



# PROFESSIONE INFERMIERE

NOTIZIARIO DEL COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI TRENTO



## PROFESSIONE INFERMIERE

Periodico del Collegio  
Provinciale Ipasvi di Trento

Anno 16 - Numero 3  
Dicembre 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

Umanizzazione delle cure 3

## IL FOCUS

Diritti e doveri nel cambiamento 4

## LA NOVITÀ

La Commissione di bioetica 12

## IL GIUBILEO

Cura misericordiosa 14



> pag. 14



> pag. 17



> pag. 27

## FACCIA A FACCIA

Conosciamo i nuovi dirigenti 17

## MASTER

La gestione del dolore 20

La cura del caregiver 22

## LO STUDIO

Il percorso fast track 24

## PERSONAGGI

Adriana Dalponte al cospetto di Arafat 27

Alice nel paese di Albione 30

## NEWS

32

## IL FUMETTO

Il patto infermiere-cittadino 34

EDITORIALE

# Umanizzazione delle cure

Il diritto all'unicità di ogni persona è al centro della nostra professione

**L**e persone, donne e uomini di ogni età, sono al centro dell'attenzione per gli infermieri.

*Parlare della necessità di umanizzazione delle cure, quindi, negli infermieri evoca quasi un sentimento di dispiacere perché mette in evidenza che quanto per noi è ovvio e assodato, in realtà, a livello generale non lo sia.*

*Si deve ribadire un principio fondamentale: garantire il diritto dell'unicità di ogni persona, sia essa sana sia essa malata. Per noi è ovvio che questo debba essere il principio guida per tutti, a prescindere dalla professione e dal ruolo. Preso atto di questo, è fondamentale dichiarare ciò che ai più forse non è noto: l'attenzione alla persona nella sua totalità è alla base della professione infermieristica.*

*Da tempo come Collegio Infermieri professionali, Assistenti sanitari e Vigiliatrici d'infanzia IPASVI abbiamo sottolineato quanto sia fondamentale la presa in carico globale del paziente e proprio in quest'ottica stiamo lavorando sulla figura dell'infermiere di comunità, un ingranaggio chiave nella rete dei servizi, un ponte tra famiglia e istituzioni, in grado di rispondere in modo mirato, efficace, efficiente e sicuro ai bisogni socio-sanitari del cittadino.*

*È riduttivo ricondurre l'umanizzazione a una riflessione che si limita a pochi "mondi": è un concetto assoluto che tutti devono salvaguardare. La parola chiave di ogni futura riforma sani-*



*taria, quindi, è "condivisione".*

*A questo proposito però non ci si può dimenticare di chi è a stretto contatto con il paziente 24 ore su 24, vicino alla famiglia, come l'infermiere, figura che, per le sue caratteristiche intrinseche, incarna proprio l'umanizzazione delle cure richiesta dalla Consulta provinciale per la Salute.*

*In quanto tale, l'infermiere è il candidato perfetto per ricoprire un ruolo di riferimento nel percorso di cura del paziente, in grado di assicurare una continuità di contatti che sfocino in fiducia e sostegno. Un referente clinico unico che consideri la persona nella sua integrità e dignità.*

**Luisa Zappini**, presidente Collegio Ipasvi Trento

## IL FOCUS

# Diritti e doveri nel cambiamento

Il dibattito nel convegno di maggio sul valore dell'infermiere di famiglia per la sostenibilità del sistema salute

**Siamo tanti; per essere forti dobbiamo condividere i paradigmi fondamentali**

**LUISA ZAPPINI**, presidente Collegio Ipasvi



Da qualche anno cerchiamo di fissare l'assemblea il 12 maggio, Festa dell'infermiere, perché ci sembra il modo migliore per celebrare una professione che io ritengo tra le più belle.

Oggi siamo, e da tanti anni ormai lo stiamo dicendo, in un momento di crisi e di grandi cambiamenti organizzativi. Nessuno di noi in questo momento credo abbia una risposta giusta, ma è importante che ognuno metta il proprio contributo per fare delle proposte.

L'infermiere è una professione che sta cambiando e che deve accettare delle sfide. In Trentino siamo 4.300; questo numero è una grande forza ma può essere anche una fragilità se non condividiamo i paradigmi fondamentali.

**Il silos ospedale-territorio-domicilio non basta più**

**MARIO DEL VECCHIO**, direttore Osservatorio consumi privati in Sanità SDA Bocconi

Dopo decenni di crescita tra il 3% e il 6% a causa della crisi abbiamo avuto una stabilizzazione della spesa pubblica a fronte di bisogni che comunque aumentano. Mi riferisco all'invecchiamento, alla cronicità, ma anche a tutto il dibattito che l'Associazione Italiana di Oncologia Medica AIOM ha lanciato sui farmaci oncologici.

È evidente che una stabilizzazione della spesa, a parità di altre condizioni, vuol dire un arretramento in termini reali. Il sistema è riuscito a gestire questa situazione e ciò è una cosa della quale andare fieri. Forse si potrebbe sfatare il mito che descrive la Sanità come la palla al piede della Pubblica amministrazione.

“ Il sistema pubblico ha un riflesso condizionato in cui siamo tutti uguali e dobbiamo ricevere gli stessi servizi ”

Qualcuno dovrebbe dire, in tutta questa retorica politica degli scandali e degli sprechi - che per carità ci sono -, che il Servizio sanitario nazionale italiano è sicuramente meno dotato di risorse



rispetto ai nostri partner europei ma che contemporaneamente è sicuramente non inferiore agli stessi.

Abbiamo fatto e stiamo facendo la nostra parte - questo la collettività e il governo devono saperlo - fermo restando che se il Paese è in queste condizioni nei prossimi 3-5 anni, anche se ripartisse l'economia, il panorama per la Sanità non cambierà perché i dati di finanza pubblica lo impediscono.

Questo scenario non dev'essere deprimente ma *challenging*. Il punto di partenza è che non si può più ragionare per "silos verticali", cioè nella logica ospedale/territorio/domicilio. I silos verticali, infatti, vanno bene per i modelli delle acuzie, quelli in cui il paziente entra, si approvvigiona ed esce guarito. Il modello della cronicità è un modello di persistenza e di attraversamento. Il fatto è che siamo abituati a ragionare in base alla popolazione, al numero di assistiti del medico di medicina generale. Se io prendo i 1.500 assistiti del medico di medicina generale oggi essi saranno composti dal 4% di non autosufficienti, dal 25% di cronici, dagli occasionali e poi dai sani che vanno mantenuti in buona salute.

Ora, è evidente che queste quattro sottopopolarzioni hanno bisogno di altrettanti sottosistemi diversi. Il sistema pubblico, invece, ha un riflesso condizionato in cui siamo tutti uguali e dobbiamo ricevere gli stessi servizi. Questa impostazione ha delle ricadute operative: c'è un

dibattito in molte ASL sul fatto che le case della salute debbano essere i luoghi della territorialità indistinta o i luoghi prevalenti della cronicità. A Ostia hanno aperto una casa della salute e un poliambulatorio e hanno deciso che nella prima vanno ospitati i cronici multipatologici e nel secondo gli occasionali.

Questo è un tema importante soprattutto nel mondo degli infermieri, della cronicità che la cultura infermieristica ha come nativa. Gli infermieri costano meno e sono più giovani (45 anni di età media contro i 55 dei medici). Il mondo è nostro. La domanda è: perché non si riesce a sfruttare queste premesse? Oltre alla dominanza medica è evidente che è necessario fare ordine in casa propria.

Il sapere infermieristico aderisce perfettamente

---

“ Il sapere infermieristico aderisce perfettamente al problema della cronicità. L'infermiere di famiglia ne è uno splendido esempio ”

---

al problema della cronicità. L'infermiere di famiglia è uno splendido esempio: io ho bisogno di qualcuno che si prenda in carico i bisogni, ricucia la cronicità, metta insieme la medicina generale. I problemi nascono nell'operatività dell'infermiere di famiglia: con chi lavora, con quali altri professionisti, con quali meccanismi, in sostanza, come organizzo le responsabilità rispetto al distretto?

L'impressione che ne ricavo è che la professione infermieristica sia rimasta ferma a un modello nel quale conoscenze e organizzazione andavano di pari passo. Il modello della Sanità è un modello nel quale ogni sapere organizza il suo silos: cos'è la cardiologia? Il sapere cardiologico. Cos'è la gastroenterologia? L'organizzazione del sapere gastroenterologico. La sapienza infermieristica è l'azienda infermieristica.

Il legame tra professionista e organizzazione del servizio, invece, si è rotto. Non solo, c'è un'altra questione da trattare: con quale soluzione istituzionale si risponde ai bisogni emergenti? Come va erogato il servizio? In seno al Ssn (infermieri dipendenti), da una cooperativa di infermieri convenzionata oppure dal privato?

Personalmente io punterei sul Pubblico anche se tutte le Regioni dove funzionano meglio i servizi sono quelle dove la spesa sanitaria privata è più elevata, perché sono le regioni più ricche. In totale la spesa sanitaria pubblica vale 114 miliardi, quella privata in Italia è 33 miliardi.

Alla domanda “chi fa il regista di tutto questo”, la risposta deve essere “il più bravo”.



## Il modello di assistenza all'italiana non conviene a nessuno

**KETTY VACCARO**, responsabile Area salute e welfare della Fondazione Censis



Tra addetti ai lavori ci ripetiamo da anni che il modello dei servizi deve cambiare. Sono almeno 30 anni che sento parlare di territorializzazione con alterne vicende e alterne fortune. La demografia è importante: il Trentino è un'enclave fortunata perché rispetto al 21,4% di popolazione anziana qui siamo sotto il 20 (19,6%) di ultra 64enni sul totale. In valori assoluti in Italia siamo già a 13 milioni di ultra 65enni, nel 2030 arriveremo a 16 milioni e mezzo, 1 milione e mezzo in più solo di ultra 80enni.

Questa crescita esponenziale della parte anziana della popolazione - il 27% significa quasi 1 su 3 - è una questione sulla quale varrebbe la pena riflettere in modo meno ritualistico di quanto non si faccia di solito, perché essa un impatto molto forte sotto il profilo epidemiologico.

Questo anche se, per fortuna, l'invecchiamento non è più quello di una volta. Gli anziani che arrivano oggi alla terza età progressivamente sono persone che stanno meglio, che hanno vissuto i lati positivi del miracolo economico; hanno condizioni sociali, occupazionali e culturali tendenzialmente migliori. Non è detto però

che il processo sia irreversibile; il trend del miglioramento delle condizioni di vita può avere degli stop.

Ciò significa che non è dato sapere se ci sarà un'equivalenza netta tra aumento della popolazione anziana e aumento della disabilità. Già oggi le persone con limitazioni funzionali, come le chiama l'Istat, sono 3 milioni e mezzo, i confinati a letto 1 milione e 400 mila, gli invalidi gravi sono 2 milioni e 100 mila. Quindi stiamo parlando di numeri già consistenti dei quali si prevede un incremento.

Questi dati provano perché è importante, doveroso e giusto, cambiare il modello dei servizi. Ce lo chiede un'evoluzione di tipo strutturale. Oggi le famiglie tendono ad auto-organizzarsi per la gestione di questo tipo di bisogno. Il modello all'italiana trasforma la famiglia nel soggetto centrale dell'assistenza, con la moglie-madre, *care giver* per eccellenza, le figlie che si prendono cura delle madri longeve e le mogli che si prendono cura dei mariti che hanno problemi di non autosufficienza.

Nei casi più gravi la famiglia si fa aiutare da una badante, ovvero da una figura che professionale non è, nonostante i tentativi di professionalizzarla. Oltre il 40% dei malati di Alzheimer ha una badante e la percentuale sale al 50% quando la patologia peggiora. Queste aiutanti sono tutte straniere, tutte reclutate in modo informale, senza formazione, con un turn over elevatissimo.

Anzi, si attiva un effetto perverso: le famiglie non scelgono le badanti "formate" per questioni economiche, perciò c'è un ritorno più massiccio al sommerso. I numeri dell'AVI parlano chiaro: gli anziani in carico nel servizio solo il 4%, i malati terminali l'1 per 1000 (dato nazionale); dato medio di ore di assistenza garantito 22 all'anno.

La Sanità italiana ha un livello medio di risposta efficace e di alto livello, ma quando parliamo di territorio e servizi che hanno un impatto assistenziale il mondo cambia sostanzialmente. È *"the dark side of the moon"*. Solo l'11% delle famiglie intervistate ha la possibilità di

accedere all'Assistenza domiciliare integrata (ADI) in Italia, il 93% è contento del servizio e vorrebbe che fosse ulteriormente sviluppato.

Cosa succede quanto parliamo di assistenza infermieristica? Abbiamo stimato che le famiglie italiane che nel corso del 2015 hanno fatto ricorso all'assistenza infermieristica privata a pagamento (quindi una quota di quei 33 miliardi di spesa privata media che gli italiani hanno affrontato nell'ultimo anno) sono 8 milioni 700 mila persone. Si tratta per la stragrande maggioranza di prestazioni di tipo occasionale. Solo il 24% ha chiesto e ottenuto sul mercato privato prestazioni di tipo continuativo.

Il 44% degli utenti sono non autosufficienti, una quota di cronici e un 25% di anziani, cioè persone che occasionalmente (rottura del femore, problemi al rientro dall'ospedale) hanno necessità di assistenza limitata nel tempo. Il corrispettivo economico di questa domanda sono 2 miliardi e 700 milioni.

Questo mercato vive alcuni paradossi fortissimi: ad esempio ci sono infermieri che non hanno una collocazione professionale o che

---

“ Sono le famiglie per prime a essere convinte che alcune prestazioni possono essere svolte anche da non infermieri ”

---

lavorano con il tramite di soggetti di intermediazione che tengono basse le retribuzioni. Inoltre sono le famiglie per prime a essere convinte che alcune prestazioni possono essere svolte anche da non infermieri. Quindi c'è una sorta di legittimazione sociale dell'inappropriatezza.

L'altro elemento di turbativa del mercato è il sommerso, che arriva al 50%; le famiglie intervistate ci hanno detto che questi 2 miliardi e 700 milioni di spesa privata almeno in parte le hanno gestite in nero. Così come accade nel caso della badanti, la maggior parte delle fami-

glie ha trovato l'infermiere in modo casuale. Questa è la dimostrazione che, quando c'è un soggetto di intermediazione non appropriato, esso introduce degli elementi che penalizzano la capacità di soddisfazione del bisogno da una parte e la capacità di essere remunerati dall'altra.

Abbiamo fatto la stima basata sulla dichiarazione delle famiglie di qual è il costo medio annuo

---

“ Nel sommerso c'è anche una difficoltà dell'infermiere ad intervenire in chiave imprenditoriale ”

---

per paziente di un malato di Alzheimer: sono 70 mila euro l'anno; i costi più consistenti sono i costi indiretti, frutto della monetizzazione dell'assistenza prestata. Prendiamo solo le spese dirette: sono circa 11 mila euro l'anno le spese

delle famiglie per l'assistenza informale - le badanti -, il 60% del totale delle spese dirette, pubbliche e private. Dall'altra parte ci sono 246 euro di spesa informale degli infermieri.

Questo dà l'idea di quelle che sono le proporzioni, quindi il mercato c'è. Ora però è importante fare una riflessione di tipo culturale. C'è sicuramente una dimensione per la quale i cittadini sono convinti che la professionalità dell'infermiere sia specifica; dall'altra nella professione, dal punto di vista delle aspettative di inserimento professionale, la collocazione in una struttura ospedaliera è considerata come top di gamma.

Questo è un nodo che va affrontato perché nel sommerso c'è sicuramente anche una difficoltà dell'infermiere ad organizzarsi, ad intervenire in chiave imprenditoriale, a gestire in modo autonomo la professione.

In conclusione, è vero che c'è una necessità di traduzione di un contenuto professionale dentro un modello organizzativo, ma questa convinzione che la salute si faccia soprattutto in ospedale va ripensata.





## Tre assi: riordino delle professioni, formazione e profilatura del bisogno

**FABIO CEMBRANI**, direttore dell'Unità operativa di medicina legale dell'Azienda sanitaria di Trento

La situazione del nostro paese quando guardiamo le politiche di *long term care* è una situazione a macchia di leopardo, non c'è un *gold standard*. Il *leitmotiv* delle politiche di long term care è basato sul *cash*, cioè sulla fornitura di provvedimenti economici alle famiglie. Questa spesa vale l'1,9 % del PIL, molto poco se pensiamo che l'industria bellica vale il 3%.

Il fatto è che non è stato verificato se questo investimento pubblico produca effettivamente salute. Paesi molto più progrediti e longevi del nostro, ad esempio, per quanto riguarda l'Alzheimer, hanno deciso di investire molto più sui *care giver* che sui malati. Si ammalano di più i familiari che gli ammalati, cosa che nel nostro Paese non è sempre capita.

In Italia i dati statistici sono carenti e confusi. Non c'è stata valorizzazione dei patrimoni informativi delle ASL. Le anagrafi ormai hanno 20 anni di vita e ci dicono che sono 12 mila le persone disabili che percepiscono l'indennità di accompagnamento e 2.500 quelle che percepiscono anche l'assegno di cura. La spesa che va a questo target è di 70 milioni di euro. Sappiamo anche che la residenzialità costa circa 120 milioni di euro ma nessuno ha mai

“ In Italia il leit motiv delle politiche di long term care è basato sulla fornitura di provvedimenti economici alle famiglie ”

stimato quanto costano le misure integrative fuori dall'handicap: tre giorni al mese di congedi parentali. Se moltiplico questi giorni in ore lavoro e moltiplico per 29,20 euro (costo medio di un'ora lavoro in Europa) la spesa che ne



ricaviamo è di 60 milioni di euro, per le persone che dedicano tre giorni di assistenza alle famiglie. Quasi uguale a quello che spendiamo per l'indennità di accompagnamento.

Si sa inoltre che la spesa per la residenzialità è quasi doppia rispetto a quella di chi sta a domicilio, anche se la platea delle persone fragili che vivono a casa è quasi il doppio rispetto ai 4.400 ricoverati in Rsa. Va poi notato che molte persone a domicilio hanno un'alta intensità assistenziale per la quale non si riescono a misurare gli outcome di salute.

Ciò che invece è palese è la delega familista italiana. Le badanti sono 880 mila per l'Inps, 970 mila per l'Istat (che ha i dati di chi paga la contribuzione), 1,6 milioni per il Censis.

In sintesi, della fragilità sappiamo poco. Da vent'anni si parla di riforme strutturate del welfare, ma ancora non sono state omogeneizzate le differenze monetarie dei cash: ad esempio il cieco civile prende quasi il doppio, economicamente, rispetto all'invalido civile tetraplegico. Come mai non si riesce a graduare l'intervento economico in base all'attività assistenziale? Ma soprattutto, perché non si trasforma una parte delle erogazioni monetarie in servizi? E ancora, perché non pensare ad un vincolo reddituale, magari quello familiare? Inoltre, perché non si individua un regime di incompatibilità degli interventi monetari? La persona che ha l'indennità di accompagnamento e l'assegno di cura in Italia può lavorare e questo non

deve essere possibile.

Sono tre le azioni che mi sento di suggerire. Innanzitutto il riordino del labirinto delle organizzazioni sanitarie. L'ospedale è il luogo della acuzie, anche perché la residenzialità costa un quinto della degenza ospedaliera. Servono poi dei luoghi intermedi tra l'ospedale e la casa che non siano un parcheggio.

È chiaro che questo richiede un investimento iniziale, il coinvolgimento attivo dei medici di

“ Lo scientismo biologico genera il determinismo macchina prestazionale nel quale non c'è più spazio per la responsabilità ”

medicina generale, la riorganizzazione dell'assistenza primaria a partire da un associazionismo intelligente per garantire la continuità. Il team dev'essere motivato, integrato, flessibile, in apprendimento continuo e diligentemente coordinato e capace di guardare responsabilmente alla priorità dei bisogni. Sono contrario al fenomeno diffuso della “mcdonaldizzazione” della medicina, basata sul numero delle prestazioni, poca qualità, solo grandi numeri.

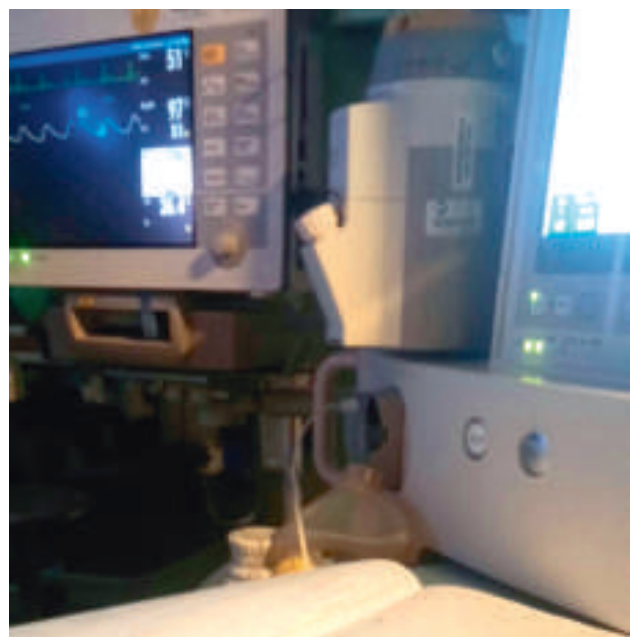
Il secondo intervento riguarda la formazione universitaria. Ho dedicato molto tempo alla formazione; le skills devono confrontarsi con i setting organizzativi. La mia scuola di specializzazione forma medici legali che nulla sanno dei problemi del servizio sanitario nazionale, ma sanno tutto delle polizze private infortuni e delle valutazioni peritali di parte. Nulla sanno né in competenze né in sensibilità né in capacità di farsi carico dei bisogni dentro quel principio fondamentale che è quello della giustizia e dell'equità sociale.

L'ultimo elemento sono i professionisti. Serve un forte maquillage: lo scientismo biologico genera il determinismo macchina prestazionale in cui non c'è più spazio per la responsabilità. Bisogna fare una riflessione molto seria per-

ché il care non può essere limitato a compiti declinati dentro il glossario della proceduralizzazione che pretende di trasformare la persona in qualcosa di astratto, quasi bionico. Il bisogno è una realtà difficile da comprendere, ogni malattia si manifesta con quella variabilità fenotipica che è sempre diversa e sempre dinamica e instabile.

Un tema generale che va affrontato è quindi quello della profilatura del bisogno, che non può essere espresso in numeri asettici, in formule generiche che poi non dicono nulla. La profilatura ci consente di disopacizzare la fragilità senza banalizzare la complessità, cogliendola sul piano funzionale con l'obiettivo di intervenire davvero concretamente su rappresentazioni non simboliche ma di sistemi dinamici e complessi.

Nel nostro Paese vedo una forte disparità, una frattura netta tra la valutazione e la presa in carico, quando invece dovrebbero essere legate. La valutazione è affidata all'INPS che nulla ha a che fare con la presa in carico dell'ente pubblico. C'è un fallimento dell'integrazione medico-sociale nelle commissioni di valutazione e negli organi tecnici: forse il ruolo dell'infermiere andrebbe valorizzato, con un coinvolgimento nella valutazione iniziale e continua del bisogno, oltre che nella profilatura.



## Piano della salute, PUA a regia unica e aggregazioni territoriali

**LUCA ZENI**, Assessore provinciale alla Salute e Politiche sociali

In Trentino lo stato di salute, comparato rispetto alla media nazionale, è sicuramente molto buono. Questo però non deve esimerci da una riflessione sull'aumento della fragilità e l'invecchiamento della popolazione.

Nel 2011 le persone sopra i 65 anni erano 100 mila, nel 2041 saranno 240 mila, mentre per gli over 75 si passerà da 50 a 100 mila e per gli over 85 da 15 a 38 mila. Entro questo contesto emergono i grandi temi della cronicità, della fragilità, dell'aumento delle demenze e della multimorbidità.

Poco tempo fa come Provincia abbiamo approvato il Piano della salute che gioca forza su questi scenari demografici e del problema della frammentazione: abbiamo molti soggetti che si occupano della non autosufficienza e delle relative problematiche, ma manca una regia. In Trentino disponiamo di 4.500 posti letto in case di riposo, con l'ente pubblico che investe circa 130 milioni in questo settore, senza contare le 6.000 badanti che valgono 90 milioni. Il tentativo che stiamo facendo, insieme ad

---

“ Abbiamo molti soggetti che si occupano della non autosufficienza e delle relative problematiche ma manca una regia ”

---

UPIPA e al Consiglio della autonomie locali, è di riuscire a fornire una regia attraverso un punto unico di accesso (PUA) dotato di budget intorno alle APSP, già radicate sul territorio. Questo è l'unico modo per anticipare i problemi anziché subirli. I benefici della regia unica sono evidenti: aumentano il numero di bisogni intercettati, limitando il ricorso al sommerso e



aumentando le possibilità di lavoro nel sistema. In questa prospettiva la presenza dell'infermiere può essere un valore aggiunto molto importante.

Questo non significa che nell'erogazione ci sarà il monopolio del pubblico, perché i soggetti privati continueranno a concorrere sul mercato. Per rafforzare questo stiamo prevedendo di trasformare l'assegno di cura (assegno integrativo che diamo oltre all'accompagnamento per determinati soggetti, 10 milioni di euro in Trentino) da cash in prestazioni, per garantire non solo l'emersione del nero ma anche che effettivamente quelle risorse vadano a beneficio dell'utente.

In contemporanea stiamo portando avanti il tavolo di lavoro con i medici di medicina generale sulle aggregazioni. Dentro questo quadro stiamo prevedendo le unità complesse di cura primaria che coinvolgerebbero altri professionisti sanitari, tra i quali l'infermiere. Perciò anche su questo dovremo lavorare insieme per andare a definire le modalità concrete.

Ultimo, ma non meno importante, stiamo lavorando per riconoscere il ruolo della figura dell'infermiere per l'assistenza sul territorio, un ruolo che va nella direzione di garantire una presa in carico continua, non soltanto del malato ma anche nel rapporto con la famiglia, con attenzione all'aspetto psicologico oltre che meramente clinico. Va di pari passo l'impegno sulla formazione e sulla sperimentazione.

LA NOVITÀ

# La Commissione di bioetica

La riflessione dell'organismo ad hoc dell'Ordine dei medici per garantire elevati standard di qualità dell'assistenza



**D**a dicembre 2015 sono ripresi i lavori della Commissione di Bioetica dell'Ordine dei medici di Trento.

Come da statuto la Commissione si propone come luogo di riflessione rispetto a tematiche bioetiche in campo sanitario. Essa si compone di medici operanti nelle diverse specialità della medicina e di esperti in ambito etico, giuridico, filosofico e spirituale, nonché di un rappresentante della professione infermieristica.

In considerazione dei movimenti culturali, sociali ed economici che stanno investendo anche il nostro Paese e che si abbattono in modo molto

significativo sulla sanità, la Commissione ha scelto di riflettere innanzitutto sul tema “appropriatezza clinica e controllo delle risorse”.

Con l'obiettivo di dare una lettura più ampia alle esperienze quotidiane dei componenti della Commissione, gli stessi hanno scelto di analizzare alcuni progetti realizzati all'interno dell'APSS di Trento e volti ad un contenimento della spesa. Ne è emerso un orientamento chiaro ad affrontare il tema dell'utilizzo corretto delle risorse facendosi guidare dalle evidenze scientifiche, così da agire mantenendo elevati standard di qualità dell'assistenza.

L'analisi di questo tipo di orientamento ha

aperto un nuovo piano di riflessione: parlare di appropriatezza clinica solo in funzione di un maggior controllo delle risorse è riduttivo e sminuente delle competenze e delle capacità di chi opera nell'ambito del Sistema sanitario nazionale.

I continui richiami che ci vengono fatti a una maggior attenzione rispetto ai costi delle nostre scelte professionali non devono essere letti come un mero tentativo di risparmiare denaro, ma devono rappresentare anche un richiamo al principio di un'equa distribuzione delle risorse e, in quanto tali, vanno coniugati agli altri principi etici che guidano il nostro lavoro.

Dopo una serie d'incontri mirati, la Commissione a luglio ha individuato alcuni punti imprescindibili per la tenuta del Sistema sanitario che in Italia ha peculiari caratteristiche d'universalità con ancoraggi costituzionali. Ci si è dati una tabella di marcia che vorrebbe portare alla produzione d'un documento di valutazione conclusivo che possa essere d'utilità non solo per l'Ordine dei medici, bensì per tutta la cittadinanza.

Il 9 novembre la Commissione Bioetica ha

## La Commissione di Bioetica

Stefano Visintainer (coordinatore)  
 Franca Refatti (vicecoordinatore)  
 Fabrizio Zappaterra (segretario)  
 Silvia Angeli (vicesegretario)  
 Paolo Bortolotti  
 Patrizia Callovi  
 Valeria Franzoi  
 Mauro Larcher  
 Lucia Pilati  
 Francesca Uez  
 Giovanna Oliva  
 Lucia Galvagni  
 Marcello Farina  
 Simone Penasa

organizzato una serata d'incontro e riflessione sul tema della relazione di cura, prendendo spunto dall'uscita del libro di Piergiorgio Cattani "Guarigione. Un disabile in codice rosso".

di Francesca Uez, rappresentante del Collegio IPASVI e Stefano Visintainer, coordinatore della Commissione Bioetica



## IL GIUBILEO

# Cura misericordiosa

Il convegno organizzato dall'Ordine dei medici e dal Collegio Ipasvi per riflettere sul lato umano delle professioni sanitarie



Il progresso scientifico e tecnologico della medicina, le aspettative miracolistiche del cittadino, l'efficientismo e la burocratizzazione possono portare a un rapporto tra professionista della salute e paziente attento alla cura del sintomo, ma non ai bisogni della persona nel suo insieme, con sempre meno tempo dedicato all'ascolto. È partendo da questo assunto che l'Ordine dei medici, in collaborazione con il Collegio IPASVI, la Consulta provinciale della salute e ACOS, il 29 settembre ha

organizzato l'incontro "La misericordia nella relazione di cura" nella sala convegni della Fondazione Bruno Kessler in via Santa Croce. Ospite d'onore del convegno è stato il vescovo, mons. Lauro Tisi. "La vulnerabilità dei malati, con la conseguente necessità di dover 'dipendere', può offrire la possibilità di relazioni profondissime oppure, viceversa, determinare incontri mancati e dagli esiti talora devastanti", ha detto in un passaggio del suo intervento. Monsignor Tisi si è rivolto a medici e infer-



mieri ricordando loro che “la fragilità del malato fa emergere anche la nostra fragilità”. “In un mondo dove le parole la fanno da padrone, invadono l’aria, e hanno la pretesa di tutto dire, sistematizzare e risolvere, la vulnerabilità dei malati – si è augurato l’arcivescovo – chiede silenzio, disponibilità ad ascoltare e ospitare. Niente è più umanizzante del poter contare non tanto sulle argomentazioni e sui quadri ideali, ma sulla percezione bella e appagante di un esserci concreto e reale”.

Un’analisi pienamente condivisa anche dalla presidente del Collegio IPASVI, Luisa Zappini. “Nel nostro lavoro – ha detto rivolgendosi ai numerosi partecipanti - è la parte emozionale che conta. Per le nostre professioni è un dovere essere misericordiosi. Le evidenze scientifiche devono essere il valore aggiunto al gesto umano. Noi infermieri abbiamo una vocazione in questo senso e la mettiamo a disposizione del sistema in questo momento di cambiamento”.

## Cos’è la misericordia?

**Misericordia** - sentimento generato dalla compassione per la miseria altrui (morale o spirituale). Il termine deriva dal latino *miseri-cors* (genitivo *miseri-cordis*) e da *misereor* (ho pietà) e *cor -cordis* (cuore); cfr. *miserère*: abbi misericordia.

## Hanno detto

“ Il contatto umano serve tantissimo al paziente e poco servirebbe se l’opera del medico e dell’operatore sanitario si limitasse solo alla pura e fredda diagnosi e cura, fosse anche la più sofisticata ”

Marco Ioppi, presidente Ordine dei medici

“ L’umanizzazione delle cure è un tema molto dibattuto: già questo significa che la filosofia della nostra società sta cambiando. Anche noi, come istituzioni, ci stiamo muovendo in questa direzione ”

Luca Zeni, assessore provinciale alla Salute

“ Nel nostro lavoro noi trattiamo persone con le persone. Non siamo un’azienda industriale, bensì eroghiamo servizi ”

Paolo Bordon, direttore Azienda per i servizi sanitari

“ La misericordia, per noi professionisti, è un impegno, un’attitudine che deve essere coltivata e nutrita.

Il *care* è il *setting* che più permette di dare alla misericordia un volto umano ”

Fabio Cembrani, direttore Medicina legale Apss

“ Quando penso al rapporto medico-paziente vedo due solitudini. La sfida è quella di riuscire a far comunicare questi due mondi ”

Annamaria Marchionne, presidente Consulta provinciale per la salute

## L'esperienza del Collegio IPASVI a Roma

Nel 2016 il Giubileo ha spinto l'Università Roma Tre (Dipartimento di Scienze della formazione) e il Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (CECRI) ad avviare un'indagine sui significati e i gesti di misericordia che ruotano attorno all'assistenza infermieristica.

Ci sono molti punti di contatto tra la nostra professione e la misericordia, in primis il fatto che questo sentimento si gioca nella relazione di aiuto. Un atteggiamento misericordioso pone al centro della propria azione l'attenzione al malato, non solo dal punto di vista medico scientifico ma anche umano e morale.

I nostri valori spingono l'infermiere a porsi come persona di misericordia, "servitore della vita" che contrasta l'indifferenza spietata, che propone itinerari di aiuto alle marginalità, che contrasta l'oggettivazione dell'uomo, che modifica le usure esistenziali.

Così la vicinanza al malato non si limita alle semplici informazioni del consenso informato e alle parole di circostanza ma si concretizza nell'accoglienza attraverso gesti concreti, di ascolto e di amore.

La malattia è un evento che non esaurisce il suo senso nella dimensione biologica, ma richiede una comprensione più approfondita, legata al senso esistenziale di questa esperienza. Così per affrontare, accettare o convivere con la propria malattia, la persona ha bisogno di ricostruire e riattribuire un senso alla sua condizione, al suo mondo ed alla sua vita, per ricollocare quanto sta accadendo in una prospettiva migliore per il futuro.





FACCIA A FACCIA

# Conosciamo i nuovi dirigenti

Il Collegio degli Infermieri: l'obiettivo è integrare le competenze in un'ottica di collaborazione e non di contrapposizione



**M**artedì 6 settembre il Collegio degli Infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici di infanzia di Trento ha incontrato a Trento i nuovi vertici dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari - il direttore generale Paolo Bordon, il direttore sanitario Claudio Dario, il direttore dell'integrazione socio sanitaria Enrico Nava e il direttore amministrativo Tullio Ferrari - per confrontarsi sul progetto di sviluppo dell'APSS. Sono infatti molti gli infermieri impiegati nel-

l'ente pubblico: su 4.346 iscritti IPASVI, 2.676 sono dipendenti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, dei quali l'85% donne.

Il dialogo tra APSS e Infermieri ha evidenziato numerose sinergie possibili, alla luce dell'evoluzione delle competenze infermieristiche e della riorganizzazione del Sistema sanitario provinciale, come già anticipato nel patto sull'infermiere di famiglia siglato con l'assessore alla Salute Luca Zeni lo scorso maggio. Durante l'incontro si è parlato di nuovi modelli organiz-



zativi assistenziali in ospedale e sul territorio, con particolare attenzione alle cure primarie ed alla libera professione.

"È importante che l'Azienda riconosca le competenze delle figure infermieristiche, seguendo la logica del 'fa chi sa fare', perché solo così si trovano le modalità di assistenza adatte a una popolazione sempre più anziana. L'obiettivo principale deve essere quello di integrare tutte le competenze in un'ottica di collaborazione e non di contrapposizione, per dare valore alle risorse e potenzialità presenti", ha spiegato la presidente del Collegio IPASVI, Luisa Zappini. Il Consiglio IPASVI, al tavolo con i vertici dell'ente provinciale, ha voluto mettere in evidenza le eccellenze infermieristiche trentine, valorizzate dagli incontri culturali organizzati dal Collegio su cure palliative, area chirurgica, gestione della cronicità e della fragilità, dalla cura della ferita (*wound care*) alla malnutrizione, passando per demenza e assistenza notturna.

Competenze forti che il direttore generale dell'APSS Paolo Bordon ha dimostrato di co-

noscere già bene. "Ho avuto un'ottima impressione degli infermieri trentini, professionisti seri e preparati che sono già allenati ad affrontare le sfide del cambiamento. In questo senso sono degli anticipatori di processi importanti che la Provincia vuole continuare a portare avanti. Sul territorio è necessario rafforzare la cultura del lavoro di squadra; la figura dell'infermiere di famiglia va sperimentata e, se riusciamo a farla funzionare, sarà molto utile anche agli ospedali", ha evidenziato il direttore Paolo Bordon.



## L'intervista a Paolo Bordon

### “Infermieri trentini già allenati ad affrontare il cambiamento”

#### **Bordon, che impressione ha avuto degli infermieri trentini?**

Ho avuto un'ottima impressione degli infermieri trentini, sono professionisti seri e preparati. Sono già allenati ad affrontare le sfide del cambiamento da molti anni. In questo senso sono degli anticipatori di molti processi importanti che questa Provincia vuole continuare a portare avanti.

#### **In che modo gli infermieri sono una risorsa di fronte all'invecchiamento della popolazione?**

L'infermiere affronta a 360 gradi nella sua quotidianità le sfide che i nuovi sistemi ci portano. Le persone hanno patologie croniche per molto tempo e c'è una rete sul territorio dove l'infermiere è protagonista. È in prima linea rispetto ai bisogni di salute del cittadino.

#### **Cosa ne pensa della figura dell'infermiere di famiglia?**

L'infermiere di famiglia è centrale in molti modelli. Io ne conosco uno portato avanti in Friuli Venezia Giulia, non è che voglio affezionarmi a quello ma è una delle ipotesi sulla quale confrontarsi. Non credo ai modelli precostituiti sulla carta, ma vanno adatti alle circostanze e ai bisogni di un territorio. Per cui si può valutare caso per caso come inserirlo. Comunque



una figura di riferimento per delle micro-comunità può essere interessante.

#### **Più autonomia significa anche più responsabilità...**

Come tutte le cose hanno un rovescio della medaglia. La valorizzazione, la maggiore responsabilità comporta autonomia ma anche ruoli di governo nei confronti del sistema.

#### **Cosa si aspetta dal confronto con gli infermieri?**

Per me è importante capire dal punto di vista strategico se c'è una convergenza di opinioni rispetto a un lavoro che si deve affrontare assieme. Mi aspetto di dialogare molto soprattutto sulle prospettive del territorio e capire se gli infermieri ci sono rispetto alle sfide che dovremo affrontare.



# La gestione del dolore

Il case report di Lucia Ferrari: le tecniche complementari non sono una panacea bensì una valida integrazione

## Introduzione

Il dolore è il sintomo prevalente in tutte le fasi della malattia oncologica; può essere dominante al momento della diagnosi o un segnale di recidiva di malattia o ancora indice di tossicità da trattamenti.

La prevalenza del dolore nei malati oncologici tende a crescere progressivamente con l'avanzamento dello stato di malattia. È un dolore totale, che coinvolge l'essere umano dal punto di vista fisico, psicologico, spirituale e sociale (Cecily Saunders, 1967) ed è una delle esperienze più devastanti che una persona possa vivere. La medicina tradizionale ha fatto enormi progressi per cercare di controllarlo. Nonostante l'uso corretto degli strumenti farmacologici, una quota di pazienti fa fatica a controllare il dolore, sia per la presenza di patologie complesse dal punto di vista fisiopatologico sia in termini di responsività individuale ai farmaci, in particolare nei trattamenti di lunga durata durante i quali si possono verificare fenomeni di tolleranza, soprattutto verso gli oppioidi (Ama-dori et al., 2007).

In casi specifici, laddove se ne riscontrino le condizioni, viene sottolineata l'importanza di combinare la terapia farmacologica alle tecniche complementari-CAM per un maggior controllo dei sintomi e un miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da cancro. Singh & Chaturvedi nel 2015 sottolineano che le CAM hanno lo scopo di trattare il dolore anche nelle sue dimensioni affettiva, cognitiva-comportamentale e socioculturale.



## Obiettivi e metodi

La tesi di master ha lo scopo di rilevare e analizzare l'efficacia dei metodi non farmacologici per la riduzione del dolore in pazienti adulti malati di cancro valutando, attraverso un'analisi della letteratura, il ruolo e il contributo dell'infermiere in questo contesto.

La tipologia della tesi è il case report di una giovane donna, il cui nome di convenienza è Anna, ammalata di cancro dal 2007 e seguita in cure palliative dal servizio in cui opero dal 2014.

Tenendo conto di quanto il dolore sia impattante sulla vita di Anna, e considerando che è in continua evoluzione, che necessita di numerose variazioni della terapia farmacologica e che questa non è esente da effetti collaterali, seguendo le linee guida della *Society for Integrative Oncology* (Cassileth et al., 2007), si sono valutate altre opzioni terapeutiche di supporto.



## Risultati

Da gennaio a giugno 2016, in accordo con Anna, si è utilizzato il rilassamento muscolare da solo o associato alla respirazione ritmica, l'ascolto della musica da sola o associato al tocco massaggio e l'utilizzo di alcuni aromi miscelati all'olio usato per il massaggio. Parti di queste tecniche sono state apprese dalla paziente stessa o dal marito.

I risultati raggiunti evidenziano che Anna ha trovato beneficio e attenuazione del dolore attraverso il tocco massaggio associato all'ascolto della musica che richiama i suoni della natura nei momenti in cui il dolore ha un'intensità inferiore a NRS 5.

Durante il tocco massaggio, utilizzando una miscela di aromi associati all'olio, Anna ha manifestato nausea importante che ha impedito di continuare l'utilizzo. Nei vari momenti di *Breakthrough pain-BTP* l'applicazione del ghiaccio sulla zona dolente le ha permesso di ritardare e/o ridurre l'assunzione della terapia antalgica, e l'ascolto della musica ha agito distraendo l'attenzione dal dolore e riducendo l'ansia.

Per quanto riguarda il rilassamento muscolare, Anna ne ha tratto beneficio non tanto sul dolore ma sul livello di ansia. Dopo aver terminato il periodo con il supporto dell'infermiere, la paziente non è però stata in grado di applicare la tecnica, a causa dell'assenza di momenti di solitudine necessari per la dovuta concentrazione.

## Conclusioni

Le tecniche CAM hanno facilitato l'instaurarsi di un rapporto empatico che ha permesso di gestire momenti di grande sofferenza per Anna e la sua famiglia.

Le tecniche complementari non sono da considerarsi in alternativa alla medicina convenzionale e meno ancora la panacea di tutti i mali, ma sono terapie, con i loro punti di forza e i loro limiti, che possono essere utilizzate e valutate ulteriormente attraverso un approccio scientifico. Nonostante le evidenze scientifiche in questa area di ricerca non siano ancora solide - a causa del numero limitato di studi e di alcuni bias metodologici - alcuni risultati sono promettenti e quindi si attendono con fiducia gli esiti di studi futuri.

## L'autrice

Lucia Ferrari si è diplomata come infermiera professionale nel 1988. Nel 1990 ha acquisito il titolo di assistente sanitaria. Dal 1993 lavora in ambito territoriale nel Distretto Centro Sud – Alto Garda e Ledro. Dal 2013 segue prevalentemente i pazienti in cure palliative. La tesi qui descritta è la conclusione del Master universitario di 1 livello in Case Manager di Cure Primarie e Palliative conseguito presso l'Università degli Studi di Verona, sede di Trento.

# Il fardello del caregiver

L'analisi critica di Adriana Dellafior sull'interdipendenza tra famiglia e malato oncologico e su come alleggerire il carico di chi assiste

## Introduzione

**A**ssistere un familiare malato di cancro può rivelarsi un'esperienza gratificante ma allo stesso tempo stressante. Spesso il carico assistenziale (pratico, emotivo, spirituale) è molto elevato e può, in alcuni momenti, superare le risorse personali e familiari.

È stato ampiamente dimostrato che se lo stress e lo squilibrio percepiti dal *caregiver* non vengono affrontati, possono manifestarsi importanti conseguenze nella salute psicofisica di chi è impegnato nell'assistenza, con possibili ripercussioni sul benessere del paziente.

Il sostegno del familiare appare quindi un obiettivo importante fra quelli che l'equipe di cura deve perseguire, sia per tutelare la salute psicofisica del *caregiver* stesso, sia per promuovere indirettamente un percorso di malattia sereno per l'ammalato.

L'infermiere si trova in una posizione di vicinanza al paziente e al familiare, un ruolo privilegiato per poter accertare il carico percepito dai familiari (*burden*), per intercettare situazioni di difficoltà e attuare appropriati interventi di sostegno.

## Obiettivi e metodi

Nella tesi si è voluto analizzare quali sono gli interventi efficaci e applicabili nel contesto italiano per ridurre il carico percepito dai *caregiver* che assistono un malato con patologia oncologica.



È stata condotta una ricerca con parole chiavi in banche dati e sui siti internet. La tesi si è sviluppata partendo dal riassunto strutturato di una revisione sistematica selezionata, per poi confrontarlo con interventi ed esiti documentati in fonti simili. Infine sono state formulate delle proposte applicative.

## Conclusioni

Nella revisione sistematica oggetto di riassunto strutturato, Applebaum & Breitbart (2013) mostrano che le evidenze maggiori nell'attenuare il fardello del *caregiver* sono riferite agli interventi psicoeducativi e ad alcuni tipi di psicoterapia strutturata. Interventi strutturati, orientati a specifici obiettivi, limitati nel tempo

e integrativi fra loro, sembrano offrire i maggiori benefici. Queste sono evidenze confermate anche dalla letteratura di confronto.

La letteratura ha dimostrato che paziente e familiari sono interdipendenti: gli interventi attuati sul *caregiver* portano a benefici anche sul paziente, e viceversa. Per questo è indispensabile la presa in carico di paziente e famiglia come un'unica entità durante tutto il processo assistenziale.

È quindi importante valutare, fin dall'assessment iniziale, risorse, bisogni, difficoltà e attese della famiglia e del paziente, considerando lo stress del *caregiver* come una delle dimensioni da indagare.

In fase di pianificazione, la modulazione degli interventi assistenziali richiesti al *caregiver* deve nascere dall'incontro fra evidenze, prescrizioni, comfort/desideri del paziente e sostenibilità della rete di assistenza (bisogni, risorse, burden).

Fra gli interventi che si sono dimostrati efficaci nel sostenere il *caregiver*, emerge l'urgenza di investire energie nell'educare familiari e pazienti per dar loro quel senso di padronanza che può far vivere più serenamente l'assistenza. L'approccio educativo basato sull'informazione e sull'addestramento non basta; è necessario lavorare su più dimensioni, dando importanza alle emozioni e applicando tecniche specifiche riconosciute come efficaci nel-

l'educazione degli adulti.

Uno studio su livelli di servizio ha mostrato come occupandosi meglio del paziente attraverso servizi maggiormente efficaci, più olistici e coordinati, si possa ridurre indirettamente il *caregiver burden*.

Per mettere in campo un approccio di presa in carico globale della famiglia, appaiono quindi come condizioni fondamentali una formazione mirata degli operatori e un processo organizzativo strutturato e coerente.

## L'autrice

Adriana Dellafior, 40 anni, si è diplomata come infermiera professionale alla Scuola San Francesco di Bolzano. Nel 1999 ha conseguito il diploma di Tecnico dei Servizi Sociali e quest'anno si è diplomata nel Master Universitario di I livello in "Case manager di cure primarie e palliative" all'Università di Verona, discutendo la tesi della quale qui presentiamo un abstract. Dal 1999 è dipendente dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, dapprima all'ospedale di Cavalese (Centro di salute mentale e poliambulatori), dal 2005 al servizio cure domiciliari e palliative dell'ambito di Fiemme.



## LO STUDIO

# Il percorso fast track

L'analisi dei processi clinico-assistenziali dei pazienti operati di protesi d'anca e ginocchio dell'Unità operativa Ortopedia di Tione



**L'**intervento di protesi totale di anca (PTA) e ginocchio (PTG) rappresenta uno dei più frequenti interventi chirurgici ortopedici oggi effettuati. La domanda europea e mondiale per questa tipologia di interventi è in continua crescita. L'invecchiamento della popolazione, l'istruzione crescente, l'aumento dell'età delle persone

anziane ad elevata richiesta funzionale e i migliori risultati del trattamento sono tutte ragioni che spiegano l'incremento esponenziale della richiesta per questi interventi.

Allo scopo di ottenere un recupero rapido del paziente è importante che il percorso clinico-assistenziale si evolva verso una gestione sincronizzata di amministrazione sanitaria, equipe





chirurgica e anestesiologicala, personale infermieristico e fisioterapico. Molto è stato scritto per l'aspetto clinico, niente per l'aspetto della gestione infermieristica.

Nel percorso "fast track" il paziente assume il ruolo di protagonista del proprio recupero riabilitativo attraverso un esteso processo di educazione preoperatoria e attraverso una presa di coscienza delle aspettative appropriate. Il paziente viene correttamente istruito a comprendere che il suo regime di ospedalizzazione post-operatoria non sarà più da ritenersi come un regime di protezione dal quale cercare di sottrarsi. Al contrario sarà un periodo di controllo medico assistenziale privo di stop funzionali forzati, preparatorio ad un più facile recupero domiciliare o ambulatoriale (modello assistenziale del supporto).

Oltre all'ampliamento dell'istruzione e comunicazione perioperatoria con il paziente, le nuove tecnologie di controllo multimodale di dolore e sanguinamento hanno reso possibile la netta riduzione dei giorni di ricovero post-operatorio

dopo PTA e PTG in regime di assoluta sicurezza. Emerge inoltre che a nessun paziente è stato posizionato il drenaggio e solo al 10% il catetere vescicale.

I risultati ottenuti sono tutti migliorativi sia dal punto di vista clinico-assistenziale, sia per la soddisfazione del paziente anche dal punto di vista economico. Quindi non ci sono motivi per non intraprendere questa via anche se lo sforzo organizzativo e formativo è grande.

Dall'applicazione del protocollo fast track su un campione di 120 pazienti operati in UO Ortopedia di Tione è emerso che il numero di pazienti emotrasfusi è calato all'11% mentre nella fase antecedente era pari all'80%. Inoltre il 30% dei pazienti è rientrato a domicilio e solo il 70% è stato trasferito in struttura.

Dal controllo eseguito un mese dopo l'intervento in ambulatorio ortopedico è possibile constatare che il dolore percepito dai pazienti sulla scala NRS (1-10) è pari a 1 per 85% dei casi quindi i pazienti non hanno dolore. Il grado di soddisfazione del paziente è nel 68% dei

casi 3 (massima soddisfazione), 3% pari a 1 (poca soddisfazione), mentre nel 29% dei casi media soddisfazione.

Dall'analisi emerge quindi che l'applicazione del protocollo fast track nei pazienti sottoposti a PTG e PTA ha innumerevoli vantaggi sia dal punto di vista della qualità della prestazione offerta, sia sul grado di soddisfazione del paziente.

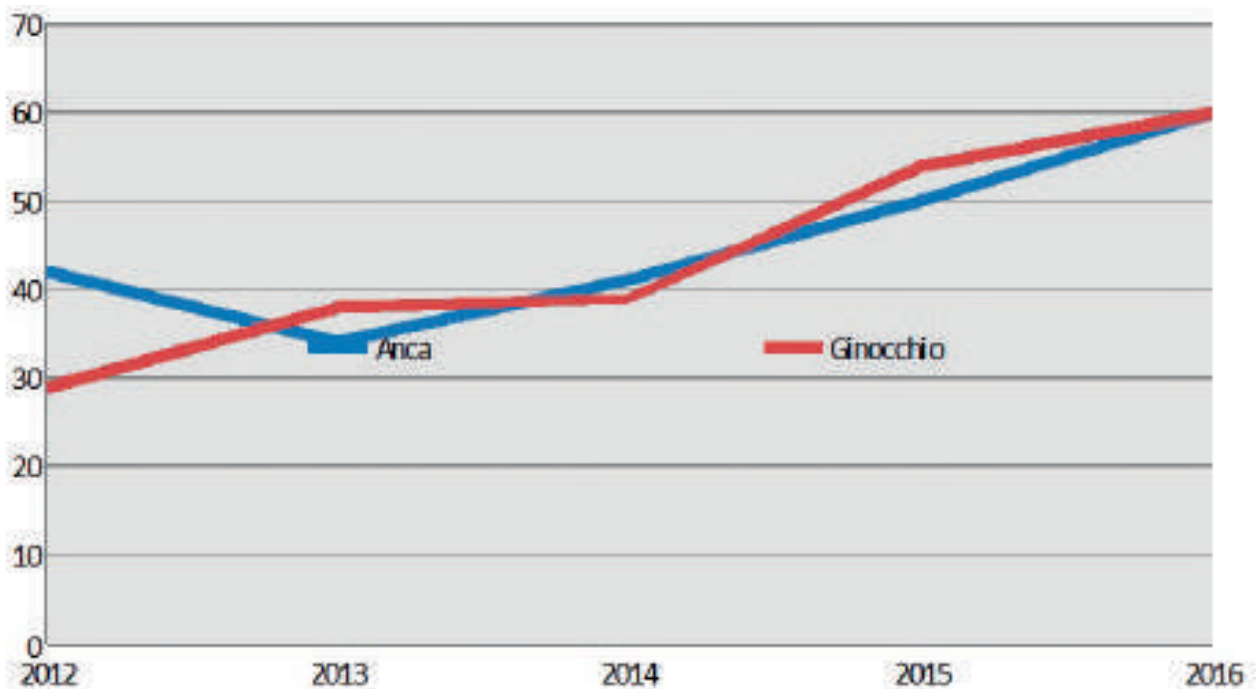
La gestione infermieristica nel paziente sottoposto a intervento di PTA e PTG deve avere come linea di indirizzo il modello assistenziale di "supporto" dove il paziente è informato, responsabilizzato e quindi reso un protagonista attivo di tutto il percorso. Solo così i risultati saranno ottimali.

La gestione fast track richiede un coinvolgimento di tutti i professionisti: ortopedico, anestesista, infermiere, fisioterapista, oss e medico di medicina generale. Questo è possibile solo con un'organizzazione attenta e precisa di tutte le singole attività e solo se tutto il personale è formato e motivato.

Ci sono ancora degli elementi del percorso che vanno approfonditi, ampliati e sperimentati. L'analisi degli stili di vita che aumentano le complicanze perioperatorie vede ancora degli ampi spazi migliorativi sia nella fase d'indivi-



duazione sia nelle soluzioni di aiuto offerte dall'azienda. Inoltre, sarebbe opportuno creare dei corsi di attività fisica extra ospedaliera, indirizzati specificatamente alle persone che sono state sottoposte a PTG e PTA allo scopo di creare dei gruppi di mutuo-aiuto e quindi di supporto emotivo reciproco.



## PERSONAGGI

# Al cospetto di Arafat

Adriana Dalponte e il suo elettrizzante mezzo secolo di storia lavorativa  
 “Fate un lavoro che non vorrete mai abbandonare”

“**M**i chiamo Adriana Dalponte, sono nata a Vigo Lomaso e ho 67 anni.

Il mio approdo alla professione è stato strano. Mia sorella Paola voleva fare il corso di infermiera e così mi ha proposto di accompagnarla a Merano per informarsi. Era l'estate del 1966. Abbiamo incontrato la direttrice e, dopo aver parlato un po', ha detto a mia sorella: “Stai facendo un lavoro che la soddisfa, perché non continua a stare dov'è e invece mi manda sua sorella?”.

Così a settembre mi sono ritrovata in convitto alla Scuola di Merano e dal primo giorno sono stata sempre sotto la protezione di questa grandissima professionista, suor Vittoria. Non avevo ancora 18 anni e ho dovuto chiedere l'emancipazione di maggiore età al giudice, visto che allora si era maggiorenne a 21.

Mi sono diplomata a luglio del 1968 e ho cominciato il mio primo lavoro all'ospedale di Trento che si trovava dove oggi c'è il Centro Santa Chiara. Quando sono stata assunta in ospedale c'erano pochissime “infermiere diplomate” (si chiamavano così perché nel lessico comune, qualunque persona che era a lavorare con i malati era un'infermiera). Sono stata assegnata alla sala operatoria come strumentista, sostituendo una infermiera generica bravissima con coordinatori capo sala che erano solo suore.

Sono stata assunta con altre quattro colleghe in previsione dell'apertura del nuovo ospedale che è l'attuale Santa Chiara. L'orario era di 48 ore settimanali e la reperibilità per la sala operatoria era di fatto una cosa dovuta, senza alcun riconoscimento economico. Anche l'ora-



rio era in funzione della durata della sala operatoria, poi si andava a casa per il pranzo e si rientrava il pomeriggio fino alle 19. Di fatto, con turni di lavoro così, l'ospedale è diventato la nostra casa.

Con l'apertura della nuova struttura, nel maggio 1970, sono cambiate molte cose: ci sono state tantissime assunzioni, sia di medici sia di infermieri, dei quali tantissimi giovani. Vivevamo tutti in città, con sistemazioni in economia; il tempo per noi era quello che si trascorrevva in ospedale e frequentemente, la sera, ci si ritro-



vava dai colleghi più fortunati che avevano un appartamento per fare una pastasciutta in compagnia.

Al nuovo ospedale sono stata assegnata al

reparto “solventi” al settimo piano, quello con le stanze a pagamento di prima e seconda classe, con tutte le patologie internistiche e mediche.

La tappa successiva della mia carriera è stata la nuova Rianimazione. Il reparto, in via provvisoria, è stato aperto nel 1971 e fino al 1994 è stata la mia esperienza professionale più significativa, dal 1977 come coordinatrice. In quegli anni ho anche fatto un’esperienza di alcuni mesi all’Ospedale Maggiore di Milano e agli Spedali Civili di Brescia.

Pensavo che non avrei mai lasciato l’assistenza, ma poi ho sentito la necessità di fermarmi e studiare. Ecco la svolta della mia carriera: il Diploma universitario di Infermiere insegnante dirigente all’Università degli Studi di Milano (1985) e poi l’organizzazione dell’assistenza infermieristica ospedaliera, con un breve periodo in Direzione Sanitaria (allora CSSA) e successivamente l’incarico di responsabile del servizio di formazione continua fino al dicembre del 2005.

In questa nuova esperienza di lavoro mi sono innamorata della formazione e dell’apprendimento. È stata un’opportunità straordinaria per





conoscere altre professioni, capire le logiche che caratterizzano le diverse discipline, per poi integrarle e valorizzarle nella pratica quotidiana. Sono stati anni elettrizzanti.

C'è stata la riforma delle USL, l'aziendalizzazione dei sistemi sanitari e un fermento culturale sia a livello della nostra Azienda sanitaria sia a livello provinciale e nazionale; pensiamo alla riforma delle professioni, alla nascita di nuovi servizi fino ai grandi cambiamenti demografici. Sono stata chiamata dal ministero in molte commissioni a Roma: da quella per l'introduzione del personale di supporto a quella per le infezioni ospedaliere e l'ospedale senza dolore. Poi sono stata coinvolta nell'avvio del sistema ECM per i crediti formativi e, nel 1989, ho contribuito ad avviare il corso per dirigenti dell'assistenza infermieristica all'Università di Padova. Nel 1994, mentre mi trovavo a Roma per collaborare con l'Istituto Superiore di Sanità, sono stata inviata dal Ministero degli Esteri come rappresentante italiana al gruppo di lavoro per

lo sviluppo del Servizio sanitario palestinese al Cairo voluto da Arafat.

Non vorrei poi dimenticare i miei anni da consigliere nel direttivo IPASVI di Trento con il presidente Pierachille Dalledonne e poi Liliana Maffei. Quante serate finite in nottate! Un'esperienza indimenticabile che consiglio a tutti. Per finire mi sono laureata nel primo biennio di laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche a Verona e ho cambiato ancora lavoro. Sono andata a Milano per coordinare il corso di laurea in Infermieristica del San Raffaele di Milano. Sono rimasta dieci anni, dal gennaio 2006 al dicembre 2015 e poi la pensione.

Se considero gli anni del corso di infermiera, la mia esperienza lavorativa compie 50 anni e non riesco a smettere. Questo è il mio augurio a tutti voi: fare un lavoro che non volete abbandonare. E lasciatemi dire un grazie a colleghe e colleghi che hanno lavorato con me.

”

## PERSONAGGI

# Alice nel paese di Albione

L'esperienza della giovane infermiera a Bournemouth e a Londra, tra stimoli lavorativi e nostalgia di casa

“**M**i chiamo Alice Benedetti e sono nata a Trento nel 1987. Nel marzo del 2011 mi sono laureata in Infermieristica nella sede dell'Università di Trento e mi sono iscritta al Concorso per infermieri. In quel periodo c'erano molti concorsi e non era difficile ottenere un posto a tempo indeterminato. Così, poco dopo aver passato la selezione, sono stata contattata sia dall'ospedale di Rovereto sia dal Santa Chiara di Trento per un'offerta di contratto.

A quel punto è successa una cosa che, con il senno di poi, oggi mi sembra incredibile: ho rinunciato ad entrambe le possibilità e mi sono trasferita in Inghilterra. Devo ammettere che nel 2011, quando sono partita, in Trentino non c'era ombra di crisi nel nostro settore; ci si laureava, si trovava lavoro e si era occupati fino alla pensione.

Nell'ingenuità dei miei 23 anni mai avrei pensato che la situazione potesse peggiorare fino al punto di bloccare le assunzioni per diverso tempo. Se allora avessi avuto la consapevolezza di adesso, chissà se sarei mai partita o se magari avrei optato per un posto di lavoro vicino a casa.

Comunque sia, una mia amica (non infermiera) si era trasferita in Inghilterra un paio di anni prima, nella cittadina di Bournemouth, sulla costa sud ovest, e continuava a ripetermi quanto fosse bella la sua nuova sistemazione. Non avendo un gran patrimonio in tasca ho evitato di considerare Londra come meta, in quanto super costosa, e mi sono trasferita a Bournemouth.



Appena arrivata ho cominciato subito a spedire i moduli per la conversione della laurea. Nel 2011 era un modulo di diverse pagine ma relativamente facile, mentre adesso è un po' più complicato e, soprattutto, viene richiesto un buon livello di inglese certificato IELTS. Per la conversione di laurea con successiva iscrizione all'albo (NMC - *Nursing and Midwifery Council*) ci sono voluti circa sei mesi, durante i quali ho lavorato come ausiliaria in diverse case di riposo, che nel Regno Unito si chiamano *Residential Homes* o *Nursing Homes*.

Una volta ricevuta la licenza, ho cominciato a

lavorare come infermiera, prima in casa di riposo, poi all'ospedale di Bournemouth in Medicina respiratoria acuta.

Nel 2014 mi sono trasferita a Londra dove all'inizio lavoravo come infermiera di cure domiciliari a Camden, per poi iniziare il lavoro all'University College London Hospital, come *Staff Nurse* nel reparto "*Head and Neck*" (in Italia sarebbe il connubio di Otorinolaringoiatra e Maxillo Facciale).

È un reparto molto intenso, dove vediamo molti casi veramente complicati, come ad esempio rimozioni di tumori nella testa/collo, con ricostruzione facciale tramite innesti ricavati solitamente dalla fibula/radiale con inserimento di tracheostomia per garantire il mantenimento delle vie aeree.

Da quando ho iniziato la mia carriera infermieristica in Inghilterra ho cambiato lavoro molte volte e forse questa è la cosa che più mi piace. I contratti sono sempre a tempo indeterminato, è molto raro vederne di altri tipi, senza contare che le specializzazioni in campo infermieristico



sono tantissime: cura delle ferite, infermieri di ricerca, infermieri specializzati in diabete.

I lavoratori nel sistema sanitario nazionale, o NHS - National Health System, vengono classificati in fasce, o *bands*, dalla 1 fino alla 9. Nelle prime fasce, dalla 1 alla 4, ci sono gli ausiliari e Oss, più o meno qualificati. La fascia 5 sono gli infermieri di reparto come me. In base alla specializzazione aumenta il salario. Ad esempio, nella fascia 6 ci sono i coordinatori del reparto nell'arco del turno, la fascia 7 sono solitamente infermieri capo reparto o specializzati.

Ho incontrato colleghi infermieri poi diventati infermieri di ricerca, o *Band 6*, altri che si sono laureati molto tardi ed hanno cambiato completamente carriera. Specialmente a Londra, le persone sono in continuo divenire e da un lato è bello avere tutte queste opportunità. D'altro canto però Londra può favorire la solitudine, perché le persone vanno e vengono, il ricambio di personale è molto alto: solo questo mese quattro mie colleghe stanno lasciando il reparto. I turni sono molto lunghi, 12 ore e mezza - dalle 7.45 alle 20.15 -, stessa cosa per il turno di notte, dalle 19.45 alle 8.15. Le ore settimanali sono 37,5, con sette settimane di ferie l'anno. A livello puramente lavorativo, l'Italia non mi manca. Ovvio, sento nostalgia della famiglia e degli amici, soprattutto a Natale, quando essere così lontani è particolarmente faticoso.



# News

## Gli incontri culturali proseguono nel 2017

Proseguono anche nel 2017 gli incontri culturali promossi dal Collegio. Gli obiettivi delle iniziative sono di rafforzare la cultura della responsabilità nell'esercizio professionale, assicurandosi che sia sempre ispirato a valori etici e deontologici, e di mettere in evidenza il contributo reale e potenziale dell'infermiere nell'aiuto alla persona per contribuire al miglioramento degli outcome di cura e assistenziali. Inoltre, gli incontri sono l'occasione per sollecitare una postura dubitativa, curiosa e "imprenditoriale", stimolando interrogativi che possano trasferirsi anche fuori dall'aula, al rientro nei propri contesti di lavoro.

Ecco il calendario dei prossimi eventi:

Mercoledì 18 gennaio

**Assistenza infermieristica al paziente fragile con disfagia e malnutrizione**

Mercoledì 1 febbraio

**Assistenza infermieristica al paziente in cure palliative**

Mercoledì 15 febbraio

**Wound care: quale competenza infermieristica**

Mercoledì 1 marzo

**Assistenza infermieristica notturna la presa in carico nelle 24 ore**

Gli eventi si terranno all'auditorium del Museo Caproni in via Lidorno 3, Trento con questo orario:

8.30-9.00	Registrazione
9.00-13.00	Parte prima
13.00-14.00	Pausa pranzo
14.00-18.00	Parte seconda

Quota di partecipazione per ciascun evento: 30 €

I programmi di ogni singolo evento sono disponibili sul sito [www.ipasvi.tn.it](http://www.ipasvi.tn.it)

Per ulteriori informazioni contattare la segreteria organizzativa via mail [info@ipasvi.tn.it](mailto:info@ipasvi.tn.it) o telefono 0461 239989 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.00 e nei pomeriggi del lunedì e del venerdì dalle 14.30 alle 18.30

Dal 2016 tutti gli eventi promossi dal Collegio e accreditati ECM sono certificati con firma digitale. Il certificato di partecipazione con i crediti ECM acquisiti è scaricabile direttamente dall'interessato attraverso il sito [www.ecmtrento.it](http://www.ecmtrento.it)

## Il Collegio IPASVI di Trento su Facebook

Dopo una fase di test preliminari il 25 ottobre del 2015 è nata la pagina ufficiale Facebook del Collegio Provinciale IPASVI di Trento. La decisione di essere presenti su un social network deriva dalla volontà del Collegio di stabilire un contatto diretto e, se vogliamo, informale, con i propri iscritti. È stato pensato che avrebbe fatto piacere riuscire a contattare il Collegio ed essere informati sulle novità anche fuori dai canali "standard", sebbene sia sempre presente un parallelismo tra la pagina ufficiale





ziale, il sito, e gli altri mezzi comunicativi del Collegio Provinciale.

Da sempre la professione ha avuto la capacità di evolversi e di aprirsi alle novità: questo prevede anche un'evoluzione verso le nuove tecnologie. Come infermieri, si sa quanto sia importante entrare in empatia con gli altri, anche attraverso “il tocco”, gesto che quotidianamente gli infermieri attuano.

La attività “social” è quindi ispirata a questa vicinanza, alla volontà di “comprendere l'altro”. L'86% di chi ha una connessione internet è iscritto a Facebook; dal 2011 ad oggi più del 70% degli iscritti si connette ogni giorno. La mission quindi è quella di mostrare e dimostrare vicinanza, di usare questo strumento per informare gli iscritti anche attraverso il *customer engagement*, ovvero la capacità di trasmettere le informazioni tra gli “amici” attraverso il coinvolgimento degli utenti.

Dalla data di apertura ad oggi la rete di iscritti e le utenze siano aumentate quasi esponenzialmente: nel momento in cui questo notiziario viene stampato la pagina è seguita da 250 persone, ma l'obiettivo è quello di espanderci ancora.

Ovviamente il Collegio punta a un utilizzo professionale del mezzo, facendosi guidare dal codice deontologico nella consapevolezza che il mondo dei nuovi media presenta insidie alle quali molte persone non sono preparate.

## La tavola rotonda: telecardiologia tra presente e “futurismo”

Sabato 19 novembre nella sala conferenze del Mart di Rovereto si è svolta la tavola rotonda “Telecardiologia: tra presente e 'futurismo'” organizzata dall'Associazione per la lotta alle malattie cardiomascolari e aiuto alimentare (ALMAC), in collaborazione con la Provincia, l'Apss, l'Ordine dei Medici, l'Associazione italiana di Aritmologia e Cardioritmo (AIAC) e il Rotary Club Rovereto Vallagarina. Lo scopo della mattinata è stato quello di age-



volare il confronto tra le diverse figure coinvolte nella telemedicina in ambito cardiologico, nella consapevolezza che essa abbia enormi potenzialità ma che pretenda anche grandi cambiamenti.

La presidente del Collegio IPASVI di Trento, Luisa Zappini, è intervenuta alla tavola rotonda, incentrando il suo intervento sui ruoli e le funzioni dei professionisti. “Ci ritroviamo ad affrontare una 'rivoluzione sociale' per la quale è necessario un approccio interdisciplinare basato sull'uso della tecnologia”. “In quest'ottica – ha proseguito Zappini – servono capacità che gli infermieri hanno per gestire e garantire la presa in carico in un continuum dall'ospedale al domicilio”.

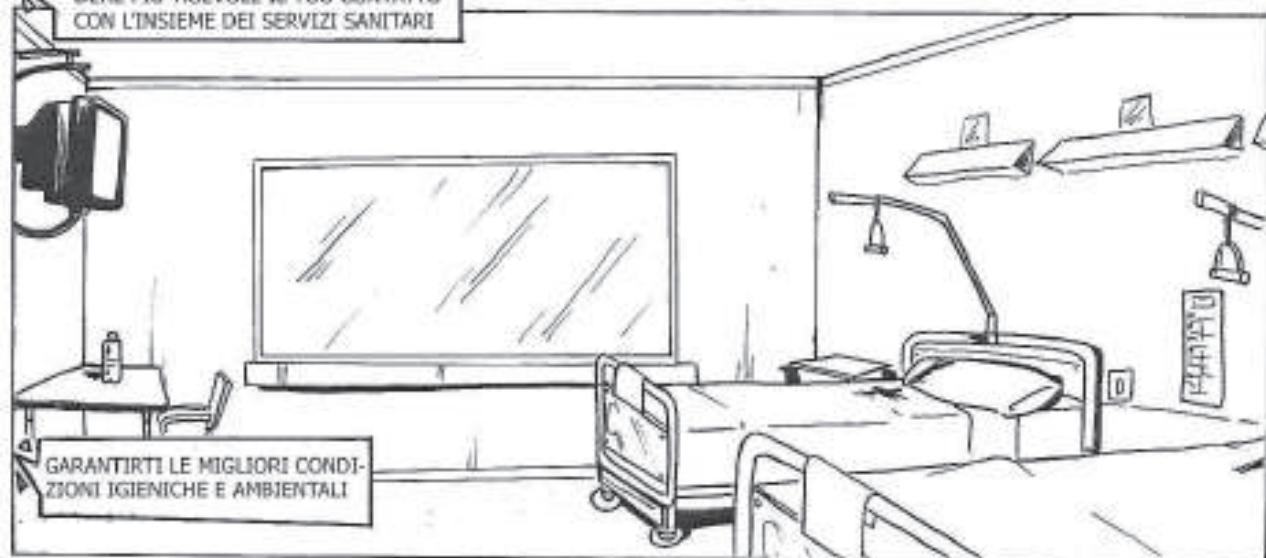
## Competenze specialistiche, un anno di lavoro

Da un anno è iniziato il lavoro sul tema delle competenze specialistiche infermieristiche. Il confronto si è svolto in tre sub-gruppi di lavoro. Tra luglio 2015 e luglio 2016 sono stati organizzati diversi tavoli con gli infermieri dirigenti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e sono proseguiti quelli con i coordinatori infermieristici dell'assistenza, oltre agli appuntamenti culturali aperti a tutti gli infermieri.

In ognuno di questi filoni l'obiettivo è lo stesso: ragionare sulla proposta di sviluppo professionale della Federazione nazionale, fornendo anche proposte pratiche per l'attuazione locale e puntando al riconoscimento di ciò che già gli infermieri fanno.

# Il patto infermiere-cittadino





*A tutti i lettori i migliori auguri di  
Buon Natale e felice 2017*

