



# PROFESSIONE INFERMIERE

NOTIZIARIO DEL COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI TRENTO

Anno 16 - Numero 1 Giugno 2016 - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% NE/TN



## PROFESSIONE INFERMIERE

Periodico del Collegio  
Provinciale Ipasvi di Trento

Anno 16 - Numero 1  
Giugno 2016

Registrazione Tribunale di Trento  
n. 1062 del 17.10.2000

Redazione:  
Via Calepina 75 - 38122 Trento  
tel. 0461 239989  
fax 0461 984790  
www.ipasvi.tn.it  
info@ipasvi.tn.it

Direttore responsabile:  
Laura Galassi

Grafica e stampa:  
Centro Stampa Borgo  
Borgo Valsugana

Poste Italiane SpA  
Spedizione in Abbonamento Postale  
70% NE/TN

# Sommario

## EDITORIALE

Continuiamo a crescere 3

## IL FOCUS

L'impegno con gli infermieri 4

## LO STUDIO

L'infermiere di famiglia 8

## L'ANALISI

Il livello essenziale di assistenza 10



> pag. 4



> pag. 19



> pag. 36

## NUOVE LEVE

La carica dei 135 12

## EVENTI CULTURALI

Viaggio nella professione 14

## OPEN DAY

La voce della sanità 20

## GRAVIDANZA, PARTO E GENITORIALITÀ

Mamma & infermiera 22

## I PROGETTI

L'amministratore di sostegno 25

## LE TESI DI LAUREA

Venipuntura e prelievo ematico 27

Gestione del dolore 30

## LA SPERIMENTAZIONE

Con le cuffie in sala 32

## PERSONAGGI

Milena Vanzo: "Come il sole in una stanza" 35

L'entusiasmo di Elena Pascali 37

NEWS 39

EDITORIALE

# Continuiamo a crescere

Il patto per l'infermiere di famiglia è un passo avanti verso il riconoscimento della nostra importanza

Se è vero che *“il patto è un accordo, una promessa che può costituire anche il fondamento di una relazione”*, allora gli infermieri intendono impegnarsi in un nuovo patto per l'assistenza. Vogliamo tracciare e rafforzare la nostra risposta sanitaria e garantire una presenza professionale altamente efficace, capace di misurarsi su standard di salute definiti, in cui sia sempre più trasparente, ancorché strutturalmente integrato, l'apporto di chi diagnostica e cura le patologie e di chi assiste e accompagna la persona nei suoi percorsi curativo-assistenziali, in tutti i contesti di vita.

Il percorso di crescita e sviluppo degli infermieri non si è mai fermato ma, in questo momento storico, diventa determinante e strategico per tutto il sistema, perché gli infermieri rappresentano una costante presenza professionale a fianco dei cittadini.

In questo contesto si vuole dare evidenza a un impegno a livello territoriale. È una risorsa già presente e già competente e conosce il reale bisogno delle persone: è un investimento certo per il sistema salute.

I nuovi orientamenti (vedi la medicina di iniziativa) propongono di intercettare e raccogliere il bisogno di assistenza prima che si trasformi in “problema”. In questo modo si garantiscono risposte appropriate ai nuovi bisogni di salute, dalle acuzie alla cronicità, co – morbilità e fragilità. Contemporaneamente questo passaggio è lo strumento per governare la spesa in ottica di programmazione basata su risultati di efficacia e qualità di vita, non solo di salute.

Anche l'ambito ospedaliero deve riconfigurarsi



e organizzarsi per rispondere a situazioni ad elevata complessità e instabilità clinico assistenziale, con elevato rischio di morte o di eventi avversi, con modelli organizzativi e percorsi clinico assistenziali definiti.

Non è più sostenibile il mantenimento dell'attuale assetto organizzativo che riconosce la specializzazione clinica ma porta alla frammentazione della risposta terapeutico assistenziale, dove non si realizza la presa in carico dei problemi dell'utente.

È un primo ma significativo passo verso il pieno riconoscimento dell'importanza del valore dell'assistenza infermieristica e del ruolo degli infermieri, soprattutto in un momento di crisi economica globale.

*Luisa Zappini, presidente Collegio Ipasvi Trento*

# L'impegno con gli infermieri

La sperimentazione di un nuovo ruolo che lavorerà sul territorio con responsabilità assistenziale e prescrittiva



Giovedì 12 maggio l'assessore provinciale alla Salute Luca Zeni, a margine dell'assemblea annuale del Collegio degli infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia di Trento (IPASVI), si è impegnato a promuovere la sperimentazione, con valutazione di efficacia, della figura dell'infermiere di famiglia. Lo ha fatto firmando, assieme alla presidente

del Collegio IPASVI, Luisa Zappini, un documento di intenti con tre punti che indicano la strategia da seguire nel processo di inserimento. Al centro dell'accordo c'è la sperimentazione di un nuovo ruolo che lavorerà a stretto contatto con le famiglie e il contesto di riferimento per educare alla prevenzione e alla corretta cura degli anziani e malati in casa, al fine di miglio-

rare la loro qualità di vita e diminuire i casi di cronicizzazione e ospedalizzazione.

“Il progetto proposto dal Collegio IPASVI prevede la presenza in ambito territoriale di un infermiere con le competenze necessarie per prendere in carico paziente e famiglia nell'ambito del domicilio, in collaborazione con il medico di medicina generale e con altre professionalità, formando un team multidisciplinare e multi-professionale, come già accade nel resto d'Europa e Oltreoceano”, ha detto la presidente del Collegio, Luisa Zappini.

“Due sono gli aspetti che vorrei mettere in luce”, ha sottolineato l'assessore provinciale alla Salute, Luca Zeni. “Da un lato la massima collaborazione con il Collegio degli infermieri per sperimentare un nuovo percorso che ci porterà a valutare la possibilità d'istituire una nuova figura; dall'altra la necessità di valorizzare al meglio la figura professionale dell'infer-

miere, sulle quali vogliamo investire attraverso progetti di formazione coerenti con i bisogni in continua evoluzione dei cittadini”.

#### **Ecco i tre punti del patto:**

- Promuovere l'avvio di una sperimentazione, con valutazione di efficacia, dell'inserimento dell'infermiere di famiglia, al quale assegnare la responsabilità assistenziale e prescrittiva, fatte salve le prerogative dei medici di medicina generale, di un gruppo di anziani sul territorio. Questo operatore lavorerà a stretto contatto con le famiglie e il contesto di riferimento per educare alla prevenzione e alla corretta cura degli anziani e malati in casa, al fine di migliorare la loro qualità di vita e diminuire i casi di cronicizzazione e ospedalizzazione. Gli esiti positivi della sperimentazione potranno essere assunti quali indicatori per





- investire su una risorsa professionale capace di ottenere risultati misurabili e efficaci.
- Promuovere la partecipazione dell'infermiere di famiglia alle équipes multiprofessionali incaricate di definire livelli e standard assistenziali per evitare disuguaglianze territoriali e sociali.

- Impegnarsi a promuovere percorsi di formazione di base e continua che siano coerenti con l'evoluzione dei bisogni dei cittadini, che vanno assistiti in contesti sempre più vicini ai loro luoghi di vita e di lavoro, in un'ottica di accompagnamento e presa in carico in situazioni di cronicità e fragilità crescente.

## I numeri dell'assemblea 2016: siamo un migliaio in più rispetto a dieci anni fa

Giovedì 12 maggio, nella sala della Federazione trentina della Cooperazione, in via Segantini, a partire dalle 14, si è svolta l'assemblea annuale ordinaria degli iscritti al Collegio IPASVI di Trento.

L'incontro, al quale hanno partecipato circa **200** persone, è stato l'occasione per scattare una fotografia della professione in provincia. Attualmente gli iscritti al Collegio sono **4.344**, un migliaio in più rispetto a dieci anni fa, **64** in più rispetto al 2015. La maggior parte è assunta nel settore pubblico: **2.663** dall'Azienda per i servizi sanitari, **569** in aziende per i servizi alla persona pubbliche. Importante è comunque anche la fetta della libera professione, con **240** occupati e altri **126** impiegati nelle case di riposo private.

La professione risulta ancora a forte predominio femminile: le donne rappresentano l'**85%**. Rispetto al passato, si è stabilizzato il numero degli stranieri: nel 2016 sono **253** gli infermieri arrivati dall'estero. Le nazionalità più rappresentate sono quella rumena (**127**) e quella polacca (**39**).

LO STUDIO

# L'infermiere di famiglia

La ricerca comparativa a livello regionale di Silvia Marcadelli dell'Università Tor Vergata

Giovedì 12 maggio, in sala della Cooperazione a Trento, si è svolto il convegno, valido per l'accreditamento Ecm, intitolato "Diritti e doveri in una società che cambia". Durante l'appuntamento, al quale hanno partecipato più di 200 infermieri, è stato approfondito l'argomento della riorganizzazione della sanità.

Alla tavola rotonda che ha aperto l'evento hanno partecipato, oltre all'assessore provinciale Luca Zeni, Fabio Cembrani, direttore dell'Unità operativa di medicina legale dell'Apss, Ketty Vaccaro, responsabile Area salute del Censis e Mario Del Vecchio, direttore Osservatorio consumi privati in sanità della SDA Bocconi.

Durante il convegno è intervenuta anche Silvia Marcadelli, dottoranda in Scienze infermieristiche a Tor Vergata, per presentare i risultati della ricerca "Il ruolo dell'infermiere di Famiglia e dell'infermiere di Comunità, family and community nurse, nel miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia, sicurezza e qualità delle cure ai pazienti e dei percorsi organizzativo-assistenziali integrati per la gestione della cronicità".

La ricerca, finanziata dal Ministero della Salute, è stata condotta, da febbraio 2014 a febbraio 2015, da una équipe interdisciplinare, composta da sociologi e infermieri, coordinata da Gennaro Rocco (IPASVI Roma e CECR), sotto la responsabilità metodologica del prof. Costantino Cipolla, Università di Bologna.

Il progetto partiva da un'analisi della situazione conseguente alla riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, nel quale si riscontrava che, a fronte di una riduzione dei servizi ospede-



dalieri, si rende necessario un potenziamento dei servizi sanitari territoriali e delle cure primarie. In tale contesto, l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità è apparsa come una possibile soluzione efficace per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione socio-sanitaria.

Dopo una ricognizione a livello nazionale sono state selezionate otto Regioni, reputate come rappresentative delle principali esperienze o progetti sull'infermieristica di famiglia e di comunità: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana e Valle d'Aosta.

Attraverso la ricostruzione dei modelli organizzativi, degli ambiti di attività, dei servizi erogati, della soddisfazione dei pazienti e delle famiglie, e ponendo una particolare attenzione al confronto fra quanto previsto a livello normativo e quanto effettivamente realizzato sul terri-



torio, si è dunque tentato di ricavare dei modelli funzionali ed organizzativi di infermieristica di famiglia, sulla base delle sperimentazioni in corso nei territori.

In concomitanza con l'analisi dei casi regionali è stata condotta anche una web survey. È stato somministrato un questionario strutturato rivolto a:

- infermieri che hanno frequentato o stanno concludendo un corso di specializzazione (master o corsi professionalizzanti) in sanità pubblica, infermieristica di famiglia e/o titoli equipollenti;
- infermieri che operano nell'ambito delle cure territoriali, con o senza titolo formativo specifico.

Nello specifico, l'obiettivo della parte quantitativa della rilevazione era quello di individuare contenuti formativi, le competenze e le attività che avrebbero dovuto costituire il background formativo e professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità.

Rispetto al primo target, l'esperienza formativa

**Silvia Marcadelli**

**Chi è?**



È un'infermiera e dottoranda di ricerca all'Università di Tor Vergata. È laureata in Scienze Politiche indirizzo amministrativo. Specialista in Sociologia Sanitaria, ha seguito il Master di II livello in Valutazione della Qualità dei Servizi Socio-Sanitari. Oltre alla Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ha conseguito la Laurea in Scienze della Formazione Professionale e il Master in Consulenza Bioetica e Filosofica. Si occupa di Nursing Narrativo e di ricerca qualitativa nell'assistenza infermieristica. Ha al suo attivo più di 40 pubblicazioni in ambito infermieristico e sociologico.

è stata analizzata in termini di punti di forza e di criticità, della spendibilità del titolo, delle ricadute in termini professionali. Per il secondo target, l'attenzione era rivolta prevalentemente a comprendere le competenze, le abilità e le attività richieste all'infermiere che opera a livello territoriale al fine di individuare possibili lacune da colmare attraverso un'adeguata programmazione dei contenuti a livello formativo e professionale.

I risultati della web survey si basano su un campione di circa 2200 infermieri che hanno risposto al questionario fornendo un quadro generale sia su come viene vista la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità sia su come e quanto questa figura sia utilizzata nel lavoro quotidiano di cura e di assistenza infermieristica in Italia.

I risultati della ricerca presentano non solo una sintesi ragionata e comparativa dei principali modelli implementati nel campo dell'infermieristica di famiglia e di comunità, ma definiscono un ruolo professionale in grado di agire due

profili di competenza diversi: un profilo sulla famiglia e un profilo sulla comunità, sposando il concetto di reciprocità nell'influenza (positiva) che il singolo ha sulla collettività e della collettività sul singolo, soprattutto quando si parla di determinanti di salute e costruzione di capitale sociale.

Emerge quindi che un infermiere di questo tipo, riconosciuto nel suo ruolo - con formazione coerente e professionalizzante, complementare a quella di base, che si avvale, in caso di necessità, delle competenze fornite dai colleghi specialisti attraverso la consulenza e sostenuto da modelli organizzativi che promuovono tale figura - migliorerebbe in modo consistente l'intero sistema sanitario.

Si tratta di pervenire a una progettazione che deve essere in grado di modificare lo stato attuale delle cose, dove non vengono considerate appieno, se non in alcune sperimentazioni, le effettive potenzialità di ruolo e dove vengono proposte diverse visioni della professione, talvolta non concordanti.



## L'ANALISI

# Livello essenziale di assistenza

## Il Trentino tra pubblico e privato. L'intervento di Renata Brolis sull'infermieristica nelle cure primarie

Riproponiamo su queste pagine il cuore dell'intervento di Renata Brolis, dirigente del Servizio integrazione socio sanitaria dell'Azienda per i servizi sanitari, proposto durante il Convegno del 12 maggio 2016.

Per parlare dell'infermieristica nel contesto trentino delle cure primarie è necessario partire dalla prospettiva delle evidenze di letteratura che consentono di individuare con chiarezza approcci, metodi, strumenti, modelli applicati e applicabili.

Sappiamo che per i pazienti “funziona”:

- agire secondo i principi del caring infermieristico, che significa avere cura delle persone con pensieri, sentimenti e pratiche di cura;
- adottare modelli assistenziali centrati sulla persona e sulla famiglia, che significa condividere informazioni e decisioni, educare, dare supporto sociale ed emotivo, adattare le cure a preferenze, cultura, contesto socio-economico, esperienza delle persone coinvolte;
- erogare cure coordinate nel tempo ed integrate secondo modelli di case management;
- promuovere e riconoscere life skills e competenze nei pazienti e nei caregiver;
- disporre di infermieri con esperienza, perché le competenze di professionisti esperti migliorano il comfort, ma soprattutto aumentano la sicurezza dei pazienti. Gli eventi avversi sono meno frequenti, la mortalità si riduce.

Il contesto socio-economico nel quale operiamo richiede ai professionisti di affrontare fragi-



lità conosciute, come la condizione anziana, ma anche nuove fragilità, effetti dell'azione di determinanti della salute, culturali e socio economici, come povertà, bassa scolarizzazione, marginalità, sempre più diffuse. Per gli infermieri questa consapevolezza si traduce in impegno a personalizzare le cure, con attenzione alla health literacy, e nella vigilanza contro il rischio di diseguità nell'accesso alle cure ed ai servizi.

Se questi sono gli approcci e i modelli di riferimento per le azioni e i progetti realizzati nel contesto trentino delle cure primarie, tenendo sempre come focus i pazienti e gli infermieri, alcuni esempi delle aree di impegno degli infermieri sono lo sviluppo della pianificazione assistenziale come azione riflessiva e di costruzione di progettualità con il paziente, dando voce alle sue parole.

La scelta di contaminare il linguaggio tecnico con le parole dei pazienti ci sta aiutando ad individuare i problemi da affrontare, ma soprat-

tutto a valutare gli esiti dei nostri interventi. È importante ricordare anche l'impegno degli infermieri nei Punti Unici di Accesso distrettuali, nelle Unità di Valutazione Multidisciplinari, strumenti dell'integrazione socio sanitaria voluti dalla Legge provinciale 16/2010 per affrontare la fragilità con interventi sanitari integrati da azioni di protezione sociale.

Occuparsi di integrazione socio sanitaria ha richiesto agli infermieri di sviluppare nuove competenze ed agire nuove strategie in setting multidisciplinari, per dare ai pazienti più fragili nuove opportunità in risposta ai bisogni che chiamiamo complessi.

Un altro esempio è costituito dalla costruzione di progetti che hanno innovato la cultura dell'assistenza, il progetto "Anziano fragile", finalizzato ad individuare precocemente, attraverso le banche dati di flussi correnti, persone anziane a rischio di sviluppare eventi avversi, quali accessi al pronto soccorso, istituzionalizzazione, aggravamento clinico, per proporre in modo proattivo interventi di prevenzione, quando possibile, o di supporto. Questo esempio aiuta a esprimere la convinzione che solo le iniziative vicine e utili ai pazienti di oggi e di domani aggiungano valore.

Da queste premesse si delinea una vision per l'infermieristica nelle cure primarie fondata sulla necessità che le persone e le famiglie



ricevano il livello di cura più adeguato, sull'evitare che la disuguaglianza sia causa di mancato accesso alle cure e ai servizi, ma anche sulla necessità che gli infermieri possano agire sulle competenze e responsabilità nell'assistenza e nella organizzazione dei servizi. Lavorare per realizzare questa vision richiede di avere nuovi sguardi sui problemi, attuare nuove strategie di intervento, ad esempio i modelli di "Comunità di prossimità", sviluppare nuove competenze, ad esempio il progetto "Care Competence", e ripensare i modelli organizzativi, di coordinamento dell'assistenza e di erogazione delle cure dando responsabilità agli infermieri in tutti i livelli.

Da quale prospettiva si può leggere la dimensione del "privato" nel contesto territoriale? Privato può essere l'erogatore di servizi, che come struttura accreditata e convenzionata eroga servizi per conto del servizio sanitario pubblico. Privata può essere la spesa delle persone e della famiglie, tecnicamente chiamata *out of pocket*, per acquistare prestazioni o servizi. Privato può essere il professionista che si propone sul mercato come libero professionista.

Nelle cure primarie è necessario avere chiarezza che il principale riferimento è costituito dai Livelli Essenziali di Assistenza ai quali va garantito l'accesso secondo criteri di appropriatezza ed equità. Alcune questioni che è necessario problematizzare quindi sono: cosa cambia per le persone e le famiglie se l'erogatore è pubblico o privato? Chi garantisce l'appropriatezza degli interventi? Come si valuta la qualità dell'offerta e della risposta? Come si garantisce l'equità di accesso ai servizi ed alla presa in carico? Dove si colloca l'*out of pocket* rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, all'appropriatezza e all'equità?

In conclusione l'infermieristica nelle cure primarie non può che essere un Livello Essenziale di Assistenza, fondato sui principi del caring, alimentato dalle evidenze di efficacia per i pazienti ed i caregiver, affidato alla responsabilità degli infermieri.

## NUOVE LEVE

# La carica dei 135

La registrazione dei neo-laureati al Collegio IPASVI tanti hanno studiato a Verona e il numero degli stranieri si è stabilizzato



Martedì 19 gennaio, nella sede del Collegio Ipasvi in via Calepina a Trento, si è svolto, come di consuetudine, l'incontro per la registrazione degli infermieri neo-laureati.

L'appuntamento, che ha coinvolto una trentina di persone, oltre a essere l'occasione formale d'iscrizione al Collegio, è soprattutto un momento importante per conoscere i nuovi volti della categoria e raccogliere le loro esperienze e le loro esigenze.

In totale nel 2015 si sono laureati 135 infermieri, la maggior parte nella Facoltà di Verona, un numero in linea con gli ultimi anni. Tra questi ci sono tre stranieri, provenienti da Moldavia, Perù e Tanzania. Se in passato il flusso migra-

torio degli infermieri dall'estero era molto elevato, negli ultimi anni gli ingressi si sono fermati e la percentuale di occupati non italiani si è stabilizzata attorno al 9% del totale.

Tra i nuovi iscritti gli ambiti di occupazione prevalenti sono l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari e le Aziende Pubbliche per i Servizi alla Persona, anche se la libera professione sembra essere il mercato sanitario emergente, in seguito all'aumento della richiesta di assistenza privata infermieristica e alla nascita di supporti economici integrativi all'assistenza.

Al momento in Trentino i professionisti iscritti ad Ipasvi sono 4.289, dei quali 4.135 infermieri, 99 assistenti sanitari e 55 vigilatrici d'infanzia. La



stragrande maggioranza dei tesserati sono donne (3.667), mentre gli uomini sono 662.

“I nostri numeri sono ancora insufficienti rispetto alla media europea”, ha esordito la presidente del Collegio Ipasvi di Trento, Luisa Zappini, davanti ai nuovi iscritti. “In un momento di grande cambiamento, siamo una figura sulla quale bisogna investire. La laurea è solo

l'inizio di un percorso. Iscriverti all'Albo significa prendere consapevolezza del proprio ruolo, un ruolo chiave all'interno della Sanità”.

Nella stessa giornata dell'incontro, all'auditorium del museo Caproni si è svolto il primo degli eventi culturali inseriti nella formazione continua promossa dal Collegio Ipasvi, intitolato “Assistenza infermieristica al paziente in cure palliative”.

Il ciclo di incontri proposti dal Collegio si sviluppa per tutto l'anno, offrendo spunti di approfondimento e riflessione su tematiche attuali, di interesse trasversale alla professione. “La domanda di assistenza infermieristica è in continuo aumento. Il Collegio è impegnato nell'accompagnare, anche attraverso eventi culturali, la formazione delle nuove leve e, più in generale, di tutti i colleghi, affinché sappiano rispondere in maniera sempre più efficace e consapevole ai bisogni emergenti”, ha concluso la presidente Zappini.



## EVENTI CULTURALI

# Viaggio nella professione

Sei incontri durante i quali analizzare la quotidianità della professione, confrontandosi tra colleghi



Quale è la ratio degli incontri culturali programmati nel 2016? Il Consiglio Direttivo ha cercato di rispondere alle richieste dei suoi iscritti, condividendo, con il confronto delle esperienze di ognuno, riflessioni, dubbi, conoscenze utili per affrontare, attraverso l'esercizio della professione infermieristica, problematiche comuni anche se in ambiti diversi.

La metodologia di lavoro, per tutti i corsi proposti, è stata quella dell'analisi di casi, di vissuti professionali attraverso racconti, momenti di

scambio collettivi e di riflessione guidata in coppia

A conclusione dell'incontro, è stata stimolata una riflessione incentrata sull'esercizio quotidiano della professione infermieristica, nell'ottica del miglioramento continuo.

Ecco sei brevi schede che cercano di riassumere l'essenza degli incontri culturali: abbiamo riportato i principali focus e gli spunti emersi dalle prove di valutazione.

**Trento, 19 gennaio 2016**

## Assistenza infermieristica al paziente in cure palliative

### Focus:

Quando il decorso della malattia diventa irreversibile e porta in breve tempo alla morte, si evidenzia spesso un complesso quadro di problemi noto come "dolore totale": accanto ai problemi fisici si manifestano sofferenza psicologica e spirituale, difficoltà nei rapporti interpersonali e sociali, ma anche problemi di natura economica.

Le cure palliative, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, si occupano in maniera attiva e totale delle persone colpite da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta evoluzione è la morte.

Nel mondo sanitario vi è una continua ricerca di approcci per accompagnare la persona malata e i suoi familiari in modo dignitoso, con forte attenzione alla qualità di vita. Anche all'interno della professione infermieristica, è in atto una evoluzione continua, poiché affrontare questi aspetti rappresenta oggi una delle grandi sfide per i professionisti e per le organizzazioni.

Con questo incontro si è voluto mantenere vivo un dialogo sul contributo e le prospettive di aiuto al cittadino e sul metodo nell'esercizio quotidiano della professione, per affrontare queste questioni, secondo un approccio olistico, imprescindibile, caratteristico del nursing.

### Feedback:

È emerso che è necessario confrontarsi per fare scelte validate, supportati da conoscenze ed evidenze, in modo da dare risposte ad esigenze di pazienti e familiari in relazione all'evoluzione della malattia.

Per fare questo è necessario un lavoro d'équi-



pe, che crei "squadra" e si basi anche sull'interfacciarsi con altre figure professionali; il lavoro d'équipe è faticoso, richiede impegno, ma è doveroso in una logica di presa in carico condivisa. In tal senso ognuno si deve assumere una responsabilità propria del ruolo che ricopre, non delegabile ad altri, concorrendo a proporre soluzioni, azioni di miglioramento anche di natura organizzativa, non solo assistenziale.

Nel tempo di cura che garantiamo alle persone deve coesistere un tempo di riflessione e condivisione tra operatori, con la persona assistita e la sua famiglia, sul proprio operato, sulle scelte attuate o da attuare, sul proprio ed altrui benessere psicofisico, liberi di condividere anche le proprie emozioni, paure, sofferenze. Qualche collega afferma che essere professionisti oggi, consiste nel mettersi in gioco, in una logica che impara anche dall'errore e che punta ad affrontare insieme ai malati, alle famiglie e agli altri stake older l'incertezza del fine vita.

Le impressioni e i vissuti dei partecipanti sull'esperienza di formazione vissuta, sono stati complessivamente più che positivi.

Dai questionari di valutazione è emerso che i partecipanti hanno considerato molto efficace l'evento formativo e la metodologia didattica utilizzata, con la discussione di un caso, spunto per una riflessione strutturata sull'agire quotidiano.

**Rovereto, 2 febbraio 2016**

## Assistenza al paziente fragile sottoposto a trattamento mininvasivo o chirurgico

### Focus:

Il corso è stato incentrato sul prendersi cura del paziente fragile nel momento perioperatorio, partendo dal fatto che esso è affetto dalla patologia acuta che lo ha portato in sala, ma anche da numerose patologie croniche che comportano vulnerabilità fisica, fragilità esistenziale, compromissione dell'autonomia e della lucidità.

L'intervento chirurgico su queste persone ha un forte impatto sia fisico-funzionale sia emotivo e per questo è difficile effettuare una previsione assistenziale. Ci si è chiesti come e in che misura l'infermiere può fare la differenza per poter fornire il migliore aiuto possibile rispetto alle diverse tecniche chirurgiche utilizzate che vanno dalla chirurgia tradizionale, alla mininvasiva e a quella robotica.

L'obiettivo è stato quello di rafforzare la cultura della responsabilità nell'esercizio professionale ispirato a valori etici e deontologici, fornendo ai professionisti suggerimenti e tecniche atte a



favorire la consapevolezza della propria specificità professionale, delle dinamiche relazionali presenti nel contesto lavorativo, del nostro contributo nel lavoro d'équipe finalizzato alla presa in carico del paziente ed alla salute del cittadino e della comunità.

Si è voluto partire dalle evidenze scientifiche con la filosofia ERAS, illustrata dal dott. Alberto Brolese, per poi addentrarsi nella sfera emotiva del paziente e del professionista tramite le storie e le esperienze dell'infermiere Lorenzo Clauser, il tutto mediato e riportato all'etica e alla deontologia infermieristica grazie agli interventi della presidente del Collegio IPASVI Luisa Zappini.

### Feedback:

Dal dibattito è emerso come l'infermiere giochi un ruolo fondamentale in chirurgia per l'approccio all'aspetto emotivo della persona. Con il semplice tocco empatico l'infermiere dimostra vicinanza al paziente fragile e può veramente trasformare il vissuto della persona.

È noto che lo stato emotivo del paziente prima dell'induzione all'anestesia si ripercuote nel post operatorio, specie negli interventi maggiori. È importante essere consapevoli che il vissuto in sala operatoria, a sua volta, si riflette anche sulle successive esperienze chirurgiche che la persona o i suoi cari potrebbero trovarsi a affrontare. Ci siamo chiesti perché alcuni interventi, nonostante riescano alla perfezione dal punto di vista tecnico, sviluppano poi complicanze? Che ruolo ha la sfera emotiva e il subconscio della persona nel suo processo curativo? Dove e come possiamo intervenire? Come infermieri dobbiamo avere l'elasticità mentale di reinventare il nostro ruolo, riappropriarci della fiducia in noi stessi e della nostra spiritualità per capire fino in fondo le esigenze e i bisogni educativi delle persone, soprattutto ora che i tempi di degenza sono sempre più brevi grazie alle evoluzioni nelle tecniche chirurgiche.

**Cles, 23 febbraio 2016**

## Assistenza infermieristica nel paziente affetto da demenza

### Focus:

Le previsioni demografiche, sociali e sanitarie testimoniano che saremo chiamati con sempre maggiore frequenza a prenderci cura di uomini e donne che presentano una riduzione delle funzioni cognitive di entità tale da interferire in modo significativo con le attività lavorative, sociali, relazionali e, più in generale, con la qualità della vita. Prendersi cura del paziente demente è un impegno professionale e umano nel quale l'infermiere può mettere in gioco tutte le sue potenzialità per progettare e realizzare interventi di "care", espressione principale del nursing. L'assistenza infermieristica, adotta un approccio olistico verso la persona e, nella presa in carico, considera le problematiche relative alla sfera clinica, motoria e funzionale, psicologica, relazionale e sociale. Per questo, l'infermiere, quale unico responsabile dell'assistenza generale infermieristica, ha una parte preponderante all'interno dell'équipe. Il corso ha spinto gli infermieri ad interrogarsi criticamente sulle competenze assistenziali e relazionali messe in campo ogni giorno con il gruppo di lavoro, con pazienti e familiari per riflettere su quali aspetti sia necessario sviluppare ulteriormente.

### Feedback:

Gli infermieri presenti hanno rafforzato la propria consapevolezza, anche a fronte delle stime di incidenza della malattia in Trentino riportate nel corso, ad essere sempre più competenti e ad individuare modelli organizzativi che rispondano ai bisogni in continua evoluzione di questi utenti e delle loro famiglie. Gli infermieri presenti, che aiutano quotidianamente i pazienti con demenza, hanno sottolinea-

to quanto questa condizione, richieda, accanto a una visione e un approccio olistico, competenze continuamente aggiornate, rispetto al problema. Molti hanno fatto delle considerazioni sull'importanza di lavorare in rete dentro gruppi di aiuto e di cure multidisciplinari per evitare la frammentazione della presa in carico e, rispetto a questo, hanno evidenziato il ruolo dell'infermiere territoriale quale "ponte" tra reti formali ed informali.

Nell'approfondire strategie assistenziali per il malato e la sua famiglia, è emerso come "l'esercizi" dell'infermiere diventi strumento per individuare modalità e percorsi di erogazione dell'assistenza costruiti il più possibile ad hoc per ogni singola situazione.

Hanno partecipato anche infermieri che lavorano nell'area dell'emergenza spinti dal desiderio di approfondire il "mondo della demenza" per predisporre ad affrontare questi problemi in contesti dove essi sono poco conosciuti.

**Trento, 8 marzo 2016**

## Assistenza infermieristica al paziente fragile con disfagia e malnutrizione

### Focus:

Non è facile mantenere una sana e corretta alimentazione quando, con l'avanzare dell'età, insorgono una o più problematiche che influiscono negativamente sul modo di alimentarsi. In età geriatrica, anche in relazione alle patologie che in questa fascia d'età sono più frequenti, soprattutto tra gli anziani istituzionalizzati o ospedalizzati, è spesso frequente una malnutrizione e/o la disfagia.

I dati italiani riportano che il 20% della popolazione italiana con più di 50 anni è affetto da disfagia, una percentuale che sale tra il 40 e il 60 per cento tra chi alloggia in Rsa.

Il corso ha voluto offrire ai partecipanti un'occasione per approfondire la prassi clinica esercitando il processo decisionale, il pensiero cri-

tico e riflessivo in modo prudente, responsabile e creativo.

In fase iniziale del corso, c'è stato un confronto sulla cultura della responsabilità nell'esercizio professionale, ispirandosi ai valori etici e deontologici che ci guidano nell'assistere i cittadini affetti da tali problematiche

La giornata, attraverso un continuo confronto, ha poi permesso a tutti i partecipanti una significativa riflessione sulla consapevolezza della propria specificità professionale, delle dinamiche relazionali presenti nel contesto lavorativo arrivando a far emergere il forte contributo infermieristico nella presa in carico del paziente fragile sia esso disfacile o malnutrito.

### Feedback:

I corsisti hanno sottolineato come questa esperienza li abbia spinti a riflettere sulla personale esperienza professionale, aiutandoli a crescere. La professionalità infermieristica dei singoli partecipanti è stata compartecipata mettendo in evidenza il suo potenziale nel prestare aiuto. La conoscenza degli aspetti teorici e la valutazione delle competenze personali sono state percepite dagli infermieri come componenti essenziali in un quadro di competenze metodologiche e didattiche che devono concorrere ad ampliare il profilo professionale dei singoli professionisti operanti nei vari contesti.

La decisione di ammettere un gruppo poco numeroso è stato uno degli elementi positivi evidenziati dai corsisti, riconoscendo nel piccolo gruppo la condizione che ha consentito di esprimere anche dubbi e timori, permettendo ad ogni singolo di pensare e ripensare al proprio stare dentro la relazione di aiuto e nel gruppo di cura.



## Borgo Valsugana, 22 marzo 2016

### Assistenza infermieristica notturna, la presa in carico nelle 24 ore

#### Focus:

Garantire il sonno durante la notte è un bisogno fondamentale del malato. L'infermiere, durante il turno notturno, è chiamato a garantire le migliori condizioni organizzative per promuovere un sereno sonno ristoratore nonché un'appropriate assistenza.

Durante la giornata è stata eseguita una job description dell'attività infermieristica notturna dentro un reparto di medicina, con l'analisi di due casi a carico assistenziale elevato. Il confronto a piccoli gruppi tra discenti ha permesso una visione a 360 gradi delle problematiche e una condivisione in una scala delle priorità nell'assistere i pazienti durante il turno notturno.

In questo contesto è stata analizzata non solo la presa in carico dei pazienti ma anche dei familiari che li assistono, senza dimenticare la necessità di migliorare il benessere dell'infermiere che esercita la propria attività durante la notte.

#### Feedback:

L'assistenza notturna è un tema che incuriosisce gli infermieri; sia quelli che hanno diversi anni di esperienza di lavoro notturno, e che quindi si interrogano continuamente sul senso della loro assistenza durante la notte e sulla organizzazione della stessa, sia i giovani infermieri, neolaureati, che intraprendono la professione in contesti oggi sempre meno facili. Le attività che vengono svolte dagli infermieri e dagli oss di notte sono diverse a seconda dell'interpretazione che un'organizzazione dà del lavoro, delle responsabilità, dei "ruoli" coinvolti e di come ci si attende che essi vengano giocati. Ciò che conta è anche l'interpretazione che i singoli infermieri danno del loro stare in

assistenza notturna, del loro essere utili e nel contempo del loro salvaguardarsi dalle fatiche che il lavoro di cura e di vigilanza comporta durante la notte.

Ecco allora che diventa importante riportare il focus dell'attenzione sulla centralità del malato che durante la notte ha bisogno di riposare, di dormire e partire da qui per sollecitare il pensare e ri-pensare all'assistenza notturna, agli obiettivi per l'assistito, ma anche per l'infermiere che deve mantenere viva la propria motivazione al lavoro di cura. Così il gruppo di infermieri, guidati anche dalle riflessioni proposte dalla letteratura, ancorchè non abbondante, sul tema, ha recuperato e condiviso la propria esperienza con senso critico, immaginando modi diversi, ma possibili, di assistere una persona malata durante la notte.

## **Riva del Garda, 8 aprile 2016**

### **Assistenza infermieristica nella prevenzione e nel trattamento delle lesioni**

#### **Focus:**

Wound care, dall'inglese "wound", che significa "lesione della pelle" e "care", che significa "prendersi cura di qualcosa o qualcuno", significa individuare e applicare gli interventi di prevenzione e cura delle lesioni cutanee, utilizzando tutti i mezzi disponibili secondo una visione globale del paziente.

Questo implica il collaborare con gli altri professionisti, valutando gli interventi in campo nutrizionale, comportamentale e farmacologico, ma anche educare alle buone pratiche, sempre più confermate dalle evidenze scientifiche, il personale di supporto e i familiari, per un coinvolgimento attivo nel progetto assistenziale del paziente a rischio.

La conoscenza dei fattori di rischio, l'adozione di comportamenti appropriati e l'uso di presidi e dispositivi efficaci, sono elementi determinanti

nella prevenzione dell'insorgenza, dell'aggravamento e nella cura delle lesioni cutanee.

Oltre a rafforzare la cultura della responsabilità nell'esercizio professionale ispirato a valori etici e deontologici, favorendo la consapevolezza della propria specificità professionale, il corso ha voluto sollecitare una postura dubitativa, "imprenditoriale" per stimolare un interrogarsi che possa trasferirsi anche fuori dall'aula, al rientro nei propri contesti di lavoro.

#### **Feedback:**

Ecco alcuni degli spunti ricavati dai questionari di valutazione così come li hanno scritti i corsisti:

"L'aspetto fondamentale nella presa in carico del paziente affetto da lesioni da pressione è la condivisione del progetto di cura con tutti gli attori coinvolti".

"Siamo veramente capaci di mantenere, coltivare ed accrescere il nostro livello professionale per agire al meglio il nostro essere infermiere? Sicuramente un aiuto ci viene fornito dalla formazione che ci permette di confrontarci tra colleghi e professionisti di realtà diverse".

"L'approccio al problema delle lesioni da pressione può essere affrontato, all'interno di un progetto di cura condiviso, con livelli di gestione differenti. Un primo livello orientato soprattutto alla fase di prevenzione, con l'obiettivo prioritario di individuare i soggetti a rischio. Questo primo livello prevede il coinvolgimento di tutti i professionisti ma soprattutto da quelle figure che erogano gli interventi di assistenza diretta. Il secondo livello, più specialistico, ha l'obiettivo della presa in carico di quei pazienti che hanno sviluppato lesioni da pressione. Per questo livello si dovrebbe prevedere la presenza di una figura, un infermiere, con competenza specialistica avanzata nel campo del woundcare che intervenga come consulente per tutta l'équipe assistenziale, per la gestione delle lesioni da pressione".

## OPEN DAY

# La voce della sanità

All'undicesima edizione dell'Open Day era presente anche il corso di laurea in Infermieristica per farsi conoscere dai giovani



L'11 febbraio 2016 si è tenuta l'undicesima edizione dell'Open Day dei Corsi di laurea delle professioni sanitarie, alla quale hanno preso parte gli studenti di Infermieristica, Fisioterapia, Igiene dentale, Tecnica della sicurezza sui luoghi di lavoro (TePALL), Tecnica della riabilitazione psichiatrica (TERP) del Polo Universitario Professioni Sanitarie di Trento - Sedi di Trento e Rovereto -, dell'Università degli Studi di Verona e gli studenti del corso per Operatore Socio-Sanitario OSS gestito dal-

l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.

Ecco il resoconto degli studenti del Corso di laurea in Infermieristica **Elisa Sansoni, Jessica Rattin, Laura Valentinis**.

L'Open day è un'occasione mirata a dar voce a contenuti, obiettivi e sbocchi professionali dei vari corsi, aprendo le porte non solo alla struttura del Polo universitario, ma soprattutto alla conoscenza dei possibili futuri ambienti di studio e di lavoro. In questa giornata gli studenti dei vari corsi hanno la possibilità di presentare

il proprio percorso formativo mettendosi in gioco con creatività ed entusiasmo.

Più di 250 visitatori, provenienti da tutto il Trentino e da fuori provincia, si sono presentati al Polo universitario: la maggior parte di essi frequenta l'ultimo anno di scuola media superiore.

È stato possibile visionare il video di presentazione dei corsi di laurea creato dagli studenti, conoscere l'offerta formativa, le discipline e il piano di studi, sfogliare i libri di testo e utilizzare gli strumenti caratteristici delle diverse figure professionali (fonendoscopio, sfigmomanometro, dispositivi per l'igiene dentale etc).

Tutti i corsi universitari hanno puntato sul trasmettere le peculiarità della propria figura professionale, focalizzandosi però anche sull'importanza dell'integrazione e della multidisciplinarietà, emersa sia attraverso la spiegazione dei vari profili che attraverso simulazioni di riunioni di équipe.

Particolarmente apprezzati la simulazione delle manovre di BLSD tenuta dagli studenti del Corso di laurea in Infermieristica, le cure del cavo orale svolte dal laboratorio degli Igienisti dentali, l'utilizzo di presidi e bendaggi degli studenti di Fisioterapia, la raccolta di campioni tramite tamponi nel laboratorio TePALL e l'utilizzo di presidi per la mobilizzazione, come il sollevatore, nel laboratorio degli studenti del corso professionale per OSS.

Durante la mattinata, l'Open Day è stato visitato da Federica Sartori e Massimiliano Frapporti, in rappresentanza del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Trento. "Siete stati accoglienti, preparati, esaustivi. Ho apprezzato molto la conduzione dei laboratori e dei punti informativi gestiti da voi studenti e soprattutto della rappresentazione dei profili professionali attraverso cartelloni ed i vostri vissuti", ha detto Sartori. "Ho apprezzato il ruolo centrale della collaborazione e condivisione tra gli studenti dei vari corsi e professioni, che riflette l'importanza di una maggiore integrazione nel futuro lavorativo dei professionisti delle diverse figure sanitarie", ha aggiunto Frapporti.



"Abbiamo l'opportunità di far comprendere quanto sia importante la multidisciplinarietà come valore aggiunto alla presa in carico del paziente: ogni professionista sanitario ha le proprie competenze che, se integrate, possono portare a risultati ottimali", ha spiegato, invece, uno studente di Infermieristica.

## GRAVIDANZA, PARTO E GENITORIALITÀ

# Mamma & infermiera

Come cambia la vita durante e dopo la gravidanza  
il racconto di Elisa, tra poppate e turni in ospedale

Abbiamo deciso di raccogliere l'esperienza di "una di noi" per quanto riguarda il delicato ma splendido momento di una nuova vita che arriva. Elisa si è messa a disposizione e, in un racconto molto intimo, ci ha spiegato, passo dopo passo, cosa ha significato per lei diventare mamma, pur rimanendo sempre un'infermiera.

“ “ Quel giorno in cui ti accorgi che la tua vita sta per cambiare per sempre ti passano per la testa mille e milioni di pensieri. Sarò capace? Sarò brava? Ce la faremo? Cosa cambierà?

Ho scoperto di aspettare un bimbo al ritorno da una vacanza spettacolare. Dentro di me sapevo che c'era qualcosa di diverso e così una mattina mi sono decisa ad andare a fare quell'esame così importante.

Quella giornata me la ricordo come se fosse ieri: analisi, impegni e l'inizio del turno di lavoro. E l'attesa. Ho avvisato il mio compagno che entro le 12 avrei avuto il risultato, ci siamo salutati al lavoro e fino alle 14 abbiamo atteso. Poi lo squillo sul telefono, ho aperto il file e ho letto il valore delle Beta-hcg.

Ok, ero incinta di 6 settimane. E adesso? Io così organizzata su tutto, così puntuale, così decisamente poco preparata alla grande novità. Il mio primo pensiero è stato il lavoro. Per problemi fisici purtroppo sono dovuta rimanere a casa in malattia fino allo scadere della dodicesima settimana e poi la mia ginecologa mi ha dato la gravidanza a rischio.

Non sono stati mesi facili: passavo alcuni gior-



ni in cui stavo benissimo ma ero legata alle fasce orarie del medico fiscale.

Mi sono chiesta tante volte come mai per noi infermiere sia così difficile avere da subito l'esonero al lavoro come succede in altre professioni ritenute pericolose per la gravidanza. Solitamente veniamo spostate in altri reparti a sostenere delle mansioni che non svolgiamo quotidianamente durante la nostra carriera.

I mesi passavano, le ecografie sono così



distanti l'una dall'altra e spero sempre che tutto stia andando per il meglio. Verso la 18<sup>a</sup> settimana ho iniziato a sentire degli sfarfallii nella mia pancia e l'emozione è stata grandissima. Potevo sentirlo, sentire i suoi movimenti e sapere che tutto sta andando per il meglio.

Sì, perché fare l'infermiera non aiuta in questi casi. Tendo spesso a pensare al peggio, ne vediamo talmente tante che è inevitabile. Starà bene? Crescerà? E se dovesse succedere qualcosa? Sentire quei piccoli movimenti ti fa tirare un sospiro di sollievo.

E poi arriva quel magico momento della morfologica e scopri che quel fagiolino è un piccolo maschietto. Finalmente si può iniziare con lo shopping mirato per il nuovo arrivo. Alla 20<sup>a</sup> settimana si inizia ad aver bisogno di fare acquisti anche per te, il tuo corpo cambia, la pancia aumenta e hai bisogno di pantaloni nuovi perché i tuoi non ti entrano più.

Iniziava anche a mancarmi il lavoro. Ormai erano mesi che non assistevo un paziente, che non vedevo i miei colleghi e che non interagivo con la mia seconda vita.

I mesi della gravidanza avanzavano, la pancia aumentava, i piedi si gonfiavano e arrivava la primavera e poi l'estate. E si avvicinava sempre di più il termine, quel giorno che aspettavo da nove mesi, quel giorno in cui conoscerò mio figlio.

Inizio giugno, sentivo che qualcosa non andava e ho deciso di andare in pronto soccorso. Mi ha visitato un ginecologo che invece di rassicurarmi mi ha agitata ancora di più: "Signorina, sta per nascere il suo bimbo", mi dice. Ma come, non ero nella mia città, il mio compagno lavorava e io non avevo la valigia per l'ospedale. Per fortuna ho sempre potuto contare sui miei genitori, che anche quella volta mi hanno salvata. Sono corsi da me, mi sono auto-dimessa contro il parere medico e siamo corsi a Trento. Mi hanno rivisitata e tranquillizzata, non stava succedendo nulla ma hanno comunque preferito ricoverarmi una notte per scrupolo. La domenica hanno deciso di dimettermi, stavo bene e non c'era motivo di fermarmi in ospeda-



le ancora.

Sono passati quattro giorni, ho svegliato il mio compagno durante la notte e gli ho detto che quello era il momento giusto e che era il caso di tornare in ospedale. Mi hanno ricoverata, di nuovo, mi hanno tranquillizzata dicendomi che stava iniziando il travaglio ma avrei probabilmente partorito il giorno dopo.

Alle 18 e 40 abbiamo conosciuto nostro figlio, un raggio di sole (ma sono di parte, è il mio bimbo).

Mio figlio è nato a Trento, all'Ospedale Santa Chiara. Mi è stato chiesto più volte, perché lì e non in periferia, nel paese natale del mio compagno dove l'ospedale c'è e anche il reparto di Ginecologia e Ostetricia.

Ho sempre risposto che volevo avere la certezza che, se qualcosa andava storto, eravamo tutelati entrambi, sia io in quanto mamma sia il mio bimbo in quanto neonato. Ogni tanto mi chiedo se ho fatto la scelta giusta e la risposta è sì.

Durante la mia degenza ho trovato colleghe e professioniste molto competenti e molto brave, che mi hanno aiutato e seguito nei primi giorni così intensi e difficili della nuova vita da mamma. Una delle cose che mi ha commosso di più è stata la gentilezza, la competenza e l'empatia di un'infermiera che mi ha aiutato davvero tanto. Sono state meravigliose e mi hanno dato dei consigli molto utili che poi mi sono serviti al mio rientro a casa.

Insieme alla gioia inizia, purtroppo, anche la trafila di burocrazia che bisogna, giustamente, affrontare, per programmare e avvisare il datore di lavoro sulla tua lunga assenza e sul tuo possibile rientro al lavoro. Prendi un calendario e inizi la conta: la maternità obbligatoria, le ferie arretrate, l'aspettativa e poi ti siedi al tavolo e insieme alla tua nuova famiglia decidi il da farsi, quando rientrare e come gestire il rientro. Ecco questo per me è stato decisamente il punto negativo di tutta questa faccenda. È stato difficile, mi sono arrabbiata, scoraggiata e intristita. Dopo mesi di assenza dal lavoro credo che una donna e una mamma abbia la



necessità di reinserirsi nella sua occupazione, mantenendo il più possibile le stesse abitudini di quando se ne è andata. Per fortuna tutto si è risolto per il meglio e sono rientrata nel mio reparto, con i miei colleghi, le mie amicizie e le mie abitudini.

Il mio bimbo adesso mi allunga le braccia quando torno a casa, mi sorride e mi vuole tutta per se e io sono felice. Dopo nove mesi posso affermare con sicurezza che diventare mamma, formare una famiglia è la cosa più bella che una persona possa mai fare, ti regala un'energia, una gioia, una sensazione talmente forte che poche cose che ho vissuto finora possono reggere il paragone.

”

## I PROGETTI

# L'amministratore di sostegno

Una risorsa fondamentale dentro la rete  
che si occupa della persona fragile nella sua globalità



### Premessa

L'evoluzione normativa, formativa e culturale di questo ultimo ventennio ha inserito la professione infermieristica nel prestigioso universo delle professioni intellettuali autonome. L'autonomia professionale si concretizza nell'assunzione di responsabilità che portano l'infermiere a dover assumere una posizione di garanzia nei confronti dei propri assistiti.

Tre sono i capisaldi che reggono l'esercizio professionale: il profilo professionale, la formazione e il codice deontologico. Quest'ultimo ci proietta senza possibilità di fraintendimenti nella dimensione della responsabilità, intesa non come onere, ma come onore.

In ambito sanitario è facile immaginare situazioni nelle quali l'utente vede ridursi sensibilmente la possibilità di esercitare i propri diritti: basti pensare ai pazienti con forme di disabilità intellettiva, anziani e soli, ricoverati in terapia

intensiva in stato di coma o anche semplicemente sedati. In ciascuno di questi casi non devono venire meno i diritti fondamentali dell'uomo per il semplice fatto che la persona non è pienamente consapevole di possederli.

In seguito a queste riflessioni, come Collegio Ipasvi di Trento, abbiamo voluto, in collaborazione con il presidente dell'Associazione Comitato per l'Amministratore di Sostegno in Trentino, avv. Massimo Zanoni e la dottoressa Loretta Rocchetti, membro del CDA e referente per gli aspetti sanitari, presentarvi il Progetto Amministratore di Sostegno, operativo da alcuni anni in Trentino.

### Amministratore di sostegno: chi è e cosa fa

La Legge 6/2004 ha introdotto nel nostro ordinamento nazionale l'amministratore di soste-

gno (AdS): una figura nuova, per certi versi rivoluzionaria nel panorama della tutela delle persone fragili.

I vecchi schemi dell'interdizione e dell'inabilitazione, tradizionalmente incentrati sulla tutela del patrimonio, sono stati sostituiti da una visione globale della persona. Potenzialmente l'AdS ha un bacino di utenti davvero esteso: può essere designato a favore di chiunque "per effetto di una menomazione fisica o psichica si trovi nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi".

Nei casi di infermità più grave, l'AdS può essere chiamato ad un ruolo di vera e propria sostituzione nell'assunzione di talune decisioni. Si tratta dunque di un ruolo significativo, che viene affidato, laddove possibile, ad un familiare. Esso non necessariamente deve avere particolari competenze professionali: la competenza più significativa è legata alla capacità di inserirsi in una rete spesso già consolidata di persone e istituzioni che ruotano intorno alla persona fragile (familiari, operatori sanitari, servizio sociale, giudice tutelare etc.).

La grande innovazione introdotta dalla legge sull'AdS è rappresentata proprio dalla possibilità di adottare una tutela personalizzata in rapporto alla patologia della persona ed al suo contesto familiare e relazionale, al fine di valorizzare in quanto possibile il suo grado di autonomia residua: è previsto infatti che il beneficiario conservi la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza o l'assistenza necessaria dell'AdS.

Un cambiamento radicale rispetto al passato, quando la persona interdetta era automaticamente privata della capacità di agire, in qualsiasi ambito, a prescindere dalle proprie concrete capacità.

Il personale infermieristico in generale svolge in questo ambito un ruolo decisivo, considerata la centralità del suo operato nella cura della persona fragile. È quindi fondamentale, anzitutto, la diffusione in tutto il personale sanitario della conoscenza e del ruolo dell'amministratore di sostegno, per consentirne il riconosci-



mento dei compiti nel rispetto delle varie competenze. È poi auspicabile che anche nell'ambito delle professioni sanitarie emergano disponibilità di professionisti a svolgere l'incarico di amministratore di sostegno.

In Trentino, a seguito della emanazione della L.P. 4/2011, è stato avviato il Progetto Trentino per l'Amministratore di Sostegno, nell'ambito del quale l'Associazione Comitato per l'AdS in Trentino svolge attività di formazione, informazione e supporto, anche tramite sportelli attivi presso i Tribunali e sul territorio ([www.amministratoredisostegnotn.it](http://www.amministratoredisostegnotn.it))

In ambito sanitario l'associazione sta già svolgendo un lavoro in collaborazione con il Centro di Salute Mentale di Trento ed ha condiviso con l'APSS le linee guida per i casi di nomina urgente di AdS in pazienti ricoverati, in situazione di assenza di riferimenti familiari significativi.

### Dove trovarci

Associazione

**Comitato per l'Amministratore di Sostegno in Trentino**

Tel. 333 8790383

dal lunedì al venerdì 9-13/14-17

[info@amministratoredisostegnotn.it](mailto:info@amministratoredisostegnotn.it)

Via Dordi, n.8 -38121

## LE TESI DI LAUREA

# Venipuntura e prelievo ematico

Il confronto di Michela Sonn tra i due metodi per una delle pratiche più frequenti eseguite in ospedale

Michela Sonn, 23 anni, vive a Trento. Si è laureata in Infermieristica a dicembre 2015 con una tesi sul prelievo di sangue venoso, tematica che da sempre la affascina. Attualmente lavora presso un laboratorio analisi della città dove continua questa passione. Nel tempo libero ama dedicarsi alla corsa e allo sport in generale.

### Introduzione

Il prelievo di sangue venoso è forse la pratica che più di frequente viene eseguita nel contesto ospedaliero. Qualora il paziente disponga di accesso venoso centrale, gli esami ematici vengono abitualmente eseguiti utilizzando questo presidio, ma dal momento che la maggior parte dei degenti ospedalieri è dotata di catetere venoso periferico (di seguito CVP), perché non si esegue la stessa procedura anche tramite esso?

L'utilizzo di questo dispositivo per l'esecuzione di esami ematici trova pareri discordanti nei contesti clinici. Il timore principale, riferito dai professionisti, è che il campione ematico non risulti equivalente a quello ottenuto tramite venipuntura classica con ago butterfly. È opinione abbastanza diffusa, infatti, che i campioni ottenuti da CVP siano più suscettibili all'emolisi, andando ad inficiare alcuni valori (es. potassiemia). Per questo motivo il prelievo tramite questo presidio intravascolare è raramente usato per eseguire gli esami di routine: si tratta però di una decisione basata su evidenze scientifiche?



### Obiettivo e metodi

Poter utilizzare il CVP per eseguire gli esami ematici è una prospettiva interessante, ma pone alcune domande d'obbligo: innanzitutto, i risultati ematici ottenuti sono equiparabili a quelli conseguiti tramite venipuntura? In secondo luogo, il rischio di una maggiore emolisi è concreto? L'eventuale presenza d'infusioni in corso potrebbe alterare i risultati acquisiti? Infine, qual è il volume di scarto ottimale al fine di ottenere un campione ematico affidabile per le indagini?

Per poter dare un'esauriente risposta alle domande appena poste, è stata condotta una ricerca bibliografica consultando le principali banche dati online in modo da evidenziare gli studi che comparassero i valori ematici ottenuti tramite le due procedure. La ricerca ha considerato sei articoli pubblicati negli ultimi dieci

anni (2005-2015) e infine uno studio del 1997, preso in considerazione poiché rappresentava una delle prime pubblicazioni in merito.

## Risultati

I risultati principali si riferiscono alle 4 macro-aree precedentemente citate:

**1. Valori ematici:** i valori abitualmente indagati dell'area biochimica ed ematologica sono sovrapponibili a quelli ottenuti tramite venipuntura. Gli unici a non raggiungere l'equivalenza attraverso le due metodiche sono stati i gas ematici: vi è da segnalare, però, che il loro dosaggio non viene richiesto di frequente, aspetto che rende il risultato meno svantaggioso del previsto. Inoltre le differenze statisticamente significative riscontrate non erano in nessun caso clinicamente rilevanti.

**2. Emolisi:** il prelievo tramite CVP è più sensibile all'emolisi rispetto alla venipuntura classica. Una meta-analisi rivela che gli esami ematici eseguiti da CVP siano infatti associati ad un rischio significativamente maggiore di emolisi (7%). Tuttavia, con alcune accortezze, ad esempio la predilezione di calibri di cateteri maggiori come 16 e 18G, è possibile prelevare un campione tramite accesso venoso con buone probabilità che questa non si verifichi.

**3. Influenza delle infusioni in corso sui valori ematici:** non è del tutto chiaro se la presenza di terapia infusoria di liquidi e/o farmaci al momento del prelievo da CVP alteri i risultati degli esami ematici ottenuti da questo device. Sembra tuttavia che interrompere l'infusione per 1-2 minuti e scartare comunque 2-5 ml di sangue prima di eseguire il prelievo, sia sufficiente per evitare un'alterazione nei valori ematici. È comunque opportuno e non particolarmente impegnativo interpretare i risultati ottenuti alla luce della tipologia d'infusione che ha in corso il paziente al momento del prelievo.

**4. Volume di scarto ottimale:** sebbene dagli studi indagati non emerga un dato univoco, eliminare 2-5 ml di sangue è comunque sufficiente ad evitare un riscontro di valori ematici non veritieri. È questo però un limite sostanziale del prelievo

ematico da CVP, poiché la necessità di effettuare ripetuti esami di laboratorio espone i pazienti, magari già anemici, ad un'ulteriore perdita ematica. Se le quantità di scarto potessero essere reintrodotte senza troppi rischi, il prelievo da CVP risulterebbe ulteriormente vantaggioso rispetto alla venipuntura, ma al momento non sono stati eseguiti studi in merito a questa possibilità.

## Conclusione

In definitiva, eseguire un prelievo da CVP non solo è possibile, ma è anche vantaggioso sotto diversi punti di vista. Innanzitutto, ottenere il campione tramite CVP consente di preservare i siti venosi e ridurre dolore e discomfort nei pazienti, specialmente se questi hanno paura degli aghi. Inoltre vi è da aggiungere che, per quanto riguarda il materiale, i costi per prelevare da CVP risultano totalmente sovrapponibili a quelli della venipuntura, ma il vantaggio che ne deriva in termini di tempo, di riduzione delle punture accidentali correlate all'utilizzo di aghi butterfly e di conseguenza dei costi da sostenere per la sorveglianza degli operatori infortunati sono punti che vanno ulteriormente a favore di questa modalità.

La possibilità che non si ottenga un adeguato reflusso di sangue dall'accesso vascolare non è da scartare, ma è probabilmente riconducibile al calibro dei dispositivi stessi. Non è evidente quanto l'uso di routine di questo presidio per ottenere campioni ematici incida sulla successiva funzionalità dello stesso, in quanto quest'area non è stata indagata dagli studi presi in considerazione, pare tuttavia che non vi siano influenze in tal senso. Sembrerebbe anzi che col prolungarsi del posizionamento del CVP, il prelievo tramite lo stesso non risulti né inficiato né tanto meno più difficoltoso, elemento ulteriormente favorente la metodica.

In fin dei conti il più grande limite di questa tecnica consiste nella deplezione volemica che s'instaurerebbe nell'eventualità di dover eseguire ripetuti prelievi, ma forse tale problematica deriva anche da una sempre maggiore richiesta di esami ematici la cui necessità non sempre è giustificata.

## LE TESI DI LAUREA

# Gestione del dolore

L'approfondimento di Federico Zeni sulla somministrazione di farmaci antidolorifici a pazienti con dolore acuto

### Introduzione

Il dolore è una delle principali cause per il quale il paziente si reca presso i dipartimenti di emergenza degli ospedali. Tale condizione dolorosa rende l'esperienza all'interno del pronto soccorso negativa. Spesso tali sensazioni sono legate alla gestione del dolore stesso da parte del personale di pronto soccorso. L'infermiere deve assicurare la continuità assistenziale al paziente, dall'entrata in pronto soccorso attraverso il triage, fino alla dimissione al domicilio o al ricovero ospedaliero vero e proprio.

Questo studio è stato intrapreso per determinare la correlazione tra la gestione del dolore e la soddisfazione del paziente, tra i pazienti del Dipartimento di Emergenza che presentano una condizione di dolore acuto.

### Obiettivi e metodi

Per condurre la ricerca è stato elaborato il quesito utilizzando la metodologia PIO nel modo seguente: "Nel paziente che in Triage di Pronto Soccorso riferisce dolore acuto ed intenso, la somministrazione precoce di un farmaco antidolorifico migliora la diminuzione del dolore stesso e la soddisfazione del paziente?".

Sono stati presi in considerazione gli interventi proposti dallo studio preso in esame per il lavoro di tesi, comparando gli stessi interventi con il protocollo aziendale in essere presso il Pronto



Soccorso dell'Ospedale S. Chiara di Trento. A seconda delle prescrizioni impartite dal medico, viene somministrato un farmaco antidolorifico di tipo narcotico o non narcotico tra Ketorolac, Idromorfone, Morfina, Paracetamolo/ossicodone, e Paracetamolo/Idrocodone.

Il campione è costituito da 289 pazienti che si sono presentati al Dipartimento di Emergenza del centro medico di Toledo. I pazienti sono stati osservati e trattati all'interno del dipartimento di emergenza stesso, valutando continuamente il dolore mediante la scala NRS. Durante tutto il percorso del paziente, quindi dall'entrata fino alla dimissione, sono stati raccolti dati aggiuntivi tra cui informazioni demografiche, il punteggio di valutazione del dolore e la gestione clinica.

## Risultati

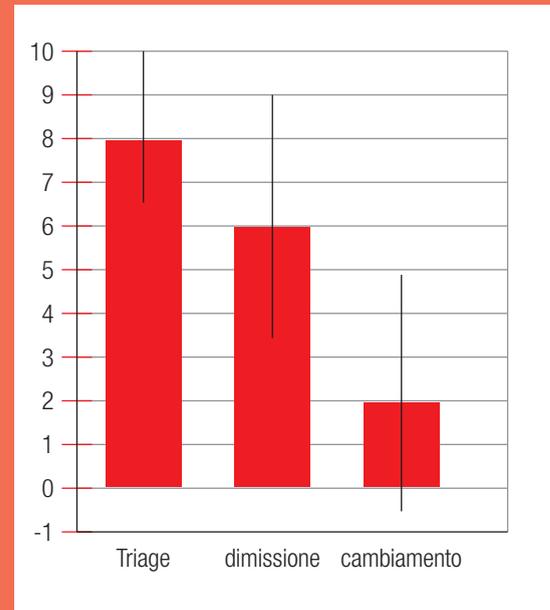
Il punteggio medio del dolore al triage su una scala di valutazione verbale e numerica era di 8,2 e il punteggio medio alle dimissioni era di 6,0. La maggior parte dei pazienti (52%) ha mostrato una riduzione del dolore di 2 o più punti (figura 1).

Il punteggio medio del dolore al triage non era associato né al sesso né all'età. Gli afroamericani avevano un punteggio del dolore al triage più alto; il punteggio medio era di 8,5 per gli afroamericani e 8,0 per i caucasici (valore p di Wilcoxon 0.01). Il cambiamento del punteggio del dolore non è stato associato né al sesso, né all'età, né all'etnia.

La figura 2 riassume la frequenza e la percentuale del dosaggio antidolorifico. Il 40% (117) dei pazienti ha ricevuto agenti narcotici; il 45% delle cure antidolorifiche sono state somministrate per via parenterale, il 32% per via orale e il 20% per altre vie. Il 49% (141) dei pazienti ha ricevuto almeno una prescrizione. C'è stato un rapporto significativo tra la riduzione del dolore e il numero di somministrazioni. I cinque farmaci somministrati più frequentemente



### Punteggi del dolore dei 285 pazienti del dipartimento di emergenza con condizioni di dolore acuto



> Figura 1. I punteggi medi del dolore al triage e al momento delle dimissioni dei 289 pazienti del Dipartimento di Emergenza con condizioni di dolore acuto. C'è stata una significativa diminuzione nel dolore, come è evidenziato dalla riduzione media di 2,2 punti, test dei ranghi con segno di Wilcoxon e valore p <0,001. \*La scala del dolore comprende una misura da 0 a 10. L'asse y inizia a -1, per permettere la rappresentazione grafica delle barre di errore nel "cambiamento".

sono stati: ketrolac (25%), idromorfone (16%), morfina (16%), paracetamolo/ossicodone (9%) e paracetamolo/idrocodone (5%). Il tempo medio per la prima somministrazione è stato di 105 minuti.

## Soddisfazione del paziente

C'era una significativa correlazione tra la riduzione del dolore e una maggiore soddisfazione, come risulta dalle domande 1 (**Il personale del Dipartimento di Emergenza ha valutato adeguatamente il tuo dolore?**), 3 (**Il personale del Dipartimento di Emergenza ha reagito in modo adeguato al tuo dolore?**) e 17 (**Sei soddisfatto del trattamento medico ricevuto per il dolore?**).

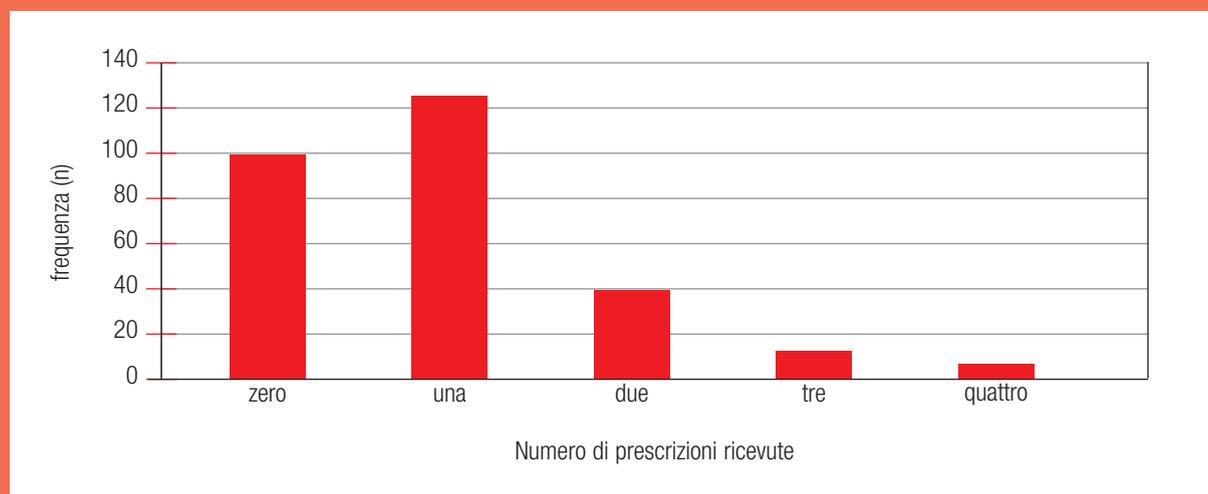
Le risposte alla domanda 18 (**Sei soddisfatto della qualità delle cure ricevute?**) non sono state associate a una significativa riduzione del dolore. Le risposte alle domande 17 (**Sei soddisfatto del trattamento medico ricevuto per il dolore?**) e 18 (**Sei soddisfatto della qualità delle cure ricevute?**) non erano collegate al tempo della prima cura ricevuta ma erano correlate positivamente tra di loro (valore  $p < 0.001$ ). La risposta più frequente alla domanda 15 (**Cosa è andato bene durante questa visita al dipartimento d'emergenza?**) era "tutto è andato bene". La risposta più frequente alla domanda 16 (**Cosa non è andato bene?**) era "scarso tempismo".

## Conclusioni

La soddisfazione tra i pazienti del Dipartimento di Emergenza è associata a una riduzione del dolore di 2 o più punti e al numero di farmaci somministrati. Una gestione efficace del dolore è legata ad una migliore soddisfazione dei pazienti del dipartimento d'emergenza con condizioni dolorose.



### Numero dosi di farmaco contro il dolore



> Figura 2. Distribuzione di frequenza del numero di farmaci ricevuti dai pazienti durante una visita al Dipartimento di Emergenza. \*Dosi di farmaci durante la permanenza al dipartimento d'emergenza, includendo anche multiple dosi dello stesso farmaco.

## LO STUDIO

# Con le cuffie in sala

Nelle orecchie rock, soul o Mozart: lo studio di Silvia Refatti sui benefici della musica contro ansia e stress prima delle operazioni



L'infermiera Silvia Refatti, insieme alla coordinatrice Katia Bettini e al personale del reparto di Anestesia e Rianimazione 2 del S. Chiara di Trento, ha effettuato uno studio volto a valutare i possibili benefici che può avere la musica sul paziente che deve affrontare un intervento cardiocirurgico.

Lo scopo dello studio è quello di utilizzare la musica come intervento non farmacologico per ridurre l'ansia nell'immediato preoperatorio, e per permettere al paziente stesso di sviluppare indirettamente capacità di self control e coping. È noto che in base allo stato emotivo con il quale la persona affronta l'anestesia, ci possono essere ripercussioni sull'insorgenza di

complicanze al momento del risveglio.

L'intervento dello studio consiste nel far ascoltare musica al paziente in presala operatoria e fino al momento dell'induzione all'anestesia, ovvero in sala operatoria. Il giorno prima dell'intervento viene effettuato l'accertamento sul genere preferito dal paziente, il quale può scegliere tra una selezione di tracce di musica classica, musica leggera italiana, cori di montagna, rock o soul-R&B. A ogni genere musicale corrisponde una playlist di più tracce sull'apparecchio mp3. La scelta dei generi da proporre si è basata sulla conoscenza delle preferenze musicali più comuni della fascia di età caratteristica del reparto (over 60).

Il paziente viene accettato in presala dove, dopo la presentazione dei vari operatori, si monitorizza e vengono registrati i primi dati (parametri vitali ed ansia). Subito dopo si inizia la trasmissione della musica e, mentre lui ascolta, vengono attuate delle procedure invasive quali, posizionamento CVP, cateterino radiale e in alcuni casi CVC. Appena prima di entrare in sala si controllano di nuovo i parametri vitali e l'ansia. In questo modo si offre un elemento di collegamento tra l'ambiente conosciuto esterno all'ospedale, dove sono presenti i propri familiari e gli effetti personali, e la presala operatoria, un luogo asettico e completamente nuovo per la persona.

La musica viene impostata a un volume medio basso in modo da permettere al paziente di sentire e interagire con il personale presente in stanza. In presala, e appena prima dell'ingresso in sala operatoria, vengono rilevati i seguenti parametri: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa non cruenta e livello dell'ansia percepita (tramite la scala VAS 0-10mm). Al risveglio in Terapia Intensiva, se il



#### LA CITAZIONE

### La musica induce il benessere

“La musica presenta svariate caratteristiche positive. Primo, dato che la musica agisce sul sistema nervoso centrale, specificatamente sulla parte del cervello più profonda e primitiva come il sistema limbico, i suoi effetti sono generalizzati e ampiamente diffusi in tutto il corpo. Gli effetti della musica sulle varie regioni cerebrali può anche attivare meccanismi auto-riparatori presenti nel cervello e in tutto il corpo che possono promuovere la salute e il benessere psicofisico. Secondo, la musica può essere utilizzata per ridurre il consumo di farmaci sia sedativi che analgesici portando quindi a un risparmio in termini economici. Terzo, la musicoterapia ha pochissimi effetti collaterali e può pertanto essere facilmente incorporata in un programma multimodale di gestione del dolore”.

(Bernatzky G. et al 2011)

decorso intraoperatorio è stato regolare, viene valutato il livello di agitazione tramite la Riker Sedation Agitation Scale e vengono poste le seguenti domande: si ricorda la presenza della musica in presala/sala? Come si sentiva appena prima di addormentarsi (punteggio VAS dell'ansia)? Secondo lei, la musica le è servita a rilassarsi?

Tra i risultati più importanti ottenuti da questo studio si dimostra che il 100% dei pazienti ricorda la presenza della musica prima di addormentarsi e il 92% la consiglia ad altri utenti. Ciò significa che la colonna sonora diventa ricordo indelebile. Nell'81% dei casi il livello di ansia dichiarata dal paziente all'arrivo in presala si riduce, dopo circa trenta minuti di ascolto, mentre il risveglio dell'utente in rianimazione, valutato tramite la scala Riker Agitation Scale, evidenzia un risveglio calmo e cooperante per il 72% dei pazienti. I parametri



vitali misurati si modificano significativamente in modo decrescente. La pressione arteriosa non invasiva si riduce nel 61% dei pazienti. Frequenza cardiaca e frequenza respiratoria diminuiscono rispettivamente nel 56% e nel 64% nei pazienti analizzati.

Il paziente era libero di rifiutare l'ascolto di musica ma circa il 90% delle persone a cui finora è stato proposto ha accettato, spesso con entusiasmo, riconoscendolo come un intervento utile per distrarsi e per creare un collegamento con l'ambiente familiare. I pazienti che hanno rifiutato davano come motivazione il fatto che associano la musica a momenti piacevoli e ascoltarla prima di un intervento li avrebbe portati a collegarla all'esperienza negativa dell'operazione chirurgica.

La maggior parte dei pazienti che hanno usufruito dell'ascolto di musica nel preoperatorio si sono risvegliati dall'anestesia con un punteggio Riker di 4 (calmo e cooperante – calmo, facilmente risvegliabile, esegue i comandi) e la

quasi totalità ha riferito di aver tratto beneficio dall'intervento perché li ha aiutati a rilassarsi e ha reso l'ambiente più confortevole e familiare. Un altro aspetto positivo percepito dall'infermiera è che la musica diventa un veicolo per conoscere la persona e stabilire un primo contatto, comunicandogli attenzione e interesse sincero per la sua presa in carico globale. L'infermiere di anestesia normalmente ha poco tempo per entrare in relazione con il paziente, ma in questo momento ha la possibilità di guadagnare la sua fiducia e il fatto di essersi già incontrati il giorno prima può diventare un modo per facilitare la relazione ed essere un punto di riferimento conosciuto al momento dell'ingresso in presala operatoria.

La musica può essere dunque considerata un intervento valido come adiuvante nella terapia della gestione del dolore e in molti casi può essere usata come supplemento agli interventi farmacologici prima, durante e dopo procedure dolorose.

## PERSONAGGI

# “Come il sole in una stanza”

Milena Vanzo e la sua carriera dai reparti dell'ospedale di Cavalese alla fondazione “Il Sollievo”. Il suo motto: “Bisogna pensare con il cuore”



Mi chiamo Milena Vanzo e sono nata a Cavalese il 24 febbraio 1953.

A 11 anni volevo diventare una sarta, sognavo di creare e cucire abiti. A 14 anni, invece, la mia madrina mi ha consigliato di diventare un'infermiera. Nel 1970, con entusiasmo e determinazione, sono entrata alla Scuola di Merano - allora si chiamava così - per Infermieri (al maschile, seppure di maschi ce n'erano solo tre) dove mi sono diplomata nel 1972, dopo due anni di turni e lezioni molto fitti (da notare che il turno di notte non veniva considerato un motivo sufficiente per esonerare dalle lezioni del giorno dopo).

Il mio inizio è stato in Medicina Uomini per 6 mesi ed è stato anche il mio ultimo reparto prima di completare i due anni. Ho tanti ricordi, tante nuove conoscenze di lingua italiana e tedesca ma soprattutto tanta fatica.

Al termine di questo percorso, al momento dei saluti, le caposala e le infermiere, la suora del reparto medicina, fino ad allora sempre severa e rigida, mi ha detto: “Cerca di avere sempre quel sorriso, quando entri in una stanza entra il sole”.

Poi è arrivato l'11 settembre 1972: con altre tre colleghe, accompagnate dalla madre superiora dell'ospedale di Cavalese, sulle scale ci sono stati assegnati i reparti. Mariarosa: chirurgia. Giovanna e Clara: medicina donne e la sottoscritta medicina uomini.

Medicina uomini voleva dire 40/50 pazienti nelle stanze, nei corridoi, nel sottotetto, nello stanzone. Alle 7.30 ho conosciuto la suora caposala, la quale mi illustra un carrello dove



erano posizionate vaschette con siringhe di vetro e aghi completamente di metallo che a fine terapia dovevamo lavare, pulire e bollire. Anni dopo, dopo averli lavati e puliti, venivano messi in autoclave. Detersione? Disinfezione? Sono arrivati solo molto tempo dopo.

Alla fine ho amato molto quel reparto: avevo dei colleghi, non solo infermieri, ma anche ausiliari e infermieri generici, con i quali avevo un rapporto di rispetto, stima e collaborazione unici. Ho imparato da tutti fintanto che mi sono rafforzata e loro hanno riconosciuto il mio ruolo. Sostituivo la caposala durante le ferie, ritiri spirituali e malattie, ma ad un certo punto ho chiesto di cambiare reparto. Avevo bisogno di crescere ancora, così sono passata dalla cronicità alla criticità, dal reparto di medicina al pronto soccorso. Lì sono rimasta per 20 anni e



anche in quel caso ho amato tantissimo il mio lavoro, ho formato colleghi e da altri sono stata formata.

All'ospedale di Cavalese sono rimasta 36 anni, gli ultimi sei al Servizio Infermieristico dove, ancora una volta, ho voluto mettermi in gioco "dall'altra parte", al servizio delle colleghe per riuscire a cogliere i loro bisogni, non solo di personale, ma anche personali. Non è stata "una passione" come lo è stata il reparto di Medicina e Pronto soccorso, ma ho cercato di dare il meglio e di imparare ancora. Nel frattempo ho fatto un concorso interno all'APSS per i ruoli di coordinamento e, infine, con il raggiungimento dei 40 anni di contribuzione, sono andata in pensione.

Non erano passati tre mesi che sono stata contattata dalla direzione di una RSA per sostituire la coordinatrice in gravidanza. In quei 18 mesi ho imparato tanto dagli OSS, mi sono arricchita ulteriormente.

A quel punto ho deciso di portare avanti un sogno condiviso con un collega che lavorava in amministrazione in ospedale e sono diventata volontaria della Fondazione "Il Sollievo" in val

di Fiemme: il nostro motto è "mai abbandonare il valore di una vita".

Assieme ai servizi sociali della val di Fiemme e Fassa mi occupo della formazione delle assistenti familiari assieme ad altre colleghe pensionate e libere professioniste, a medici che volentieri trasmettono il loro sapere a chi vuole accudire i familiari o a chi vuole fare dell'assistenza un lavoro.

Due, tre volte all'anno, assieme ad altri volontari, organizzo dei mercatini con materiali preparati dalle volontarie o dai loro mariti.

Con il ricavato abbiamo acquistato attrezzature che prestiamo alle persone che ne hanno bisogno. Il nostro ultimo traguardo sono state due poltrone letto per il Day Hospital oncologico dell'ospedale.

Il nostro sogno è riuscire ad avere un piccolo Hospice, o alcune stanze in strutture già esistenti, per accompagnare con dignità, nell'ultimo tratto di vita, pazienti in fase terminale.

Quando mi fermo a riflettere su cosa è l'infermiere oggi, mi rendo conto che non sempre la professione mi piace. Secondo me è necessario riprendere in mano il paziente non solo con il sapere, bensì anche col cuore ”.

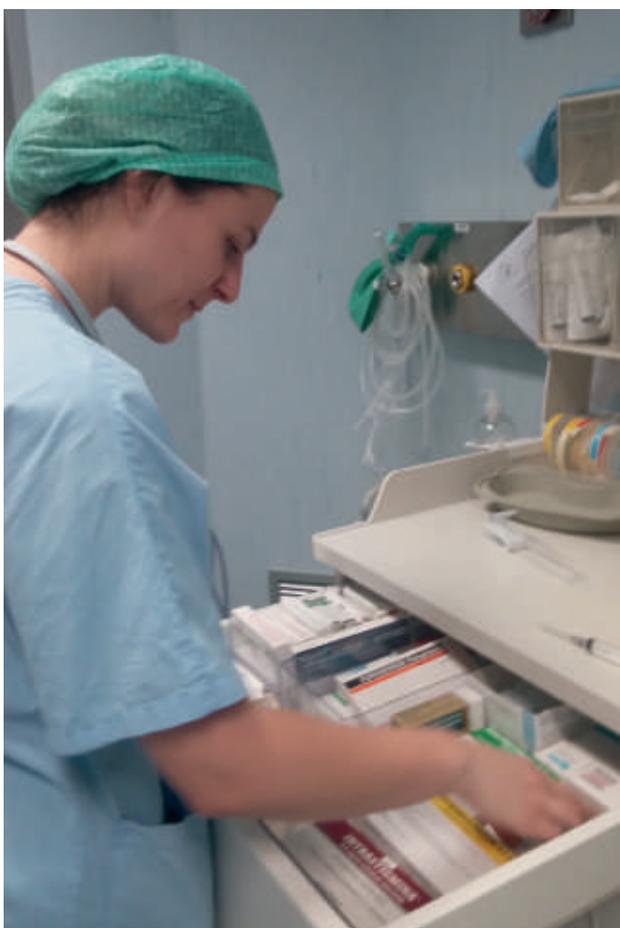


## PERSONAGGI

# L'entusiasmo delle nuove leve

Elena e la sua voglia di imparare nel reparto di Anestesia.  
Il bilancio della vita lavorativa a due anni dalla laurea

“ Sono Elena Depascalì, ho 23 anni e vivo a Trento. Mi sono laureata nel dicembre del 2014 con una tesi sulla riabilitazione dello stroke attraverso l'uso delle realtà virtuali, un argomento relativamente innovativo. A un mese dalla laurea sono partita per l'Ecuador, con l'idea di mettere in pratica quello che avevo studiato, lavorando in un ospedale. Sono stati tre mesi intensi, stimolanti e sorprendenti. Quello che mi sono ritrovata a fare



corrispondeva proprio all'idea che ho sempre avuto dell'essere infermiera: lavorare per il bene delle persone, a 360 gradi. Mio malgrado non si può vivere di solo volontariato e così un volo di 15 ore mi ha riportata a casa, con la speranza di poter un giorno ritornare in quei luoghi portando con me più professionalità ed esperienza.

Le sorprese che il destino mi riservava non erano però finite. Dopo quasi otto mesi in una casa di riposo, il S. Chiara di Trento mi ha aperto le sue porte e sono sbarcata nel reparto di Anestesia. È stata una gioia indescrivibile:

l'area critica era proprio quello a cui aspiravo. "Sbarcata" è decisamente il termine più corretto: mi sono ritrovata catapultata in un altro mondo. Immaginate di ritrovarvi da un giorno all'altro sulla superficie della luna, vi guardate attorno e non riconoscete nulla di familiare, persino l'aria che respirate è diversa. Quella è stata la mia sensazione, accompagnata dal pensiero costante che tre anni di studio e numerosi tirocini non mi avessero preparata a sufficienza. Ora lavoro lì da tre mesi, e ci sono momenti nei quali non mi sento totalmente fuori luogo. Progressi lenti, ma pur sempre progressi.

Essere neolaureati e neoassunti prevede una strada lunga, in salita, con diversi ostacoli. Il bagaglio di cui si dispone, ovvero il percorso di studi, riesce a contenere solo l'essenziale per procedere a piccoli passi. Attorno si è circondati da professionisti che ti portano a domandarti continuamente come abbiano fatto ad apprendere tutte quelle nozioni, come facciano ad essere così veloci. Più li vedi lavorare e più ti senti piccolo in confronto a loro.

La parte difficile non è solo il lavoro in sé, che ovviamente ha le sue caratteristiche e peculiarità in base al reparto, ma tutto quello che ruota attorno. Entrare in un'équipe di lavoro già roduta, con le sue abitudini e i suoi problemi, sapere di essere poco più di uno studente ma, allo stesso tempo, cercare di far capire a coloro



che ti circondano che hai voglia di darti da fare. A dire il vero, il passo davvero difficile è convincere se stessi.

La linea non è così netta come avevo sempre immaginato. Il pezzo di carta che ti consegnano non cambia quello che sei, sei tu a dover cambiare. Arriva il momento in cui bisogna buttarsi e... diventare veramente infermieri.

Dalla nostra, noi giovani abbiamo entusiasmo e voglia di fare: tutto è nuovo e stimolante, e si sa che all'inizio di una nuova avventura le energie sembrano moltiplicarsi. La curiosità e la fame di conoscenza sono le caratteristiche che a parer mio ci contraddistinguono. Così come un bambino nei suoi primi anni di vita, impariamo in maniera esponenziale, a velocità quasi impensabili. È così che piena di sogni, ambizioni e speranze, con la consapevolezza di avere ancora tanta strada da percorrere, cammino a testa bassa verso il mio futuro ”.



# News

## Gli obiettivi del Coordinamento regionale per il 2016

Il 31 marzo 2016 a Bolzano si è svolta la prima riunione dell'anno del Coordinamento regionale dei Collegi IPASVI della Regione Trentino Alto Adige. L'incontro si è svolto nella nuova sede di via Maso della Pieve, alla presenza di entrambi i direttivi dei Collegi.

Il Coordinamento regionale è l'organo che, da sette anni, accorpa i Collegi di Trento e Bolzano, nelle vesti della presidente Luisa Zappini e della vicepresidente, Paola Nessler, affiancate dalle vice Federica Bresciani e Paola Cappelletti.

Questo organo ha il mandato di definire e lavorare su ambiti di interesse comune e trasversale che coinvolgono i professionisti che lavorano in regione.

Per questo mandato l'obiettivo concordato è l'avvio di un percorso di collaborazione strutturato, al fine di sensibilizzare le componenti politiche ed i cittadini sul ruolo dell'infermiere.

La finalità è di aumentare la visibilità del valore e ruolo dell'infermiere e dell'assistenza infermieristica e, quindi, mettere in evidenza il mandato esclusivo ed insostituibile della figura dell'infermiere.

Le attività che in tal senso si promuoveranno sono:

- partecipazione all'evento "ciclopedalando" in una logica di promozione della salute promosso dalla Provincia di Trento;
- creazione di spot pubblicitari – fumettistica/vignette avvalendosi anche di collaboratori esterni "esperti";
- creazione di campagne informative nelle APSP;
- partecipazione e presenza con stand, alle fiere/congressi che saranno promosse in par-

ticolare dal Collegio IPASVI di Bolzano;

- compartecipazione a convegni promossi dai Collegi.

## Le nomine dell'APSS: Paolo Bordon e Claudio Dario



Il 14 aprile è stato nominato il nuovo direttore dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari. Paolo Bordon, 52 anni, originario di Rovigo, è stato scelto vagliando circa 100 curricula.

"Il sistema sanitario trentino è riconosciuto come di elevata qualità a livello nazionale, ed il percorso aperto e rigoroso di selezione che ho affrontato è una conferma dell'approccio serio dell'amministrazione", sono state le prime dichiarazioni del nuovo direttore generale.

Bordon è stato direttore generale dell'Azienda sanitaria ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone dal dicembre 2013 al dicembre 2014. Dal gennaio 2015, ad oggi, è direttore generale della neo costituita Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 Friuli Occidentale di Pordenone.

Tra i primi atti del nuovo direttore c'è stato il conferimento dell'incarico di direttore sanitario a Claudio Dario, originario di Conegliano Veneto, dal 2013 al 2015 direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Padova.

