliore qualità di vita possibile per il malato e la sua rete familiare. Tale obiettivo è facilitato se si identificano precocemente i malati con patologie croniche in fase evolutiva, oncologiche e non, con limitata aspettativa di vita.

In quest'ambito si pone la sedazione terminale (ST): riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici fino alla soppressione della coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo altrimenti intollerabile per il paziente.

Iniziare una ST è una scelta complessa sia per gli operatori che per il paziente e i familiari che, se non sufficientemente e correttamente supportati e informati, rischiano di non essere messi in grado di comprendere e gestire al meglio la situazione assistenziale.

Obiettivi e metodi

Dal caso clinico del signor Angelo, 69 anni, che entra in hospice con diagnosi di dispnea refrattaria in K polmonare, sono emersi i seguenti quesiti: quali sono le indicazioni e le procedure che rendono la pratica della ST appropriata e eticamente proporzionata? Il consenso alla ST: quando può dirsi un vero consenso? Un evento acuto e imprevisto può variare la procedura e



il tempo di malattia può influire sulle scelte dei pazienti dei familiari e degli operatori stessi? Tali quesiti sono il punto di partenza per un lavoro di ricerca finalizzato a rendere la scelta della ST una scelta pienamente condivisa, rielaborata e consapevole.

Risultati

Perché la ST sia un intervento appropriato ed eticamente corretto è necessaria la presenza di tre fattori:

- Un sintomo refrattario: non controllato in modo adeguato, malgrado gli sforzi tesi ad identificare un trattamento che sia tollerabile, efficace, praticato da un esperto e che non comprometta lo stato di coscienza.

- Tale sintomo, deve essere dichiarato intollerabile dal paziente stesso, non dagli operatori o dai famigliari.
- L'acquisizione di un consenso informato.

Al fine dell'acquisizione del consenso informato del paziente è necessaria una comunicazione adeguata, data in termini progressivi e modulati e in tempi anticipati rispetto al progredire della malattia, tenendo presente il punto di vista del paziente e dei famigliari tramite informazioni oneste e veritiere con un linguaggio comprensibile e adeguato che eviti fraintendimenti.

Acquisizione di un consenso non significa firmare un documento, ma far crescere progressivamente la consapevolezza del malato rispetto alla propria prognosi, e raccogliere i suoi desideri nell'ambito della relazione di cura.

L'ultimo quesito riguarda l'evoluzione della patologia. È emerso come, attraverso l'inserimento in una équipe di cure palliative dedicata ed esperta di figure quali il *case manager* o l'infermiere di famiglia che mantengano la regia con il MMG e il palliativista, l'imprevisto è spesso prevedibile.

Il termine consapevolezza ha quindi una triplice valenza:

- per il paziente: cosa lui sa, cosa vuole sapere, cosa vuole condividere, le sue scelte
- per i famigliari: hanno un ruolo cardine e vi è l'obbligo morale di coinvolgerli
- per gli operatori: devono conoscere la possibile evoluzione della patologia per poterla anticipare nel rispetto di tempi e volontà del paziente, con atteggiamento proattivo, condividendo in équipe scelte e dubbi con un linguaggio comune e competente.

Conclusioni

Possiamo prevenire gli eventi inattesi e garantire la corretta presa in carico dei pazienti in cure palliative attraverso:

- Modelli organizzativi che permettano la presa in carico e la continuità assistenziale,



come la rete ospedale-territorio-hospice e l'introduzione dell'infermiere case manager e dell'infermiere di famiglia, personale formato e competente.

- Il tempo, le risorse e l'organizzazione per garantire l'assistenza al domicilio dei pazienti riconoscendo preventivamente le difficoltà del paziente o il burn out dei parenti.
- Strumenti comuni che permetterebbe un passaggio chiaro e puntuale delle informazioni riguardanti il percorso di consapevolezza del paziente.
- Percorsi di valutazione multidisciplinare e sistematica che consentano il riconoscimento precoce dei malati che necessitano di cure palliative e l'attivazione di percorsi integrati e di cure che coinvolgano tutte le risorse disponibili anche negli ambiti più decentrati.
- L'utilizzo di un linguaggio chiaro e adeguato al paziente per evitare fraintendimenti, dubbi o incertezze.

L'autrice

Cristina Andreatta è nata a Trento nel 1981; si è laureata in Scienze infermieristiche nel novembre 2003 e ha iniziato a lavorare come infermiera nel 2004 in Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale S. Chiara di Trento dove lavora tutt'ora dopo due pause per la nascita dei figli Aurora e Nicolò. Dopo dieci anni ha deciso di rimettersi in gioco iscrivendosi al master di primo livello in case manager di cure primarie e palliative.

IL TRAGUARDO

La prima prof in Infermieristica

Luisa Saiani dalla direzione della scuola infermieri di Trento alla cattedra nell'Università di Verona

“

Mi sono diplomata nel 1973 alla scuola di Trento e ho svolto la mia carriera professionale in Trentino fino al 2001, anno in cui ho iniziato la mia attività come professore associato di Scienze infermieristiche nella Facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona. Nonostante questo 'trasferimento lavorativo', continuo ad abitare a Trento e a sentirmi parte di questa comunità infermieristica.

Ho lavorato come assistente sanitaria nei servizi di Medicina preventiva, Assistenza domiciliare e Medicina del lavoro del Basso Sarca per sei anni, continuando il percorso formativo all'Università degli Studi di Milano per conseguire il diploma di Infermiera insegnante dirigente. Nel 1981 sono diventata responsabile dell'Ufficio aggiornamento del personale USL della Provincia di Trento fino al 1987, anno in cui ho assunto la direzione dell'allora Scuola infermieri, prendendola in consegna dalla direttrice suor Marianna Dentella. Il periodo di direzione del-

“ Il periodo di direzione della scuola è stato senz'altro l'esperienza umana e professionale più intensa della mia carriera ”

la scuola, che ha visto diplomarsi in quel periodo un migliaio di infermieri, è stato senz'altro l'esperienza umana e professionale più inten-



sa della mia carriera, anche perché, sempre in quegli anni, ho collaborato con il Collegio IPASVI di Trento, assumendo nel 1985 la presidenza. Negli anni '90, mentre si concludeva la formazione regionale, ho iniziato a collaborare con l'Università di Verona per istituire nella nostra provincia un corso di laurea in Infermieristica. Contestualmente, ero consulente della Federazione Nazionale IPASVI e partecipavo ai gruppi di lavoro che elaboravano documenti e indirizzi per il passaggio della formazione infermieristica in università.

Da allora il mio impegno si è focalizzato sullo sviluppo di ricerche sia in ambito clinico sia organizzativo e didattico. Allo stesso tempo ho cercato di ampliare l'offerta formativa per gli in-

fermieri che già lavorano, con l'attivazione del corso di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche e diversi master.

Pur avendo dedicato la mia vita a valorizzare e legittimare la professione infermieristica, sono sempre stata aperta alle relazioni con le altre professioni sanitarie: in quest'ottica mi sono impegnata come presidente della Conferenza nazionale che riunisce tutti i corsi di laurea delle ventidue professioni sanitarie.

Nella mia carriera ho pubblicato 135 articoli scientifici, un terzo dei quali su riviste internazionali. Di due iniziative vado particolarmente fiera: la fondazione della rivista 'Assistenza In-

“ La maggior soddisfazione è di aver contribuito a far riconoscere e accettare nel mondo universitario l'infermieristica come scienza ”

fermieristica e Ricerca – AIR', che da 35 anni è l'unica rivista italiana di ricerca riconosciuta a livello internazionale, e la pubblicazione, con



Anna Brugnolli, del Trattato di cure infermieristiche, libro di testo che coniuga scientificità e attenzione alla persona, distaccandosi progressivamente dai modelli americani.

Dall'ottobre del 2016 sono professore ordinario di Scienze infermieristiche all'Università degli Studi di Verona; la mia è la prima nomina nell'ambito delle università pubbliche, dopo sedici anni dall'istituzione della cattedra. È certamente un importante traguardo professionale, costruito con molto tempo dedicato al lavoro e allo studio, ma la maggior soddisfazione è di aver contribuito a far riconoscere e accettare nel mondo universitario l'infermieristica come scienza, con un proprio corpo docente, affermando la dignità accademica della disciplina.





A chi mi chiede come è cambiata negli ultimi 20 anni la nostra professione rispondo che essa è cresciuta sul piano culturale e operativo, oltre ad essere presente in una immensa varietà di contesti lavorativi, pubblici, privati, associativi e libero professionali. Si sono affermati molti ruoli specialistici nella clinica, nella formazione, nel management, nella ricerca, negli uffici di staff per la qualità, nel rischio clinico.

Inoltre, molti infermieri continuano a studiare. In università la formazione infermieristica si è consolidata e non solo perché rappresenta circa il 60% degli studenti delle facoltà di Medicina, ma anche per le sue proposte formative innovative e per la buona gestione didattica. Penso anche che sia stata raggiunta una buona alleanza tra la componente della professione che si occupa della formazione e dirigenti, coordinatori e colleghi dei servizi.

Un'area che ho particolarmente curato in questi quindici anni è stata la vicinanza alla pratica, tenere viva nelle aule universitarie la nostra mission di caring per i pazienti e orientare lo svilup-

po del sapere in funzione di questo.

Dal mio punto di osservazione possibili traguardi e sviluppi della professione potrebbero essere:

- aumentare la ricerca clinica finalizzata a produrre più conoscenza sull'*assessment* clinico, sulla gestione dei sintomi, sull'efficacia dei nostri interventi
- introdurre una maggior innovazione nei modelli di erogazione dell'assistenza orientandoli alla presa in carico dei pazienti e ad una maggiore autonomia e responsabilità individuale degli infermieri
- inserire a livello universitario un maggior numero di docenti infermieri strutturati a partire da ricercatori e professori associati che possano più stabilmente ed efficacemente contribuire allo sviluppo delle Scienze infermieristiche
- assicurare una maggior offerta di master e corsi di perfezionamento sostenuti contestualmente da un quadro normativo contrattuale che riconosca poi l'esercizio delle competenze specialistiche acquisite.

”

PERSONAGGI

Dispositivi impiantabili remoti

Loredana Morichelli racconta la nuova prestazione che in Trentino è già stata riconosciuta normativamente

Che cos'è il monitoraggio remoto

I pazienti portatori di device impiantabili vengono forniti di un monitor domestico che fornisce periodicamente informazioni sul funzionamento del device. I dati forniti sono gli stessi che si ottengono da un'interrogazione in ambulatorio, quindi dati sulla batteria, sugli elettrocateri, istogrammi di frequenza, tachiaritmie atriali e ventricolari, terapie antitachipacing e/o shock nei defibrillatori. In remoto non è attualmente possibile la riprogrammazione dei parametri. Tutti i defibrillatori, molti pacemaker e alcuni loop recorder sono in grado di inviare trasmissioni dati in caso di allarme, sia per ragioni legate al funzionamento del dispositivo quali il raggiungimento del tempo elettivo di sostituzione o malfunzioni degli elettrocateri sia per ragioni cliniche quali ad esempio episodi di fibrillazione atriale, tachiaritmie ventricolari o scompenso cardiaco.

Modello organizzativo

L'introduzione nella pratica clinica del monitoraggio remoto comporta una ridefinizione dell'organizzazione ambulatoriale, del ruolo dei professionisti, del rapporto tra professionisti e del rapporto con paziente. Per questi motivi è stato necessario implementare un nuovo modello organizzativo che prevedesse una precisa definizione dei ruoli e delle responsabilità.

Il modello organizzativo che abbiamo adottato è basato sul Primary Nursing dove la figura infermieristica rappresenta un ruolo chiave.



L'infermiere, al quale viene assegnato un certo numero di pazienti, è infatti responsabile dell'arruolamento ed educazione del paziente, dell'analisi preliminare delle trasmissioni, dell'identificazione delle criticità da sottomettere all'attenzione medica e del monitoraggio dei provvedimenti diagnostici e terapeutici.

Il paziente e i caregivers

La nostra paura iniziale era quella di perdere il rapporto umano con il paziente e che il paziente potesse vivere un senso di abbandono da parte dell'ospedale, soprattutto i pazienti con dispositivi per la resincronizzazione cardiaca.



In realtà grazie al Primary Nursing si è stabilito un forte contatto diretto con i pazienti. I familiari o i caregivers sono stati coinvolti nel processo di arruolamento dei pazienti effettuato dal loro infermiere responsabile, del quale paziente e familiari conoscono nome, recapito telefonico diretto dell'ospedale e orari nei quali contattarlo. L'applicazione di questo modello organizzativo ci ha permesso di seguire un numero sempre più elevato di persone con minore accesso ambulatoriale (comunque programmato una volta l'anno), dedicando più tempo ai pazienti che necessitavano di maggiore attenzione.

Quello che è emerso da questa attività è che i contatti telefonici tra infermiere e paziente attraverso il counseling educativo, le spiegazioni, i suggerimenti, le informazioni permettono di ottenere una vera alleanza terapeutica.

Il paziente assume maggiore consapevolezza del suo stato di salute - anche e soprattutto chi è affetto da scompenso cardiaco - è più attento ai sintomi e partecipa al suo processo di cura. Paradossalmente, i pazienti seguiti in controllo remoto sono anche quelli che più difficilmente mancano al controllo ambulatoriale, sono più soddisfatti da un rapporto individualizzato e competente con lo staff ospedaliero.

Il monitoraggio remoto permette inoltre di elevare le competenze infermieristiche e di ottenere interventi efficaci nella gestione clinica dei pazienti. Molti studi hanno dimostrato che il monitoraggio remoto ha ridotto la mortalità per tutte le cause, le ospedalizzazioni, gli acces-

si ambulatoriali e i costi ospedalieri e sociali. Dalla nostra esperienza emerge che ha anche migliorato la qualità di vita dei nostri pazienti e sicuramente la nostra di operatori sanitari.

Conclusioni

Il monitoraggio remoto rappresenta il nuovo standard per il follow-up dei pazienti con dispositivo cardiaco impiantabile come stabilito dalle linee guida internazionali. Ha effetti favorevoli sulla organizzazione sanitaria, sui costi, sulla qualità di vita dei pazienti e sull'outcome clinico. Purtroppo allo stato attuale solo la Provincia di Trento ha ottenuto il riconoscimento normativo per questa prestazione. Questo riconoscimento (al di là del rimborso tariffario) permette di allocare risorse a questa importante attività. Ci si augura che presto sia esteso a tutto il territorio nazionale in modo che il monitoraggio remoto diventi una opportunità per tutti e non solo per pochi.

Chi è?

Loredana Morichelli è nata e vive a Roma. Ha conseguito il diploma di infermiera professionale nel 1985 e dopo una breve parentesi iniziale in una struttura privata ha sempre lavorato nel dipartimento cardiologico dell'ospedale San Filippo Neri di Roma. Da molti anni è occupata nell'ambulatorio di elettrostimolazione cardiaca. Ha conseguito il Master per le funzioni di coordinamento nel 2009 e attualmente ricopre il ruolo di Chairperson della Task Force AIAC (Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione) di Clinical Competence per il personale infermieristico e tecnico di cardiologia. Dal 2006 si occupa di monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili, attualmente sono in follow-up circa 1.800 pazienti portatori di pacemaker, defibrillatori e loop recorder.

PERSONAGGI

La professione ti fa sentire a casa

Quattro storie di infermiere straniere iscritte al Collegio raccolte dalla giornalista del Corriere del Trentino, Erica Ferro

In passato il flusso migratorio degli infermieri dall'estero era molto elevato. Oggi, invece, gli occupati non italiani sono meno del 6% del totale: 191 comunitari e 53 non comunitari dei 4.359 iscritti al Collegio IPASVI di Trento.

“Il venire meno delle condizioni economiche favorevoli, il blocco del turn over, l'innalzamento dell'età di pensionamento hanno diminuito la domanda – spiega la presidente **Luisa Zappini** – le aziende sanitarie, inoltre, hanno cercato di stabilizzare i propri professionisti”.

Anche nel 2016, tuttavia, si sono laureate in Trentino sei straniere. Percorsi simili eppure peculiari, come lo sono quelli di chi decide di lasciare la propria terra per ricostruirsi un'esistenza altrove. Identità ibride costruite su nuovi equilibri e la professione che fa sentire, alla fine, una nuova appartenenza ai luoghi, ma anche a se stessi.



Firegenet Wolde

“Non ho storie brutte da raccontare”. Firegenet Wolde, trentenne eritrea nata e vissuta in Etiopia ma con la cittadinanza del padre, infermiera al reparto di medicina pediatrica dell'ospedale Santa Chiara, mette subito le mani avanti. Sarà fortuna, sarà che lei “il lato oscuro” delle persone non è propensa a cercarlo: “Io il razzismo non so cosa sia” ammette. Di certo quella propensione innata al sorriso contagioso in questi sette anni trentini l'ha aiutata. Anche a superare lo shock di uno stile di vita più individuale,

decisamente meno comunitario che ad Addis Abeba: “Zia, ma dove sono i vicini di casa?” chiedeva al suo arrivo.

Quando è stato?

“Poco più di sette anni fa, ho compiuto 23 anni pochi mesi dopo il mio trasferimento. È stata mia zia, che vive qui da moltissimo tempo, a farmi prendere la strada del Trentino: mi ero appena laureata alla School of pharmacy di Addis Abeba e qui volevo iscrivermi a un master. Ma ho scoperto che di corsi in inglese, come quelli che avevo frequentato in Etiopia, ce n'era solo a Pavia o Siena. E mia zia, siccome non parlavo una parola di italiano, non mi ha lasciato andare”.

Cosa ha fatto allora?

“Per un anno e mezzo ho solo studiato italiano. Poi ho saputo della facoltà di infermieristica e la passione che mi aveva trasmesso mia nonna è venuta a galla: tutti i bambini del mio quartiere sono nati fra le sue mani, curava i malati gratuitamente. A dieci anni mi ha anche fatto fare un’iniezione. Una volta all’università, al primo tirocinio ha capito davvero che quella era la mia strada”.

Ha incontrato delle difficoltà?

“A parte la lingua e le domande di cultura generale al test di ammissione, nessuna. Non so se si sia trattato di fortuna, ma ho incontrato sempre brave persone, dai compagni di corso ai colleghi di lavoro. Non mi è mai nemmeno sembrato che i trentini fossero così chiusi come mi venivano dipinti, né sono stata vittima di episodi di razzismo. Certo, è capitato che alcuni pazienti anziani mi chiamassero ‘cioccolatino’ mettendomi molto a disagio, ma nessuno è mai andato oltre. Forse dipende anche dal mio carattere, non riesco ad arrabbiarmi, sono sempre sorridente, e non per finta. Credo che l’integrazione dipenda anche da se stessi e dal proprio modo di porsi”.

Cosa intende?

“Forse si pretende troppo dal posto che si sceglie per vivere, senza pensare che invece bisogna dare molto in prima persona. Non si deve stare seduti ad aspettare che arrivi una qualche forma di aiuto, è importante sapersi anche arrangiare, mettersi in gioco, impegnarsi. Se una persona vuole davvero integrarsi ce la fa, non è poi così difficile”.

Si deve rinunciare a qualcosa?

“Non necessariamente. Anche se io ho perso la sensibilità per i vicini (ride, ndr). Lo shock più grande, al mio arrivo, è stato non vedere né conoscere i vicini di casa per mesi. In Etiopia entrano ed escono dalle abitazioni di continuo. Se non ci si vede per un giorno si controlla di essere vivi. Ora quando torno dai miei lo trovo soffocante. Mia mamma mi dice che sono proprio diventata “ferengi” (in Etiopia significa straniero dalla pelle bianca, ndr)”.

Mihaela Costandache

Una combinazione di timidezza e dolcezza nello sguardo, Mihaela Costandache parla ora con disinvoltura del suo arrivo in Italia dodici anni fa dalla Romania, “ma a quei tempi – ricorda – non è stato per niente facile”. Dormire sul pavimento e alzarsi all’alba in tempo per il primo turno. Lasciare una figlia di due anni che, una volta ritrovata, prima di ubbidirle chiede il permesso al padre. Adesso però Costandache è infermiera di ruolo all’azienda pubblica di servizi alla persona “Beato de Tschiderer” di Trento. Raggiungere questo traguardo, tuttavia, è stato complesso.

“Lavoravo come infermiera nel mio Paese senza ricevere lo stipendio per mesi e con la nascita di mia figlia la situazione non è stata più sostenibile. Ho deciso di partire, da sola, e fatto la badante: chiusa in casa, senza documenti, lavorando anche nel giorno libero. Ma mio marito nel frattempo si muoveva per far riconoscere la mia laurea: mi sono rimessa sui libri e ho sostenuto l’esame per iscrivermi all’Ipsvi di Bolzano, dove ho iniziato a lavorare come infermiera nel 2007. Non fosse stato per lui farei ancora la badante”.



Come è arrivata a Trento?

“Sempre grazie a mio marito. A un certo punto ha deciso che la famiglia era separata da troppo tempo, ha venduto tutto e comprato i biglietti aerei per raggiungermi assieme a nostra figlia. Abbiamo dormito a terra per lasciare a lei il letto. Ma il momento era propizio: lui ha ricevuto un’offerta di lavoro in Trentino e io ho lasciato un indeterminato per un contratto di tre mesi. Ripensandoci mi viene la pelle d’oca”.

Perché questo mestiere?

“In primis avrei voluto fare l’insegnante di italiano, del sangue avevo persino paura. Ma poi sono entrata in contatto con la sanità italiana per un’operazione e ho fatto un confronto con quella del mio Paese d’origine, pessima. Così ho iniziato come volontaria nella Caritas rumena e ora amo il mio lavoro in casa di riposo: quando una persona ha compiuto il percorso della propria vita, è importante che lo concluda in maniera decente, sia accudito con dignità e non soffra”.

È stato difficile integrarsi con i colleghi?

“No, per mia fortuna non ho mai avuto problemi. Certo, c’è sempre qualcuno che ce l’ha con gli extracomunitari, ma nel mio gruppo infermieristico si va tutti d’accordo. A essere discriminata è stata più spesso mia figlia da piccola, picchiata in bagno perché straniera che “deve tornare a casa” o perché i suoi genitori rubano il lavoro a quelli dei compagni”.

Con i pazienti, invece, ha avuto problemi?

“Mi sono presa cura, negli anni, di persone che non parlavano altro che tedesco o il dialetto sardo stretto, ma non è mai stato un problema”.

L’integrazione passa anche dal lavoro?

“Per me non è stato difficile. L’italiano e l’Italia mi piacevano già prima di trasferirmi. L’importante è rispettare il luogo e le persone del posto in cui si arriva. Occorre spirito di adattamento, senza pretendere che l’altro si adatti a te, ma nemmeno annullandosi. Per mia figlia ho scelto la doppia cittadinanza: le parlo rumeno, le cucino i piatti tipici, ma lei si sente ormai più italiana e preferisce la pasta”.

Musadije Durmishi

Nata in Macedonia, cresciuta in val di Cembra, Musadije Durmishi si sente “cittadina del mondo”. All’incedere di questa ventottenne minuta si abbina un’ardita risolutezza. “La professione infermieristica? Per me è una missione”. La compie ogni giorno all’Apsp “Margherita Grazioli” di Povo, attraverso uno studio associato. Per lei integrazione significa “decentramento”. In che senso? “Cercare di capire cosa l’altro si aspetti da te, tentare di trovare un filo per la comunicazione, accettare e farsi accettare: per farlo, però, occorre conoscere. E farsi conoscere”. Saper mediare, anche. “Tra la cultura e il modo di vivere dei miei genitori, che hanno cercato di mantenere la lingua madre e determinati valori – racconta – e la nuova cultura nella quale sono cresciuta e che mi piaceva: ho cercato di cogliere il meglio dall’una e dall’altra”. Senza dimenticare la religione musulmana. “Ma se un paziente sta morendo e desidera l’estrema unzione, per rispetto nei suoi confronti gli rimango accanto” afferma.

L’integrazione è un processo lento, “ma io non ho incontrato nessun tipo di difficoltà” spiega. “La nostra è stata una delle prime famiglie straniere ad arrivare in val di Cembra all’inizio



degli anni Novanta – ricorda – a scuola ero l'unica bimba non italiana: volente o nolente, fra i compagni mi dovevo inserire”.

“L'assistenza è un'arte” dicono gli infermieri. E per Musadije Durmishi è “una missione”: “La professione infermieristica la si deve sentire, non praticare solo per lo stipendio a fine mese”, asserisce. “La carenza di personale, il peso della burocrazia, il carico di responsabilità oltre che di lavoro, sono le difficoltà maggiori – elenca – alle quali si aggiunga anche l'importanza di seguire i rapporti con la famiglia dei malati, sempre più centrale nel percorso di cura”.

Le sue origini, insomma, non sono mai state un ostacolo. “Anzi, faccio pure da traduttrice ai medici se occorre – scherza – comprendo ormai le diverse cadenze del dialetto trentino e conosco la lingua dei segni”. Nello studio associato per cui lavora, inoltre, i professionisti italiani sono solo due su otto persone: “Ognuno porta con sé un bagaglio di esperienze e conoscenze diverse”.

Olena Rapats'ka

Ci sono incontri che cambiano la vita. Olena Rapats'ka l'ha capito quando l'ex caposala del reparto di geriatria dell'ospedale Santa Chiara è salita sul treno che da Pergine la portava a Trento ogni mattina. Era il 2011. Un giorno sul “Minuetto” la donna ha con sé i moduli per l'iscrizione all'università e la giovane ucraina, allora ventunenne, capisce che è il momento di dare una svolta alla propria esistenza.

Ne è passata di acqua sotto i ponti da allora. Oggi Olena Rapats'ka ha superato un concorso pubblico e lavora come strumentista proprio al Santa Chiara. “All'inizio non ero contenta, volevo essere infermiera di reparto, far sentire la mia vicinanza ai pazienti – racconta – ma a sei mesi dall'assunzione sono felicissima, mi sento parte di qualcosa di grande nel condividere un lavoro d'equipe”. Ma non è stato tutto rose e fiori.

“Gli anni della scuola sono stati tragici” ammette. Arrivata in Trentino per ricongiungersi con



la madre a 16 anni dalla Moldavia, dove all'età di 6 si era trasferita con i nonni dall'Ucraina, in quella classe dell'Istituto per geometri (sperava di diventare architetta o ingegnera) ha vissuto praticamente in solitudine: “Mi prendevano tanto in giro – ammette – forse perché in quel periodo era arrivata un'ondata di migranti che probabilmente incuteva timore”. La maturità è una sorta di liberazione. Ma il sangue e gli aghi sembrava non facessero per lei. Il “piccolo miracolo” si è materializzato sul treno.

“Il primo test di ingresso non l'ho superato, ero carente in cultura generale – racconta – ma non mi sono data per vinta e l'anno successivo ce l'ho fatta”. Capisce di aver fatto davvero la scelta giusta al tirocinio del terzo anno.

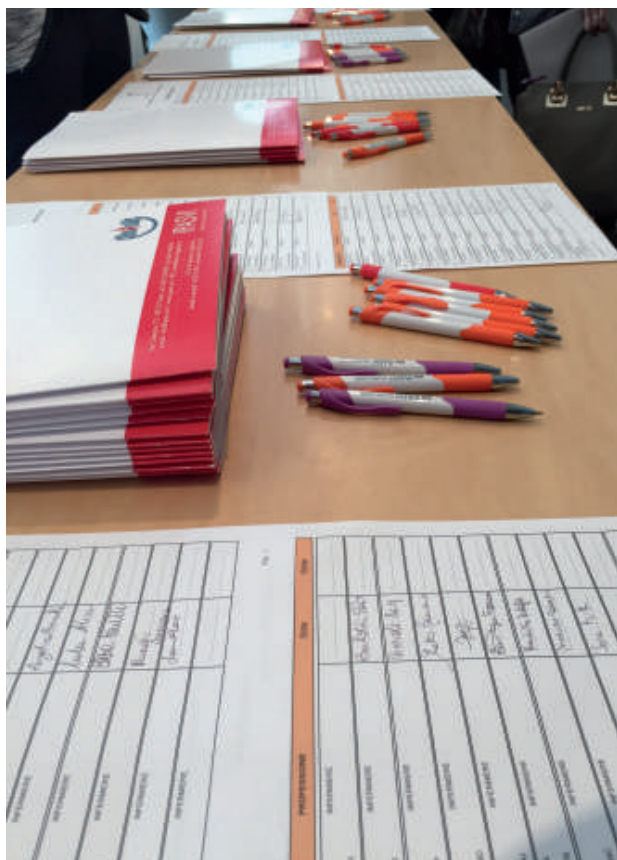
Ma la vita, quando hai bisogno del rinnovo annuale del permesso di soggiorno, non è propriamente semplice. Dopo la laurea le viene chiesta un' “autorizzazione del ministero della sanità”. All'università rischiava di non potersi nemmeno iscrivere. Al termine degli studi la necessità di trovare un lavoro subito per evitare l'espulsione. “Non mi sento italiana – ammette – ma nemmeno ucraina, né tantomeno moldava. Sono un mix di tutto questo, anche se in realtà le etichette non mi piacciono: sono una persona”.

News

Assistenza territoriale, intesa con farmacisti e cittadini

A metà maggio, durante la riunione del Consiglio sanitario provinciale, l'Ordine dei farmacisti, il Collegio IPASVI degli infermieri e la Consulta della salute hanno dato il loro avallo al progetto di cure primarie proposto dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari e dall'assessorato alla Salute.

I due capisaldi della vision presentata al Consiglio sono l'accessibilità e la continuità assistenziale. L'accessibilità si concretizza nell'apertura degli ambulatori per 12 ore al giorno, con possibilità di accesso anche senza prenotazione, e nella rintracciabilità telefonica dei medici. La continuità assistenziale, invece, si traduce



nella condivisione delle informazioni clinico-assistenziali tra i medici di medicina generale e dei dataset tra l'assistenza primaria e i servizi di emergenza (118 e pronto soccorso), oltre alla fondamentale integrazione ospedale-territorio e tra i profili professionali coinvolti.

“La riorganizzazione della medicina generale è uno snodo fondamentale per lo sviluppo del sistema sanitario provinciale e per questo non è più procrastinabile. Siamo pronti a metterci in gioco come professionisti perché i bisogni dei cittadini non possono più aspettare, anche perché in molte altre regioni queste esperienze avanzate sono già collaudate. Ora che abbiamo condiviso un progetto concreto, è necessario avviare la fase iniziale con chi ha già dato la disponibilità, come i medici di medicina generale della Val Rendena e delle Giudicarie, per poi allargare l'iniziativa a tutto il territorio”, hanno detto **Bruno Bizzaro**, presidente dell'Ordine dei farmacisti, **Luisa Zappini**, presidente del Collegio degli infermieri IPASVI e **Carlo Tenni**, rappresentante della Consulta della salute nel Consiglio sanitario.

Assistenti sanitari: “Vaccinarsi è un atto sociale”

L'Associazione trentina degli assistenti sanitari (ASNAS) - iscritti al Collegio IPASVI - ha espresso la sua preoccupazione sul delicato tema delle vaccinazioni. “Il calo delle coperture vaccinali mette in allarme gli operatori sanitari non solo per il rischio individuale di malattia, ma anche per la possibilità concreta che, venendo meno l'immunità di gruppo, riemergano patologie da tempo considerate debellate”, spiega la presidente della sezione trentina ASNAS, **Valeria Gorga**. Vaccinarsi non è quindi solo una que-



stione individuale, bensì un atto sociale che ha come obiettivo l'eradiazione delle malattie infettive.

In Trentino, la maggior parte dei 60 assistenti sanitari lavora nei servizi vaccinali, garantendo la copertura di circa 4.500 mila nati ogni anno. "Il personale sanitario si impegna quotidianamente per favorire una scelta consapevole. Il problema è che in Internet i pareri di professio-



nisti qualificati hanno lo stesso valore di quelli scritti da chi non è competente e questo ostacola non poco l'adesione ai vari programmi individuati dal Ministero della Salute", sottolinea Gorga.

Il Report 2016 dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari riporta che in Trentino le coperture vaccinali per polio, difterite, tetano ed epatite B hanno registrato valori inferiori agli obiettivi fissati dal Piano Nazionale Vaccini (95%). "I vaccini sono vittime del loro successo. Nei genitori di oggi non esiste più una chiara percezione del rischio legato alle conseguenze delle malattie infettive, scomparse proprio grazie alle vaccinazioni. È così che si enfatizzano gli effetti indesiderati a scapito del loro indiscusso vantaggio", è l'analisi della presidente.

Collegio IPASVI, i numeri della professione

Il 2017 è iniziato con 70 nuovi professionisti iscritti ad IPASVI. Oggi il Collegio di Trento conta 4.359 unità, delle quali 4.203 infermieri, 101

assistenti sanitari e 55 vigilatrici d'infanzia; la stragrande maggioranza dei tesserati è donna (3.720), mentre gli uomini sono 639.

Dalle rilevazioni emerge che nel 2016 si sono laureati 108 infermieri, la maggior parte nella Facoltà di Verona (72). Tra questi ci sono sei stranieri provenienti da Macedonia, Eritrea, Bulgaria, Ucraina e Romania. Se in passato il flusso migratorio degli infermieri dall'estero era molto elevato, negli ultimi anni gli ingressi si sono fermati e la percentuale di occupati non italiani è scesa sotto il 6% del totale (191 comunitari e 53 non comunitari nel 2016).

Comunicare la professione, la campagna di IPASVI

In coerenza con la campagna nazionale di informazione, sensibilizzazione e conoscenza della professione, il Collegio IPASVI di Trento ha promosso una campagna di comunicazione incentrata sul valore dell'infermiere come figura che si integra rispetto agli altri ruoli ma che ha anche una sua specificità nella vicinanza alla malattia. La campagna, partita a maggio, è curata graficamente da Tommaso Maines, ha visto la predisposizione di spazi su autobus e manifesti.



Il patto infermiere-cittadino / 2





