

# *m* infermiere oggi



2004, nasce il Sistema di protezione  
professionale Ipasvi,  
una data storica per assicurare  
la responsabilità del tuo lavoro quotidiano.

Noi infermieri  
garantiamo  
la nostra  
professionalità.  
**Anzi,  
l'assicuriamo.**

Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma

**Direzione - Redazione - Amministrazione**

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA  
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

**DIRETTORE RESPONSABILE**

**Gennaro Rocco**

**SEGRETERIA DI REDAZIONE**

**Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,  
Matilde Napolano, Carlo Turci**

**COMITATO DI REDAZIONE**

Bertilla Cipolloni, Rodolfo Cotichini, Maurizio Fiorda, Maria Grazia Montalbano, Maria Vittoria Pepe, Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Ausilia M.L. Pulimeno, Emanuela Tiozzo, Marco Tosini.

Rivista trimestrale ottobre/dicembre 2003  
Spediz. in abbon. postale - 45% - Art. 2, comma 20/b,  
legge n. 66211996 - Filiale di Roma.  
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 90  
del 09/02/1990

**FOTO: MARIO ESPOSITO**

STAMPA: GEMMAGRAF EDITORE  
00193 Roma - Lungotevere Prati, 16  
Tel. 06 687.98.67 - Fax 06 687.52.70  
e-mail: gemmagraf@uni.net



ASSOCIATO  
ALL'UNIONE  
STAMPA  
PERIODICA  
ITALIANA

Finito di stampare: Marzo 2004

Tiratura: 23.000 copie

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Via Principe Eugenio, 90-00185 Roma.

## Rubriche

**1** EDITORIALE

Università a tutto tondo  
di Gennaro Rocco

**3** Il primo contatto

con l'adolescente nel consultorio  
di Annamaria Gabrielli

**9** Analisi transazionale:

uno strumento  
per comprendere le relazioni  
di Girolamo De Andreis e Veronica Errera

**12** La "morte" improvvisa

ed inattesa in un Pronto  
Soccorso pediatrico: dinamiche  
assistenziali e aspetti relazionali  
di Claudia Barberini e Roberta Somma

**17** SARS la peste

del III millennio  
di Lorena Martini

**21** Il tuo Collegio: aggiornamento,

formazione, ECM

**33** Un sostegno nuovo per

l'allattamento materno:  
La consulente professionale  
di Immacolata Dall'Oglio

**40** Il Leader e l'importanza della

Leadership nella professione  
infermieristica  
di Milena Bassoli

**43** La Bioetica e l'infermieristica

di Mariagrazia Ramunno

**47** Linea diretta con il Presidente

**50** Collegio Ipasvi di Roma

finalmente la nuova sede

**53** L'angolo dei media

**54** Compromissione della mobilità

nella persona affetta  
da patologia meniscale

**58** 70° Anniversario di Fondazione

della Scuola Universitaria  
per infermieri  
"Suore della Misericordia"

**61** Il libro "Peppino Rosselli.

L'infermiere un uomo  
al servizio della vita,  
riflessioni su una scelta"...

**63** Viaggio di studio in Canada:

"Confronto tra la cultura  
infermieristica italiana  
e sua attuale evoluzione  
e la visione del Nursing moderno  
degli infermieri canadesi"

---

# Università a tutto tondo

---

di Gennaro Rocco

**I**l seme e il frutto. Una vecchia storia che si ripete e che regala agli infermieri una stella in più sul vessillo ideale della professione. **La laurea specialistica in Scienze Infermieristiche è finalmente realtà.** Arriva certo ad anno accademico abbondantemente iniziato, dopo ritardi e incomprensibili rinvii. Un frutto fin troppo maturo che comunque gli infermieri accolgono ben volentieri nel fardello delle conquiste legislative che hanno segnato la loro evoluzione professionale negli ultimi anni.

Da ultimo, anche le Università hanno comunicato di aver compiuto gli adempimenti necessari per l'attivazione della laurea specialistica. Un frutto colto dopo una semina ripetuta e testarda, alimentata dall'impegno degli infermieri attraverso l'azione tenace esercitata dai Collegi e dalla Federazione IPASVI.

Possiamo dunque archiviare una battaglia che ci ha visto in prima linea per molti anni. Abbiamo reclamato a lungo il riconoscimento di una formazione universitaria completa, moderna e flessibile, la più consona a una professione attuale e senza confini come quella infermieristica. Chiudiamo oggi il cerchio con la laurea specialistica e con possibilità per tutti gli infermieri, senza discriminazioni, di accedere anche a questi ulteriori corsi universitari. E' insomma il taglio di un altro importante traguardo, il completamento dell'assetto strutturale formativo della professione.

Un'opportunità che va vista nella sua

giusta dimensione. Non si tratta di un gradino in più da salire in un percorso formativo già di per sé impegnativo e neanche di un obiettivo essenziale ed indispensabile che ogni infermiere deve perseguire: la laurea specialistica rappresenta "semplicemente", una possibilità in più nel campo dell'approfondimento disciplinare. Costituisce il viatico ideale per intraprendere una carriera orientata soprattutto all'approfondimento clinico ed assistenziale, all'organizzazione, alla dirigenza, alla ricerca. *"L'Infermiere laureato specialista è un professionista sanitario che, esercitando **competenze avanzate**, è in grado di ricercare, progettare, negoziare, realizzare e valutare in termini multiprofessionali, soluzioni a problemi non risolti in situazioni complesse che una realtà operativa presenta, con l'intento di soddisfare al meglio possibile i bisogni di salute della popolazione"*\*

La definizione adottata dal gruppo di lavoro che per la Federazione IPASVI ha redatto le "Linee guida per un progetto di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche", chiarisce in poche parole il significato ed il senso che ha per noi questo ulteriore percorso formativo. Non si tratta, in altre parole, di un corso sostitutivo sic et simpliciter delle tradizionali Scuole dirette a fini speciali per dirigenti dell'assistenza infermieristica, ma di altra cosa.

Il panorama formativo dell'infermiere è insomma con la "specialistica", più

completo ed è perfettamente uguale a quello che vanta qualsiasi altro professionista intellettuale.

Si sviluppa ancora quindi la nostra professione, qualificandosi sempre più. Competenza, autonomia e responsabilità crescenti ne ridisegnano i tratti, ne aumentano il livello ma anche il peso che grava su ognuno di noi. E a tutto ciò, al di là dei pur essenziali riconoscimenti formali, non corrisponde ancora un adeguato riconoscimento contrattuale anche dal punto di vista economico. Professionisti oggi con le retribuzioni di ieri. Né può bastare l'esiguo aumento strappato dall'ultimo contratto nazionale di categoria o la proroga a tutto

il 2004 per le strutture del Servizio Sanitario Nazionale della possibilità di utilizzare personale infermieristico in regime libero-professionale.

E' ora che la società, in tutte le sue articolazioni istituzionali, riconosca i tanti sacrifici che pesano sulle spalle degli infermieri, ne registri i progressi e traduca in retribuzioni adeguate una crescita professionale così marcata.

Un investimento che la collettività deve a se stessa.

*\*Da "Linee guida per un progetto di laurea specialistica in scienze infermieristiche" Ed. IPASVI 2002*

**ULTIM'ORA**

## **Infermiere? Solo se iscritto**

**Due note dei Ministeri della Salute e di Grazia e Giustizia, riconfermano l'obbligo di iscrizione all'Albo.**

**Per esercitare a qualsiasi titolo una professione sanitaria è necessario essere iscritti all'Ordine o al Collegio professionale di competenza. E ciò nel prevalente interesse pubblico della tutela della salute.**

Nella querelle insorta sull'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale per i dipendenti della pubblica amministrazione, intervengono i Ministeri della Salute e della Giustizia. Nel trasmettere al Consiglio di Stato le rispettive relazioni per ottenerne il parere, i due dicasteri riaffermano l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Ordine e ai Collegi per tutte le professioni della sanità, esercitate nel ruolo di pubblico dipendente e di libero professionista.

Scrivono il Direttore Generale del Dipartimento Qualità del Ministero della Salute – Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie- all'Ufficio Legislativo del Ministero di Grazia e Giustizia nella nota del 30 Gennaio 2004: ***"Questa Direzione generale condivide le valutazioni espresse nella nota allegata all'atto cui si risponde, in quanto l'iscrizione all'albo professionale determina la soggezione dell'iscritto alla potestà speciale di supremazia dell'Ordine a cui appartiene, con conseguente dovere di osservare le norme deontologiche stabilite nell'interesse generale, a tutela della dignità e del decoro della professione. Infatti, a tale complesso di obblighi il professionista non può sottrarsi solo perché è un pubblico dipendente, né la sua sottoposizione alla potestà disciplinare della pubblica amministrazione lo esenta da quelle dell'Ordine professionale"***.

Aggiunge la relazione trasmessa al Guardasigilli a firma del Ministro della Salute: ***"L'iscrizione all'albo rappresenta non solo un requisito essenziale per la partecipazione al concorso, ma è altresì requisito indispensabile per poter continuare a svolgere l'attività sanitaria nell'ambito del rapporto di servizio. L'albo professionale va inteso quale strumento attraverso il quale il professionista consegue quello speciale status giuridico che lo legittima all'esercizio dell'attività professionale"***.

# Il primo contatto con l'adolescente nel consultorio

di Annamaria Gabrielli

**S**ono un'infermiera e lavoro in un consultorio familiare raccontare compiutamente un'esperienza professionale non è sempre semplice in quanto al suo interno concorrono meccanismi diversi, vissuti personali, dinamiche di gruppo, professionalità e competenze distinte. Oltretutto credo sia doveroso sottolineare la brevità della mia esperienza personale, in quanto mi occupo operativamente di questi aspetti solo da due anni, pur interessandomi da tempo di problemi dell'adolescenza, dell'educazione all'affettività e alla sessualità; temi sui quali ho recentemente svolto la mia tesi di laurea.

Inoltre, anche se questo aspetto non può essere generalizzato, va sottolineato come talvolta ci sia una carenza di strumenti professionali adeguati, di documentazione, e di casistica; così come manca un aggiornamento costante e una strategia di intervento ben delineata; infine non sempre c'è la necessaria sintonia dell'équipe, quella che si fonda sulla continuità dell'esperienza e sulla crescita complessiva del gruppo che la stessa esperienza lavorativa comporta.

A questi aspetti vanno aggiunti due elementi:

*Il primo riguarda la struttura sanitaria.* Il processo in corso di trasformazione delle ASL in vere e proprie aziende, l'esigenza di razionalizzare i servizi offerti e la quotidiana necessità di far quadrare i conti, sembrano poter affievolire uno dei

cardini della struttura sanitaria, ovvero quello della *prevenzione*. E che si stia facendo fragile l'equilibrio tra finalità sociali della tutela della salute e gestione efficiente della stessa.

Insomma che vengano trascurati quei servizi di tipo sociale che si configurano come un puro costo e quindi, ad esempio, che quel complesso lavoro che la "relazione" con gli adolescenti comporta, possa essere ritenuto secondario o accessorio. Nonostante che l'esperienza c'insegna che *la mancata prevenzione, in qualsiasi settore, prima o poi*



*restituisce al tessuto sociale, lo stesso problema ingigantito sia in termini di complessità sia di costi.*

Il secondo riguarda invece l'importante contributo al mio lavoro di operatrice sanitaria, e alla mia esperienza nell'ambito delle problematiche adolescenziali, che mi è stato fornito dal corso sul disagio giovanile che frequento ormai da circa due anni e che mi ha offerto molti strumenti ed elementi di conoscenza che non facevano parte del mio bagaglio culturale e della mia formazione.

Un corso che ha consentito a noi tutti, operatori e operatrici sanitarie (infermiere, infermiere pediatriche e assistenti sanitarie), di inserirci a pieno titolo all'interno di un lavoro di équipe interdisciplinare dandoci la possibilità di esprimere al meglio la nostra professionalità e la nostra competenza specifica, arricchita da tutti quegli elementi acquisiti durante questo periodo di formazione.

Dopo quest'esperienza guardo gli adolescenti, che si presentano al consultorio dove lavoro o quelli che raggiungiamo nelle scuole, con più attenzione e curiosità e con più adeguati strumenti conoscitivi che mi permettono di avere maggiormente presente la complessità dei problemi che spesso sottendono una domanda, apparentemente banale, o una richiesta d'aiuto.

Tra questi vorrei descriverne alcuni; quelli che mi vengono posti, anche se spesso in forma non esplicita, dagli adolescenti con i quali vengo in contatto e che, nello stesso tempo, pongono a me stessa forti interrogativi sulla capacità di risposta e di aiuto che come operatrice sanitaria sono in grado di offrire.

Il primo problema è quello che io chiamo del "**corpo scomodo**".

Una volta le società arcaiche iniziavano gli adolescenti alla vita sociale marchiando il loro corpo in quanto esso era designato a portare il "segno" del gruppo, la traccia del passaggio che *consegnava* l'individuo alla società. Un uomo iniziato è, infatti, un uomo "*assegnato*" alla vita di un gruppo. E il suo clan gli *insegnava* attraverso quel rito la

sua appartenenza sociale che quei segni e quelle cicatrici non consentivano più di dimenticare.

Oggi, che viviamo in una società che tende sempre di più ad omologare gli stili di vita e a renderci uniformi, assistiamo al fatto che molti ragazzi marchiano il loro corpo per esprimere un segno di distinzione, per creare un ostacolo alla perdita della propria individualità. Tatuaggi e piercing sono diventati un segno di riconoscimento, un'affermazione del proprio io, quasi uno strumento quotidiano della propria memoria si sé.

Speculare all'uso del corpo come segno di riconoscimento c'è spesso il rifiuto a riconoscersi in esso perché non corrisponde alla nostra identità o ai modelli che ci vengono posti. Da qui le molteplici attività o tecniche per modellare il corpo come le diete, le palestre, il lifting fino ad arrivare a quel limite, l'anorexia, dove la vita gioca con la morte e dove la ricerca di sé, l'incapacità di riuscire ad accettarsi, la difficoltà di vivere non hanno trovato altro che il proprio corpo su cui accanirsi.

Il secondo aspetto è quello della "**educazione emotiva**"

L'interrogativo di fondo, che spesso scaturisce dall'incontro con i ragazzi, e che ci riguarda come genitori e come operatori sanitari, è se *esiste*, nella nostra vita quotidiana, un'educazione emotiva dei nostri adolescenti che consenta loro di saper mettere in contatto, e quindi di conoscere, i loro sentimenti, le loro passioni, la qualità della loro sessualità e i moti della loro aggressività.

Oppure se il mondo emotivo che vive dentro di loro, lo fa a loro insaputa, come un ospite sconosciuto a cui non sanno dare neppure un nome, perché spesso in famiglia vivono sempre più in solitudine, con la televisione come compagna. Oppure a scuola dove ascoltano parole che fanno riferimento ad una cultura che è ormai distante mille miglia da ciò ogni giorno la televisione offre loro come base di relazione emozionale, come modello di comportamenti, come sistema di valori.

Questo ultimo elemento introduce un terzo argomento, quello dei **“modelli di vita e di comportamento”**.

Se la scuola non è sempre all'altezza dell'educazione emotiva, che prevede, oltre a una maturazione intellettuale anche una maturazione psicologica, una qualche opportunità potrebbe offrirla la società, *se i suoi valori* non fossero solo difesa dei propri interessi, business, successo, immagine denaro (compreso quello facile dei mille quiz), ed ultimamente anche un po' di sana "guerra preventiva"; - *ma anche* qualche briciolo di solidarietà, relazione, comunicazione, aiuto reciproco, che possano temperare il carattere asociale che rischia di caratterizzare sempre di più il mondo giovanile.

D'altronde, se i modelli di riferimento sono quelli che vengono offerti agli adolescenti dal mondo dei media o della pubblicità, c'è sicuramente molto da lavorare. I modelli proposti da trasmissioni quali i tanti "saranno famosi", i concorsi per letterine o veline, o il "grande fratello", producono stili di vita e aspettative che prima o poi si infrangono contro la quotidianità e la realtà della vita.

Provocando quel disagio che si insinua ormai in molti giovani e la cui causa principale è la paura di non farcela, in una società che chiede di vivere solo per ap-

parire piuttosto che per essere.

Una sofferenza che solitamente non viene capita né supportata e di cui poi si è costretti a raccogliere i cocci. L'adulto si sveglia la mattina e, se magari è depresso si prepara a fare i conti con il suo disagio. Il ragazzo tollera solo per un attimo la sua sofferenza perché la sua mente non è ancora pronta ed organizzata a tollerare il dolore; e quindi reagisce *agendo*: fuma, si droga, si sfida e sfida la vita spingendo l'acceleratore del motorino o della macchina; digiuna o mangia fino a mortificare il proprio corpo.

Un altro aspetto è quello dei **“nuovi linguaggi”**; ovvero di quell'altro mondo, che ha sempre come temi l'amicizia e l'amore ma che si sviluppa tramite le chat, che sta dietro l'uso di internet e sul quale dobbiamo saperci attrezzare in quanto esso prefigura scenari e comportamenti che rischiano di esserci estranei e sconosciuti. Io, per esempio, ritengo che sia necessario un approfondimento e una formazione in questo ambito; che contrasti anche quella pericolosa superficialità culturale per cui su una rivista ad ampia diffusione si può leggere che:

“le chat sono diventate per ragazzi ed adulti delle occasioni di aggregazione in cui sembra più semplice superare l'imba-



razzo dell'incontro".

"lo pseudonimo offre una sicurezza: se qualcosa va male, si può spegnere il computer e ritrovarsi al riparo tra le pareti di casa".

**"Ci si può costruire una personalità del tutto diversa da quella reale, e questo permette di nascondere inquietezze e paure, specie in età adolescenziale".**

Nel web nascono quindi e si utilizzano nuovi linguaggi, differenti modi di comunicare, nuove esperienze, terminologie come il "cybersex", insidie ecc. che dobbiamo conoscere per mantenere la nostra capacità di poter costantemente avere, nei confronti di un ragazzo quegli strumenti per poterlo ascoltare, capire e per poter dialogare con lui.

Altrimenti non dobbiamo neanche stupirci *quando compare il «gesto»*, soprattutto quello violento, che prende il posto di tutte le parole che questi ra-

gazzi non hanno scambiato né con gli altri per istintiva diffidenza, né con se stessi per afasia emotiva. E allora si corre alla ricerca di un movente; e il movente in effetti spesso non c'è, o se c'è è insufficiente, comunque sproporzionato alla tragedia, persino ignoto agli stessi autori.

L'ultimo punto, riguarda **la sessualità**.

- ancora oggi la richiesta di informazioni alla famiglia su questo terreno, invocata dalla stragrande maggioranza dei ragazzi, quale referente fondamentale e insostituibile in un ambito così delicato e complesso, non viene quasi mai soddisfatta. Elemento questo che tra l'altro valorizza il nostro ruolo di operatori;

- l'età media del primo rapporto sessuale si è leggermente innalzata, il che significa - ancora una volta - che ci sarebbe maggiore spazio per il nostro intervento e la possibilità di essere presenti al mo-

mento giusto tanto più che se, per molti di questi ragazzi è il "legame affettivo" la componente che li ha spinti verso il primo rapporto completo, per altri, numerosi anch'essi, è l'occasionalità a determinarlo: in assenza, quindi, di qualsiasi precauzione di natura preventiva o contraccettiva, con tutto ciò che questo comporta sul fronte delle malattie sessualmente trasmissibili;

- in tema di mancanza di cautela va sottolineato infine che sono le ragazze, in maggioranza, ad essere "incaute" la prima volta; la scelta della pillola come metodo contraccettivo riguarda solo una percentuale irrisoria di esse, mentre il profilattico viene utilizzato mediamente soltanto da un adolescente su cinque.



Ho affrontato questi temi perché sono alcuni dei cardini attorno ai quali si svolge il nostro lavoro di operatori sanitari e perché *quando un adolescente arriva da noi io penso sempre che lui ci chieda, magari inconsciamente, di avere presente il quadro complessivo delle "criticità" che stanno dietro al suo disagio, ai suoi bisogni, alle sue domande, alle sue fragilità.*

Dunque, se questi sono alcuni dei problemi che agitano il mondo giovanile, il primo contatto con gli adolescenti, è di estrema importanza se non fondamentale: *sia* quando gli adolescenti vengano spontaneamente ai servizi dei Dipartimenti Materno-infantili o all'Area Consultoriale della ASL, per sottoporre un problema, - *sia* quando ci rechiamo nelle scuole, su richiesta della dirigenza scolastica, per effettuare corsi di educazione sessuale.

Quel primo impatto può segnare l'evolversi di una storia. Il ragazzo infatti si accorge subito "da che parte stai", se hai intenzione di aiutarlo e capirlo o vuoi solo propinargli una predica o trattarlo come una qualsiasi pratica.

L'adolescente che prende contatto con noi lo fa per avere delle informazioni o perché ha bisogno di esprimere paure altrove inconfessabili; perché è alla ricerca di una figura di un adulto significativo che possa aiutarlo e sostenerlo e che sia in grado di prendersi cura di lui così come ha ascoltato in una bella canzone di Battiato che dice: "perché sei un essere speciale ed io avrò cura di te".

La modalità per instaurare da subito una buona relazione e avere cura dell'adolescente passa dunque attraverso un ascolto attivo, che:

- deve essere duraturo e non episodico
- deve saper percepire i bisogni e le esigenze confuse
- saper passare dalla ricezione delle domande *al dialogo*
- deve avere la capacità di entrare *in sintonia empatica* con l'adolescente nella sua *globalità*
- deve tendere alla *qualità della relazione*

- deve aiutare a trovare soluzioni e *non proporre*.

L'operatore sanitario, quindi:

- deve saper essere contemporaneamente *prescrittivo ma non intrusivo*
- autorevole *ma non autoritario*
- non deve "tornare ragazzo" ma essere *compiutamente adulto*
- deve ricordare che ogni individuo *ha un proprio patrimonio di conoscenze* con le quali confronta ogni nuova informazione
- deve sempre valutare, anche se empiricamente, la ricezione del messaggio
- capace di accettare l'allontanamento facendosi però percepire sempre *pronto ad accogliere* e disponibile per il ritorno.

Il momento dell'accoglienza, in particolare, e le modalità con cui esprimerla è una vera e propria scelta da parte degli operatori sanitari. Significa avere come interlocutore un adolescente che, autonomamente, ha elaborato la consapevolezza di essere portatore di un quesito da porre o un disagio da esprimere o di un dubbio da risolvere e quindi vuol dire *far sentire a quell'adolescente quel luogo come uno spazio nel quale si può stare*, dove non ci sono trappole, dove non ci sono quei modi di comunicare che consentono agli adulti di intervenire per capire e sapere cose che l'adolescente voleva fossero solo sue.

Accogliere è quindi consentire a quel ragazzo o ragazza di vedere riconosciuti i suoi bisogni, rispettati i suoi tempi, e restituita la sua autonomia e i suoi tempi di crescita. L'adolescente sceglie sempre una modalità di comunicazione parcellizzata. Ha paura che l'adulto lo rimetta in una condizione di dipendenza e si avvicina con cautela alla struttura; fa una serie di test per vedere se si può fidare; non dice mai quello che pensa veramente finché non sente che l'interlocutore è veramente affidabile e *si prende cura di lui*.

Subito dopo comincia un lavoro di *va e vieni*, raccoglie delle informazioni che gli si strutturano dentro e se ne va. Si



Ogni operatore deve avere strumenti per costruire quell'itinerario che è costituito dal ricevere una comunicazione, rinforzarla o stemperarla nell'emozione, per restituirla quindi all'adolescente affinché questo possa sentirla sua, possa e sappia utilizzarla compiutamente da sé.

#### **Nota**

Questa relazione si richiama ad alcune riflessioni che, sul tema del disagio adolescenziale, hanno espresso Vittorino Andreoli, Umberto Galimberti, Renata De Benedetti Gaddini, Gustavo Pietropolli Charmet, Paolo Crepet, Giovanni Dell'Uomo ed altri i cui testi sono stati per me motivo di studio per la realizzazione della mia tesi di laurea.

La citazione sulle chat è ripresa da "Cose di casa".

rintana nel suo spazio privato o nel suo gruppo, lo elabora, quando sente che è suo torna per avere un nuovo incontro, un nuovo contatto.

In questo modo gli si offre la capacità di prendere su di sé la decisione dell'ulteriore strada da compiere, rendendolo consapevole del susseguirsi dei passaggi, fornendogli nello stesso tempo la sicurezza di essere inserito in una «rete» che gli consente di avere una risposta ai suoi interrogativi e ai suoi problemi.

Un ultimo elemento riguarda il fatto che una équipe multidisciplinare che si occupa di adolescenti deve essere una équipe attrezzata, ad accogliere.

Ad accogliere *nel suo complesso*; nel rispetto delle capacità, delle professionalità e delle competenze di ciascuno.

Le riflessioni e le preoccupazioni sui processi di aziendalizzazione della struttura sanitaria, hanno preso spunto da una relazione di Nadio Delai su questo tema, pubblicata sul N. 11/2002 della Rivista Italiana di Comunicazione Pubblica.

#### **Autore**

*Gabrielli Annamaria  
Consultorio ASL Roma D*

# Analisi transazionale: uno strumento per comprendere le relazioni

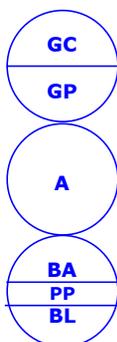
di Girolamo De Andreis e Veronica Errera

**N**ello svolgimento del proprio lavoro gli infermieri sono direttamente chiamati a confrontarsi ogni giorno con una molteplicità di individui che esprimono diversamente desideri, paure e tensioni ma che formulano, più o meno esplicitamente, la stessa richiesta: *essere riconosciuti nel proprio stato di bisogno e di dolore*. L'analisi transazionale, teoria psicologica elaborata intorno agli anni '60 dallo psichiatra Eric Berne, può essere un utile strumento per comprendere con efficacia l'andamento dinamico dei pensieri e dei sentimenti dei pazienti e, quindi, per fornire loro una risposta adeguata in termini di assistenza e di cura.

Nell'incontro tra due persone viene generata un'energia che può essere rivolta verso l'ottenimento di un obiettivo positivo, che in questo caso consiste nella guarigione e nel conforto, oppure verso la generazione di atteggiamenti che producono rabbia e frustrazione in chi eroga il servizio, personale infermieristico, e in chi questo servizio lo richiede. L'analisi delle dinamiche intrapsichiche e relazionali che si attivano nel momento dell'ingresso in una struttura ospedaliera consentirebbe da un lato di gestire opportunamente l'intervento sanitario e, dall'altro, di offrire un efficace servizio alla persona. Nel corso delle

sue indagini, Berne ha compreso che i comportamenti umani sono molteplici ma che possono essere ricondotti a dei "copioni" che l'Analisi Transazionale chiama "Stati dell'Io" definibili come "un sistema di sentimenti, accompagnati da un relativo insieme di tipi di comportamento". Ciascuno stato rimanda in qualche modo a diversi ruoli che uno stesso individuo può "giocare" in momenti differenti senza contraddirli o escluderli. Ogni individuo adotta alternativamente i comportamenti tipici di ciascuno stato dell'Io in base alle situazioni e alle esperienze che vive, ma alcune persone possono essere "dominate" solo da uno stato dell'Io. Nelle sue indagini Berne ha individuato lo stato **genitore (G)**, lo stato **adulto (A)** e lo stato **bambino (B)**.

## Diagramma funzionale: le funzioni della personalità



**Io genitore:** gestisce il "mondo normativo" di valori, opinioni e regole; può manifestarsi come **genitore critico** (impone regole, ordini, divieti) o come **genitore protettivo** (comprensione, cura e guida). È il risultato dell'assimilazione di modelli esterni ed è condizionato dalla cultura.

**Io adulto:** vi viene solitamente ricondotta la capacità di pensare, elaborare i dati di realtà e prendere decisioni. "Raccoglie informazioni, stabilisce obiettivi, confronta alternative, prende decisioni, pianifica e controlla la realtà".

**Io bambino:** è il "mondo delle emozioni", dei bisogni e degli atteggiamenti che rimandano all'infanzia. Può manifestarsi come **bambino adattato** (timidezza, dipendenza) **piccolo professore** (funzione più intuitiva, legata alla creatività che porta la persona a trovare soluzioni) o **bambino libero** (non legato ad alcuna legge o costrizione, spontaneità, gioia).

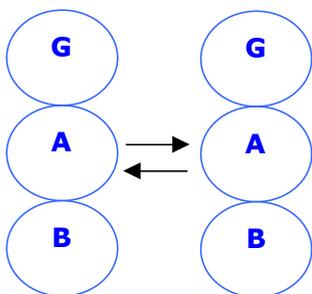
Quando le persone si relazionano, interagiscono secondo dei modelli o "copioni" che hanno acquisito, molto spesso a livello inconscio, nel corso della loro vita e in base ai rapporti avuti con le persone che hanno incontrato. Tali interazioni, chiamate transazioni, sono caratterizzate da uno "scambio tra i rispettivi stati dell'io di due persone. Tale scambio consiste di almeno uno stimolo e una risposta. L'analisi transazionale viene effettuata per identificare quale stato dell'io ha emesso gli stimoli o le risposte".

### Le transazioni

Nel corso della propria vita un individuo è in grado di stabilire molteplici transazioni che impegnano gli stati dell'io in diverse combinazioni.

Le transazioni possono essere:

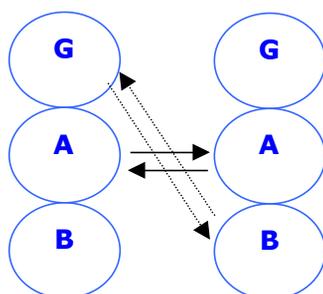
#### a) DIRETTE



**Caposala:** "È opportuno che questa mattina un infermiere esperto affianchi gli infermieri neo-assunti in sala-visite"

**Infermiere:** " Sono d'accordo, credo sia importante per loro essere affiancati almeno nei primi giorni"

**b) AMBIGUE** (procedono a un livello sociale e, contemporaneamente, a uno psicologico coinvolgendo due stati dell'io. Questo genere di transazioni può produrre giochi psicologici che minano la comunicazione e l'intesa tra le persone)

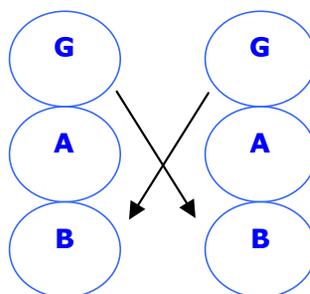


**Infermiere 1:** "Ieri ti sei dimenticato di compilare la cartella infermieristica del paziente Verdi. Ci ho pensato io stamattina prima che se ne accorgesse il caposala"

**Infermiere 2:** "Ti ringrazio, se non mi avessi aiutato sarei stato nei guai "

**Nota:** in questo caso la conversazione sembra vertere sulla soluzione di un problema e sulla collaborazione tra colleghi; in realtà l'infermiere 1 sta adottando nei confronti dell'infermiere 2 un atteggiamento genitoriale di tipo protettivo

**c) INCROCIATE** (determinano, almeno temporaneamente, un blocco nella comunicazione, e danno luogo a possibili risposte inappropriate o inattese generando confusione e paura)



**Caposala:** "Infermiere Rossi, venga subito in sala visite perché è arrivato un paziente critico"

**Infermiere:** "Non vede che c'è un'emergenza anche nell'altra sala? Lo chieda a qualcun altro libero"

Ogni stato dell'io di un singolo individuo è in rapporto con quello della persona che ha accanto. Gli stati dell'io non nascono solo da un bisogno di ordinare i comportamenti, ma dal bisogno di andare oltre quanto viene fornito dalle definizioni

psichiatriche che attribuiscono tali comportamenti a determinate patologie. È possibile ricondurre la sofferenza di un individuo ad una percezione globale di quella stessa persona che si trova in un particolare stato della mente espresso attraverso atteggiamenti e sentimenti. Ogni persona ricorre con facilità alle tre diverse edizioni indicate da Berne negli stati dell'io come se potesse essere contemporaneamente genitore, adulto e bambino. La teoria elaborata da Berne aiuta a comprendere quale stato agisce e a capovolgere la visione della patologia che viene

riconsiderata nel rispetto della persona che vive un dramma o una sofferenza, interpretando la risposta patologica come una risposta mancante, incapace di giungere a una soluzione probabilmente per l'intromissione di sentimenti che disattivano gli stati dell'io.

#### **Autori**

*Girolamo De Andreis*  
*infermiere, Punto di Primo Soccorso*  
*"Tor Vergata" Roma*  
*Veronica Errera*  
*dott.ssa in Scienze dell'Educazione*



## bibliografia

E. Berne, A che gioco giochiamo, 1964, trad. it., Milano, Bompiani, 1979

A. Marriner-Tomey, Management infermieristico. Teoria e pratica, Milano, Sorbona, 1992

F. Montuschi, Vita affettiva e percorsi dell'intelligenza, Brescia, editrice La Scuola, 1983

## La “morte” improvvisa ed inattesa in un Pronto Soccorso pediatrico: dinamiche assistenziali e aspetti relazionali

di *Claudia Barberini e Roberta Somma*

“**T**he Uniform Determination of Death Act” (1980), stabilisce che: se in un individuo è riscontrata un’irreversibile cessazione dell’attività circolatoria e respiratoria oppure un’irreversibile cessazione di tutte le attività cerebrali, incluso il tronco cerebrale, egli deve essere considerato **morto**. **La legge 2 Dicembre 1975, n.644** stabilisce che ai fini della diagnosi di morte è necessario obiettivare la coesistenza dei seguenti segni:

Stato di coma profondo accompagnato da:

1. Stato di coma profondo accompa-

gnato da:

- a) atonia muscolare;
  - b) areflessia tendinea dei muscoli scheletrici innervati dai nervi cranici;
  - c) indifferenza dei riflessi plantari;
  - d) midriasi paralitica con assenza del riflesso corneale e del riflesso pupillare alla luce;
2. assenza di respirazione spontanea, per almeno due minuti dalla cessazione della respirazione artificiale;
  3. assenza d’attività elettrica cerebrale, spontanea o provocata (morte cerebrale);
  4. rilievo continuo dell’elettrocardiogram-



ma protratto per non meno di venti minuti (morte cardiaca).

### **Periodo di osservazione**

Al fine di scongiurare il pericolo di inumare persone in stato di "morte apparente", il Regolamento di Polizia Mortuaria (DPR 10 Settembre 1990 n. 285) prevede che sia rispettato il cosiddetto periodo di osservazione. Si dispone che nessun cadavere sia chiuso in cassa, né sottoposto ad autopsia o a trattamenti conservativi, prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso.

Nei casi di morte improvvisa ed in quelli in cui si abbiano dubbi di morte apparente, l'osservazione deve essere protratta fino a 48 ore.

Ove la morte sia dovuta ad una delle malattie infettive o diffuse, comprese in un apposito elenco pubblicato dal Ministero della Sanità oppure nei casi in cui il cadavere presenti già segni di iniziata putrefazione, il Sindaco può ridurre la durata dell'osservazione a meno di 24 ore.

E' cura dell'infermiere provvedere alla pulizia e alla composizione della salma, liberandola da ogni apparecchio medico (sonde, sondini, drenaggi, ecc.) e sollevare leggermente la testa e il torace per evitare una colorazione bluastra del volto. Dopo aver abbassato le palpebre del defunto (applicando dei tamponi bagnati), si colloca una fascia intorno al capo in modo da sollevare la mandibola e tenere chiusa la bocca.

Si deve applicare un'etichetta d'identificazione che viene apposta al polso o all'alluce. Il corpo rimane nella stanza per circa due ore e, dopo la constatazione di morte e la visita dei familiari, la salma è avviata alla camera mortuaria. Gli effetti personali del defunto devono essere inventariati e consegnati ai familiari dietro rilascio di ricevuta firmata: in assenza dei familiari, in busta sigillata all'amministrazione dell'ospedale.

### **Visita medico necroscopo**

Il regolamento di Polizia Mortuaria stabilisce che la visita del medico necroscopo deve essere sempre effettuata non prima

di 15 ore dal decesso, salvo casi particolari, e non dopo le 30 ore.

### **La denuncia sanitaria delle cause di morte**

Si tratta di una denuncia obbligatoria diretta al Sindaco del Comune di residenza, da inviare entro le 24 ore dall'accertamento del decesso. Con essa il medico precisa, avendone piena conoscenza, quali siano state le cause iniziali, intermedie e tardive che a suo giudizio hanno indotto a morte l'individuo. La denuncia deve essere fatta entro le 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda di morte, stabilita dal Ministero della Sanità, d'intesa con l'Istituto Nazionale di Statistica. Le schede-denuncia delle cause di morte hanno finalità non solo d'ordine statistico-sanitario, ma anche epidemiologico.

Al Comune pervengono sia le schede-denuncia delle cause di morte sia i certificati del medico necroscopo. Tali ultimi saranno allegati al registro di morte, la cui tenuta è sotto il diretto controllo dell'Ufficiale dello Stato Civile.

La scheda di denuncia ISTAT comprende due riquadri, uno per la morte dovuta a causa naturale e l'altro per la morte da causa violenta. Per i morti nel primo anno di vita e i "nati morti" le denunce sono redatte su modelli diversi.

### Cosa fare quando un bambino muore in Pronto Soccorso?

Se il bambino deceduto non è accompagnata da amici o da parenti, mettersi in contatto telefonico con i familiari. La persona che svolge questo compito deve presentarsi, fornire il nome e la localizzazione dell'ospedale e verificare l'identità del paziente deceduto. In generale, i familiari non dovrebbero essere messi al corrente della morte del bambino, è preferibile dire loro: è seriamente ammalato. E' buona norma consigliare loro di non guidare da soli e di farsi accompagnare all'ospedale da qualche conoscente.

Nel caso in cui i familiari avessero accompagnato il bambino in Pronto Soccorso, è opportuno tenerli costantemente informati sulle sue condizioni. Essi spesso protestano apertamente se non si sentono adeguatamente informati, aiutati e coin-

volti. Il compito di informarli è affidato ad un infermiere oppure ad un medico.

Nel nostro PS, non è permesso ai familiari di assistere alle manovre rianimatorie. In alcuni ospedali questo è consentito, questa pratica sembra alleviare il dolore e dare la sensazione di essere presenti in un momento di estremo bisogno per il loro congiunto e li può preparare ad affrontare meglio la morte. Essere presenti comporta anche potenziali svantaggi: la rianimazione può essere uno spettacolo spiacevole, specialmente se i familiari non sono informati; essi possono interferire fisicamente o emozionalmente con l'equipe d'emergenza durante la rianimazione.

I familiari possono essere disturbati dal ricordo dell'evento, benché l'evidenza indichi che le loro fantasie sono più spiacevoli dei fatti reali.

I PS devono avere delle stanze riservate, dove i familiari possono sostare nell'attesa di ricevere informazioni e dovrebbero essere assistiti dal personale infermieristico, da un prete oppure da un assistente sociale. Il nostro PS non possiede questi spazi e, queste situazioni sono gestite in una stanza di "fortuna" come lo studio dei medici o in una delle sale di trattamento momentaneamente disponibile. E' inopportuno dare alla famiglia una cattiva notizia in un ambiente pieno d'estranei. Molti familiari, correttamente, esprimono il desiderio di una maggiore privacy e richiedono il conforto di amici e di parenti. Nel momento in cui si forniscono notizie ai familiari, è opportuno farlo sempre accompagnato da un altro componente dello staff, il quale può svolgere una funzione di collegamento e di sostegno.

Quando si entra nella sala d'attesa è opportuno presentarsi e farsi presentare i familiari presenti e poi sedersi accanto a loro, ascoltarli e rispondere alle loro domande. E' buona norma informarli con un tono caldo, amichevole ed utilizzando una terminologia specifica. Questo semplice gesto fornisce l'impressione che il medico ed il suo staff resteranno per tutto il tempo necessario.

Le informazioni mediche, ai familiari, devono essere date in modo comprensibile, non utilizzando termini tecnici.

Quando s'informano i parenti, usare sempre le parole *morte* e *morto*, evitare di usare una terminologia ambigua del tipo *non è più tra noi*, *è andato in un altro posto*.

I parenti spesso si chiedono se il loro bambino abbia sofferto, anche se questo non è vero, li dobbiamo rassicurare assicurandogli che non ha provato dolore. E' importante sollevarli da qualsiasi senso di colpa, dicendo loro che hanno fatto tutto il possibile e che il decesso si sarebbe verificato comunque, qualunque cosa essi avessero fatto.

Il medico ed il suo staff, con il loro comportamento, possono influenzare sia in senso positivo sia in senso negativo la reazione dei familiari al dolore. Il modo in cui i parenti reagiscono, dipende dal loro retroterra culturale e sociologico. Alcuni di loro riescono a controllare le loro emozioni, altri piangono apertamente, altri lasciano la stanza. Lo staff deve avere intuizione, esperienza e capacità sufficienti per anticipare questi bisogni e identificare potenziali problemi. Cercare di creare un'atmosfera non giudicativa e dimostrarsi comprensivi. Questo tipo di comportamento è molto apprezzato, i parenti preferiscono ricevere informazioni da una persona a cui dispiace che il loro bambino sia morto e che dimostra di capire che per loro è una perdita incolmabile. In genere i familiari apprezzano se il medico o il suo staff poggiano una mano sulle loro spalle. Per loro è importante sentire la partecipazione emotiva. Un supporto emozionale scadente, lascia i componenti della famiglia insoddisfatti del lavoro svolto nel PS. Evitare di dire "mi dispiace", quest'affermazione può essere interpretata come il tentativo di nascondere qualcosa e di scusarsi per non avere fatto il possibile.

All'inizio i familiari negano la realtà dicendo: "non può essere vero", "è un brutto sogno", il rifiuto della realtà è un meccanismo di difesa che aiuta a scacciare la percezione di una realtà dolorosa. Nei confronti di quest'atteggiamento dobbiamo dimostrarci tolleranti, pazienti e compassionevoli. E' un modo per aiutare ad accettare la morte.

Anche la rabbia è una componente della reazione al dolore ed è spesso indirizzata

verso i componenti dello staff del PS. I familiari possono accusare il medico ed i suoi collaboratori di negligenza e di non aver fatto tutto il possibile, dobbiamo ascoltare queste accuse senza sentirci colpevoli e senza porci sulla difensiva. Quest'atteggiamento permette ai parenti di sfogarsi, successivamente la loro rabbia si trasforma in tristezza. A volte una morte inaspettata può sfociare in una rabbia incontrollabile o patologica. Utile può essere contattare il prete, i ministri del culto sono reperibili in ospedale 24 ore su 24, possono rappresentare una grande fonte di supporto e di informazioni per le famiglie e per il personale.

Alcune volte i familiari scelgono di non vedere la salma del loro bambino, ma spesso rimpiangono di fare questa scelta. Alcuni autori affermano che la visione del cadavere aiuti ad accettare la morte e ad elaborare il lutto. Dobbiamo rispettare qualsiasi decisione i parenti prendano a questo proposito ed evitare di utilizzare i termini: il *corpo* oppure *esso*, si darebbe l'impressione di depersonalizzare l'evento, indicare il cadavere utilizzandone il nome. Dobbiamo evitare comportamenti inappropriati quali conversazioni ad alta voce o irriverenti, risate e scherzi. Prima di con-

sentire la visione del bambino, rimuovere il sangue e le secrezioni presenti sul cadavere e chiuderne gli occhi. E' utile informare i familiari d'eventuali modificazioni del colore della cute, della presenza di deturpazioni e di ogni altro tipo di alterazione del corpo, la visione, anche solo di una mano, può aiutare a ridurre il dolore dei familiari. Le opinioni riguardanti l'opportunità di lasciare nella stanza lo strumentario utilizzato, sono divergenti. Alcuni autori ritengono che la presenza di questo equipaggiamento possa rinforzare, nei parenti, l'idea che sia stato fatto tutto il possibile. A volte, l'area dove il paziente è stato trattato, non garantisce la privacy di cui essi hanno bisogno, in questo caso si deve spostare il corpo in una stanza più piccola che consenta una maggiore privacy e che sia più adatta alla situazione. Spesso i parenti si lamentano perché non gli è consentito di stare vicino alla salma quanto desiderato, bisogna concedergli tutto il tempo di cui hanno bisogno. Un componente dello staff dovrebbe offrire il proprio supporto e rispondere alle loro domande.

Dopo aver visto la salma, i familiari non sanno cosa fare; dobbiamo informarli su dove sarà portato il corpo e se il corpo



deve essere sottoposto ad ulteriori accertamenti medici. Prima che i componenti della famiglia lascino il PS, dobbiamo offrire la nostra disponibilità per qualsiasi necessità futura, la comunicazione con i familiari di un paziente deceduto deve essere onesta, semplice e fonte di conforto.

#### E dopo?

Qual è e quale deve essere il nostro atteggiamento di fronte ad un evento così estremo?

Non esistono dei protocolli o delle linee guida da seguire. L'evento "morte" in pronto soccorso anche se è un'evenienza possibile, noi infermieri la viviamo sempre come evento disatteso che ci coglie impreparati emotivamente. L'assistenza infermieristica ci consente di fronteggiare l'emergenza, le manovre di rianimazione, ma quando questa delude l'aspettativa nella quale abbiamo concentrato tutto il nostro impegno professionale ed umano, la perdita di una vita ci coinvolge integralmente. Ogni volta si propone in maniera diversa, perché diverse sono le situazioni: l'età del bambino, la causa del decesso e soprattutto il contesto familiare.

Una grande difficoltà riguarda il controllo del nostro stato emotivo: il superamento della nostra delusione, il dolore della perdita di una piccola vita umana e comunque l'obbligo di accettare la situazione, convincendoci che è stato fatto tutto ciò che era possibile fare.

L'infermiere ha un grande impegno verso la vita e la salute, il paziente che muore è una contraddizione nei confronti di quest'impegno.

All'improvviso scorre l'immagine della disperazione dei genitori per aver dovuto affrontare lo shock della morte del loro figlio, e chiederci? Siamo riusciti a comunicare, sostenere, consigliare, comprendere? Cosa altro avremo potuto fare per alleviare il dolore a quei genitori? E' stato sufficiente quello che abbiamo fatto? Bisogna cercare di:

- non domandarsi mai: "cosa gli posso andare a dire?" Non c'è da dire niente, c'è solo da ascoltare.
- Astenersi da considerazioni di tipo reli-

gioso se non si è abituati a farlo o se, personalmente, ci si crede fino ad un certo punto. Ma se ci si crede non esitare a dire tranquillamente dove si attinge la propria forza e la propria consolazione. (Don Mario Gatti).

"Ogni sofferenza, ogni morte prende il posto di qualcosa e serve comunque alla vita.

Senza dolore e senza la morte non ci può essere alcun sviluppo superiore" (M. Scheler).

#### **Autore**

*IP Claudia Barberini, Roberta Somma  
DEA - Ospedale Pediatrico  
Bambino Gesù, IRCCS - Roma*

## Bibliografia

L. Macchiaelli, P. Arbarello, G. Cave Bondi, T. Feola: Compendio di Medicina Legale - Edizioni Minerva Medica

M. Altieri, A. Jagoda, J. Prescott, J.L. Scott, T.O. Stair: Medicina d'urgenza volume IV

# SARS la peste del III millennio

di Lorena Martini

**D**alla fine degli anni '30 fino agli inizi degli anni '60 si definiva polmonite atipica quella non sostenuta dallo pneumococco ma attribuibile ad agenti virali o batterici atipici; nel 1961 è stato isolato e riconosciuto per la prima volta il *Mycoplasma pneumoniae*, e quindi si sono attribuite a questo microrganismo parte di tali polmoniti.

**Successivamente si è potuto osservare** che molti microrganismi potevano esserne responsabili, e ciò è avvenuto grazie alle più affinate metodiche diagnostiche di cui ci si è andati avvalendo nel corso degli anni.

**Anche se non esiste** a tutt'oggi una definizione ufficiale di polmonite atipica, tuttavia si fa comunemente riferimento con questo termine alle infezioni sostenute da microrganismi non facilmente isolabili dalla coltura dell'espettorato o delle secrezioni bronchiali eseguita con i metodi convenzionali. L'elenco di tali microrganismi si è ampliato nel tempo: oggi riteniamo possibili agenti eziologici della polmonite atipica la legionella, la clamidia, ecc. e più raramente agenti virali.

**L'agente eziologico** ancor oggi più frequente per le polmoniti acquisite in comunità è lo *Streptococcus pneumoniae*. È piuttosto difficile valutare la reale incidenza della polmonite pneumococcica, dal momento che in questi casi la diagnosi si basa quasi esclusivamente su criteri clinici e non tanto su

indagini microbiologiche sulle secrezioni bronchiali.

**In tale senso i dati riportati dalla letteratura** sono piuttosto discordanti. Si possono avere dati più attendibili se si fa riferimento a statistiche relative a pazienti che hanno richiesto il ricovero. Prima del riconoscimento delle forme da Legionella, la polmonite pneumococcica rappresentava dal 2 al 95% delle polmoniti batteriche, mentre le forme



virali, da micoplasma e da clamidia erano molto meno frequenti (5-6%).

**Dopo la scoperta della legionellosi** l'incidenza della polmonite pneumococcica è rimasta pressoché invariata, mentre la percentuale delle forme attribuite alla Legionella varia dallo 0 al 60%. In realtà, dal momento che queste statistiche sono state condotte su pazienti con forme acquisite in comunità che hanno però richiesto il ricovero, è molto probabile che fra questi fossero compresi soggetti con patologie gravi (tali da richiedere il ricovero) e/o predisponenti ad un determinato tipo di infezione.

### **LA SARS: epidemiologia**

Il primo caso di SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) è stato notificato ufficialmente il 23 febbraio 2003 a Hong Kong ove è deceduto il giorno successivo al ricovero. Tale paziente, un medico, proveniva dalla provincia cinese di Guangdong (focolaio iniziale di questa epidemia a partire dall'11 novembre 2002 dove sono state colpite circa 300 persone) ed aveva soggiornato per una notte al nono piano di un albergo di Hong Kong. 12 altre persone che hanno soggiornato in quell'albergo (10 allo stesso piano e 2 nello stesso periodo del caso indice) sono state colpite dallo stesso quadro clinico respiratorio. Il 23 febbraio l'epidemia ha interessato il Canada, precisamente Toronto. La paziente di origine cinese, manifestò i sintomi della SARS dopo essere rientrata da un viaggio ad Hong Kong, anche lei e il marito soggiornarono nello stesso albergo del caso indice. Al loro rientro a Toronto si sono ammalati a pochi giorni di distanza l'uno dall'altra e contagiati anche i tre figli e altri due parenti. Il 26 febbraio un uomo d'affari che era stato ospite del nono piano dell'albergo, fu ricoverato all'ospedale di HANOI in Vietnam, dove aveva contagiato diverse persone tra gli operatori sanitari che lo avevano assistito. Il 28 febbraio il Dr. Carlo Urbani, che lavorava all'ospedale di Hanoi, mise in allarme l'OMS per i numerosi casi di polmonite atipica da lui osservati nel giro di pochi giorni. Ed

è proprio al medico italiano, deceduto il 29 Marzo a Bangkok a seguito del contagio con pazienti affetti da questa malattia, il merito della segnalazione iniziale dei primi casi di SARS.

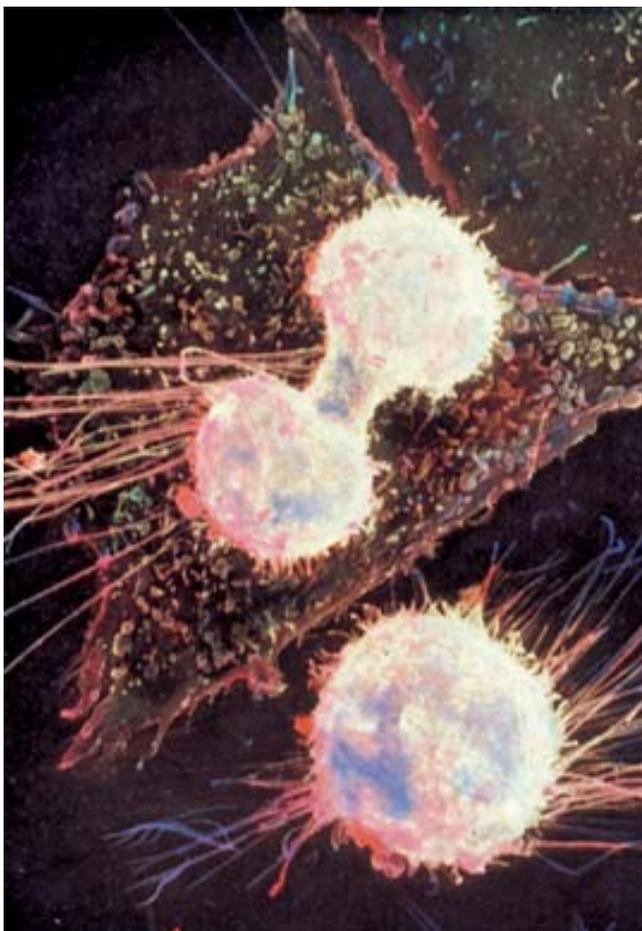
Successivamente tale infezione si è diffusa da parte degli operatori sanitari che hanno assistito i pazienti senza fare uso delle misure di protezione individuale e collettivo (precauzioni standard, da contatto, da droplet e da agenti a trasmissione aerea).

L'indagine epidemiologica sino ad ora descritta si basa sulla definizione di **caso "sospetto"** di SARS recentemente proposta dall'OMS, e cioè di una persona che dopo il 1/11/2002, presenti una storia di febbre  $>38^{\circ}\text{C}$ , tosse o difficoltà respiratorie e 1) contatto ravvicinato, nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi con persone sospette o probabili SARS oppure 2) nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi ha fatto viaggi in aree affette da SARS, chiedere dove è stato (tenersi aggiornati sulle aree a rischio) o 3) storia di residenza nelle aree affette. Il **caso "probabile"** viene definito come caso sospetto in presenza di evidenza radiologica di addensamento polmonare o di sindrome da stress respiratorio, o di test sierologico, bio-molecolare o colturale positivo per SARS-coronavirus

**Eziopatogenesi** dopo una prima iniziale confusione sull'agente eziologico responsabile della SARS, il 16 aprile 2003 l'OMS comunicava ufficialmente che l'agente eziologico era il SARS-coronavirus.

**I segni e i sintomi** della malattia rilevati ad Hong Kong includono quelli tipici di una sindrome influenzale (comparsa repentina di febbre alta seguita da mialgie, cefalea e malessere generale). Questi sono i sintomi più comuni.

**Esami di laboratorio** condotti tempestivamente hanno rilevato la presenza di trombocitopenia e leucopenia. A volte, ma non sempre, si è avuta polmonite bilaterale, che in alcuni casi è stata seguita da gravi difficoltà respiratorie che hanno richiesto l'uso di un respiratore per la ventilazione assistita.



**Il periodo di incubazione** della SARS è in media di 6 giorni, ma in alcuni casi rarissimi può arrivare anche fino a 16 giorni

**L'Oms raccomanda che i pazienti** con polmonite atipica che possono essere messi in relazione con questi focolai siano isolati con l'utilizzo delle precauzioni standard, da contatto, da droplet e da agenti a trasmissione aerea. Ancora una volta il lavaggio delle mani rappresenta la procedura più semplice, più economica e più efficace anche nella prevenzione della SARS, insieme all'uso dei guanti, dei filtri facciali respiratori e i camici. Gli operatori sanitari dedicati al triage, nell'identificare un paziente definito caso sospetto di SARS, dovrebbero indirizzare tempestivamente le persone che si presentano con sintomi di tipo simil-influenzale verso una zona separata di valutazione, al fine di minimizzare il rischio di trasmissione ad altri

pazienti. Contemporaneamente, al paziente dovrebbe essere fatta indossare una mascherina di tipo chirurgico, mentre gli operatori dovrebbero indossare dispositivi di protezione individuale (DPI), quali facciali filtranti di II livello o III livello (queste sono da utilizzare durante procedure che inducono aerosol, come la broncoscopia), guanti, occhiali o visiera, camicia monouso, copricapo, calzature che possono essere decontaminate o soprascarpe. Gli operatori sanitari devono lavare le mani prima e dopo ogni contatto con il paziente, dopo attività che possano esporre al contatto con secrezioni respiratorie e dopo aver rimosso i guanti, ricordando che i guanti non sono un'alternativa al lavaggio delle mani. Il paziente identificato come caso probabile di SARS, dovrebbe essere ricoverato in stanze di isolamento respiratorio cioè in stanze a pressione negativa. Con-

temporaneamente, l'Oms raccomanda che ogni caso sospetto sia riferito alle autorità sanitarie nazionali.

### **Conclusioni**

Molti studiosi ritengono che la maggior parte dei rischi della SARS (Sindrome Respiratoria Acuta Grave) risiedano, ad oggi, non tanto nell'effettiva capacità del virus di diffondersi nel mondo e quindi anche nel nostro Paese, quanto nell'ansia che questa patologia potrebbe ingenerare nella popolazione e negli operatori sanitari, specialmente nei periodi influenzali, che può determinare anch'esso episodi broncopneumonici. L'ansia potrebbe sfociare in panico, con il ricorso improprio a strutture ospedaliere e di pronto soccorso, con il conseguente rischio di collasso del sistema sanitario.

Mentre le autorità sanitarie di molti paesi stavano identificando strategie operative per affrontare eventuali scenari futuri, ecco che con la stessa rapidità

con cui si era diffusa, fa il giro del mondo la notizia di un nuovo caso sospetto di SARS a Singapore dopo diversi mesi di assenza di nuovi casi, anticipando ogni previsione. E allora? L'epidemia di SARS ci ha insegnato molte cose, come alcune abitudini oramai divenute consuetudini nella nostra quotidianità lavorativa (penna nel taschino della divisa!) è divenuta improvvisamente pericolosa, ma ci ha ricordato ancora una volta che l'adozione e il rigido rispetto delle precauzioni ed in primis il lavaggio delle mani, ne hanno permesso il controllo ospedaliero, fin dal momento della loro applicazione. Per concludere e per ricominciare la parola d'ordine anche per combattere la SARS è **"lavaggio delle mani e adozione delle precauzioni"**.

#### **Autore**

*Lorena Martini Coordinatrice della formazione e della ricerca del personale del comparto Dipartimento di Epidemiologia Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani IRCCS Roma*

## bibliografia

1. Nicastrì E. et al.: SARS: la prima malattia trasmissibile nel nuovo secolo. *Recenti progressi in medicina*, vol. 94, n. 7-8, lug-ago 2003
2. Documento elaborato dal gruppo permanente per la valutazione del rischio ed il controllo della SARS e delle emergenze di origine infettiva, costituito presso la sezione III del Consiglio Superiore di Sanità
3. [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
4. [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

## in pillole

### **Terapia genica sott'occhio**

*Allungare i tempi di osservazione dei pazienti trattati con protocolli di terapia genica. Questa la raccomandazione espressa dagli esperti della FDA (Food and Drug Administration) statunitense, mirata soprattutto a tranquillizzare il pubblico sulla sicurezza di questi nuovi trattamenti, decisa in seguito alla morte di Jesse Gelsinger, deceduto per un protocollo di terapia genica eseguito male. Secondo gli esperti, la terapia genica potrebbe modificare il Dna del paziente*

*e i virus inattivati, utilizzati come vettori, potrebbero diventare attivi nei decenni successivi. Per questa ragione, secondo le raccomandazioni della FDA, i pazienti a rischio di cancro dovrebbero subire un test di replicazione virale e di sviluppo oncologico per 20 anni. Questo controllo a lungo termine dovrebbe prevenire l'insorgenza anche di malattie auto-immuni. Attualmente, l'osservazione ventennale è prevista solo nel caso in cui vengano utilizzati retrovirus.*

**L'inserto**

**IL TUO  
COLLEGIO:**

**aggiornamento,  
formazione,  
ECM**



---

## Millecinquecento infermieri riuniti a Roma tra aggiornamento e prospettive professionali

*Un evento che lascia il segno - Fiera di Roma 5 Dicembre 2003*

---

**B**en più di una giornata all'insegna dell'aggiornamento professionale. Il convegno-seminario dal titolo "Infermiere e cittadino: quale relazione?", che il Collegio Ispavi di Roma, in collaborazione con il Sanit, la prima mostra mercato della sanità pubblica, ha organizzato lo scorso 5 dicembre alla Fiera di Roma, ha infatti fornito importanti indicazioni strategiche sul futuro della professione infermieristica. Lo ha fatto davanti a 1.500 infermieri giunti da tutto il Lazio per interrogarsi e confrontarsi sugli aspetti sa-

lienti e più innovativi del complesso rapporto con i cittadini-utenti del Servizio Sanitario Nazionale. Il che ha finito per trasformare l'happening in un evento, grazie anche all'apporto di esponenti di primo piano della sanità nazionale e regionale che, nei rispettivi interventi, hanno raccolto i pressanti inviti della categoria per un diverso e più moderno ruolo dell'infermiere nella gestione dell'assistenza.

Consapevoli di essere loro gli artefici e i titolari assoluti dell'assistenza, gli infermieri hanno seguito con grande atten-



G. ROCCO



A. PULIMENO



N. BARBATO



zione e partecipazione le relazioni che si sono articolate per l'intera giornata sui temi di più stretta attualità: dalla responsabilità sociale, civile e penale nell'esercizio della professione alla carta dei servizi, dalla mission infermieristica alla misurazione della qualità dell'assistenza, fino alla qualità percepita dalla persona assistita, ai suoi bisogni e a quelli della sua famiglia. Proprio su quest'ultimo punto gli infermieri del Lazio hanno lanciato una proposta dai connotati innovativi: quella degli ospedali aperti alle famiglie dei pazienti. Che per gli infermieri di oggi non sono più "pazienti" ma persone, non malati ma individui il cui benessere fisico non può essere disgiunto da quello psicologico e che dunque necessitano di un'attenzione particolare sul piano relazionale e af-

fettivo. Chi meglio dell'infermiere sa che cosa vuol dire avere accanto nel momento del bisogno e della sofferenza una persona cara?

Chi meglio di noi, attori protagonisti dell'assistenza, può valutare con competenza ed efficacia l'effetto sull'assistito della vicinanza familiare? E' l'esperienza quotidiana a suggerirci tale scelta: aprire gli ospedali ai parenti, consentire l'accesso e la visita ai loro cari quanto più tempo possibile, per l'intera giornata dove si può, vuol dire attribuire un valore aggiunto consistente alla cura e alla riabilitazione della persona malata. Un potente farmaco in più, senza effetti collaterali indesiderati.

Gli infermieri riuniti alla Fiera di Roma hanno ragionato, si sono confrontati su questa opportunità. Forti dell'esperienza



MG. PROIETTI



M. ESPOSITO



SEN. C. CURSI



ON. D. GRAMAZIO



SEN. C. CURSI

maturata nei rispettivi luoghi di lavoro, hanno indicato come e dove è possibile compiere un'azione tanto innovativa, destinata certo a rompere consuetudini consolidate e dunque a generare prevedibili resistenze. Per cogliere l'obiettivo, occorre ripensare la strutturazione dei nostri ospedali, l'uso degli spazi e le priorità di utilizzo di questi. L'operazione non è poi così difficile: allestire una stanza per la visita dei familiari è una soluzione praticabile in molti ospedali. Gli infermieri sono pronti, come sempre, a fare la loro parte fino in fondo, contribuire allo sviluppo di una sanità con il cittadino e i suoi bisogni al centro.

Un impegno professionale e deontologico riconosciuto all'unisono anche dal sottosegretario al Ministero della Salute Cesare Corsi, dal presidente dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio Domenico Gramazio e dal vicepresidente della Commissione Sanità della Regione Lazio Giulia Rodano, intervenuti al convegno-seminario di Roma.

A nome del Governo, il senatore Corsi ha preso impegni precisi con la professione infermieristica: implementazione della formazione specialistica, potenziamento dei servizi territoriali e provvedimenti per sgravare gli infermieri dalle troppe mansioni improprie che oggi sono costretti a svolgere per assicurare i

servizi. Inoltre, il presidente Gramazio e l'onorevole Rodano hanno caldeggiato l'istituzione dei Dipartimenti dell'Assistenza sotto la guida di infermieri esperti. Impegni che sposano le nostre istanze, quelle di una professione matura, consapevole del valore dell'educazione continua, della ricerca, dei modelli gestionali dell'assistenza. Gli infermieri mostrano ogni giorno di più di aver colto il significato profondo dell'Ecm, di interpretarla come strumento di evoluzione professionale. E culturale. Lo manifestano partecipando in massa e attivamente ai corsi che il Collegio Ispasvi di Roma allestisce anche in modo itinerante. Nelle proprie realtà lavorative si sobbarcano il peso dell'Ecm sia in termini di costi che di tempo. Eppure nessuno garantisce loro un trattamento economico commisurato al nuovo profilo professionale.

E' la voglia di crescere ancora, di aggiungere nuovo valore professionale a conquiste che pure parevano inarrivabili solo pochi anni fa: il nuovo profilo professionale, la laurea, l'autonomia, l'equipollenza dei titoli ai fini della carriera, la dirigenza. Una professione nuova che si misura in ambito europeo, non più ausiliaria ma professione intellettuale a tutto tondo, riconosciuta come tale dalla legge.

### STATISTICA TEST DI GRADIMENTO - TOTALE PARTECIPANTI 945

RILEVANZA	NON RILEVANTE	=>	0%
	POCO RILEVANTE	=>	3,8%
	ABBASTANZA RILEVANTE	=>	32%
	RILEVANTE	=>	51%
	MOLTO RILEVANTE	=>	13,2%
QUALITÀ	SCARSA	=>	0,2%
	MEDIOCRE	=>	3,2%
	SODDISFACENTE	=>	28,9%
	BUONA	=>	58,3%
	ECCELLENTE	=>	9,4%
EFFICACIA	INEFFICACE	=>	0,8%
	PARZIALMENTE EFFICACE	=>	2,8%
	ABBASTANZA EFFICACE	=>	45,9%
	EFFICACE	=>	43%
	MOLTO EFFICACE	=>	7,5%

---

## Resoconto della giornata del SIOT

---

**C**on una tristezza in fondo al cuore mi accingo a scrivere questo articolo sul III Congresso Nazionale per Infermieri di Ortopedia e Traumatologia svoltosi a Roma presso l'Auditorium della Musica il 12 novembre 2003; tristezza perché, chi per primo due anni fa ha voluto inserire questa giornata per gli infermieri nel contesto della SIOT non era tra di noi, parlo del Prof. Ernesto De Santis, per me maestro di vita, preziosissimo Direttore della Clinica Ortopedica dell' Università Cattolica e

punto di riferimento internazionale.

Il Collegio IPASVI di Roma e Provincia con molto piacere ha organizzato questa giornata in un contesto così grande e prestigioso come quello della SIOT, il successo è stato grande sia per la quantità di persone affluite che per la qualità dei lavori, presentati da relatori veri esperti nel settore di ortopedia e traumatologia provenienti dai più grandi centri italiani.

La relazione del Presidente del Collegio, dottor Gennaro Rocco ha suscitato nella immensa platea molto in-



G. ROCCO



M. TOSINI

teresse per la qualità della relazione, ma soprattutto per le grandi novità innovative nella professione infermieristica, le domande nel dibattito centrate su questo argomento sono state molte e soprattutto interessanti.

La speranza è che questi eventi accreditati ( questo evento ha avuto nr 4 crediti formativi ) si moltiplichino per avere sempre un confronto con le altre figure professionali sanitarie e sia sempre da stimolo per la nostra categoria per poter aspirare sempre di più al miglioramento delle conoscenze professionali e di conseguenza al mi-

glioramento della qualità dell'assistenza.

La partecipazione massiccia di infermieri (918) che si è avuta in questa giornata è la limpida dimostrazione della bontà degli argomenti scelti dal Comitato scientifico dell'evento.

L' attenzione ai lavori congressuali, nonostante il grande numero dei partecipanti , è stata molto elevata e le discussioni al termine delle sessioni è stata la dimostrazione.

Il risultato del questionario di gradimento è stato eccellente come si può vedere di seguito:

<b>PARTECIPANTI 918</b>			
RILEVANZA	NON RILEVANTE	=>	0,1 %
	POCO RILEVANTE	=>	3,1 %
	ABBASTANZA RILEVANTE	=>	35,5 %
	RILEVANTE	=>	47,5 %
	MOLTO RILEVANTE	=>	13,8 %
QUALITA'	SCARSA	=>	0,2 %
	MEDIOCRE	=>	2,6 %
	SODDISFACENTE	=>	27,6 %
	BUONA	=>	57,1 %
	ECCELLENTI	=>	12,5 %



---

# Giornate itineranti

---

**C**ome da programma approvato dall'assemblea annuale all'inizio del 2003 la "nuova" Commissione Formazione ha preparato e svolto le **"giornate itineranti"** andando in più luoghi di lavoro di Roma, ma anche della provincia, per poter permettere una formazione maggiore a molti colleghi che per motivi di lavoro, per motivi economici o perché le proprie aziende non si sono preparate in tempo.

La finalità che ci ha spinto come collegio IPASVI di Roma e provincia ad effettuare questo tipo di aggiornamento

è stata raggiunta e l'obiettivo finale di far avere formazione a molti colleghi è stato centrato; infatti la maggioranza delle edizioni erano già esaurite molto tempo prima.

Certamente dobbiamo focalizzare meglio le esigenze dei colleghi partecipanti e su questo punto è stato molto utile leggere i consigli scritti sul test di gradimento e quelli espressi a voce, perché solo attraverso i consigli si possono migliorare gli eventi ed il nostro obiettivo del 2004, come Commissione Formazione, sarà quello di



IDI - ROMA



COLLE CESARANO (TIVOLI)



OSP. S. SPIRITO



OSP. S. SPIRITO



TIVOLI

proporre eventi con varie possibilità sia economiche che di approfondimento dei temi sempre di natura generale con una diversificazione numerica dei partecipanti.

Comunque con queste 12 giornate itineranti hanno avuto la possibilità di aggiornamento circa 2750 colleghi di Roma e provincia con risultati di gradimento molto positivi e proprio questo ci ha invogliato a proporre una nuova strategia di formazione che verrà sottoposta ad approvazione all'assemblea

annuale del 10 marzo e pubblicata nell'inserto del prossimo numero.

Come detto in precedenza i risultati di gradimento finali di tutti gli eventi sono stati analizzati e riprodotti in grafici.

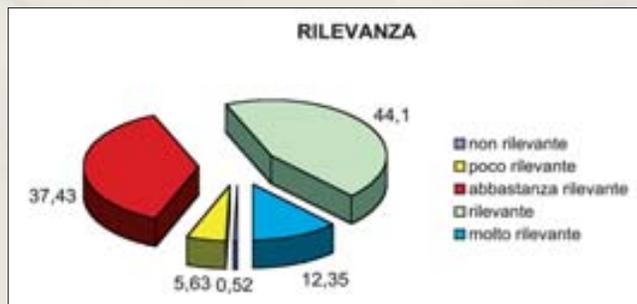
*Marco Tosini*

*(segue nella pagina successiva  
il resoconto delle giornate itineranti)*

## RESOCONTO SCHEDA VALUTAZIONE GIORNATE ITINERANTI

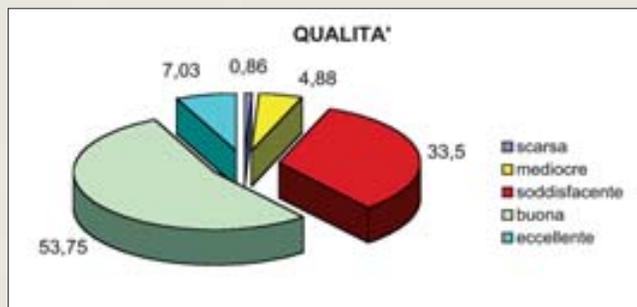
### RILEVANZA

non rilevante	0,52
poco rilevante	5,63
abbastanza rilevante	37,43
rilevante	44,1
molto rilevante	12,35
<b>tot</b>	<b>100,03</b>



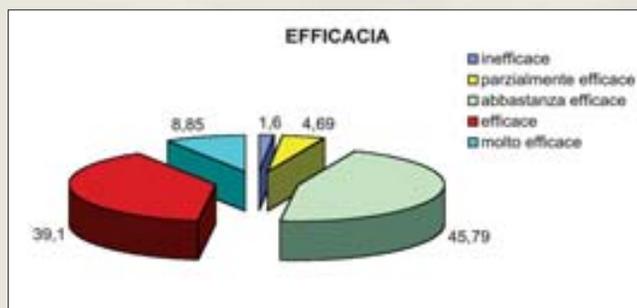
### QUALITÀ

scarsa	0,86
mediocre	4,88
soddisfacente	33,5
buona	53,75
eccellente	7,03
<b>tot</b>	<b>100,02</b>



### EFFICACIA

inefficace	1,6
parzialmente efficace	4,69
abbastanza efficace	45,79
efficace	39,1
molto efficace	8,85
<b>tot</b>	<b>100,03</b>



## in pillole

### L'atropina sveglia l'occhio pigro

Nei bambini una goccia di collirio all'atropina può essere una buona alternativa all'occlusione nel trattamento dell'ambliopia, la sindrome dell'occhio pigro. Lo sostiene uno studio di Michael Repka, professore di oftalmologia al Wilmer Eye Institute presso la Johns Hopkins University di Baltimora, autore di uno studio pubblicato su *Ophthalmology*, la rivista ufficiale dell'associazione nordamericana degli oculisti. La ricerca si è svolta in 47 centri oculistici coinvolgendo 1.419 bambini con meno di 7 anni di età e acuità visiva tra 20/40 e 20/100. I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi: in uno l'occhio sano è stato bendato, nell'altro è stato trattato con collirio a base

di atropina, sostanza capace di allargare la pupilla agendo anche sul muscolo ciliare. All'inizio il miglioramento della capacità visiva dell'occhio pigro è stato di poco migliore nel gruppo curato con l'occlusione, ma dopo sei mesi non c'erano più differenze. Entrambe le cure sono state ben tollerate, ma l'atropina è stata di gran lunga preferita da un questionario compilato dai pazienti dopo cinque settimane di trattamento. La maggiore dilatazione della pupilla e la paralisi del muscolo ciliare danno tuttavia due effetti collaterali spiacevoli: l'occhio diventa fotofobico e non riesce più a mettere a fuoco gli oggetti vicini, rendendo necessari gli occhiali per leggere.

---

# Il sistema di protezione Professionale IPASVI e la Convenzione Assicurativa IPASVI

---

Nell'ultimo anno la Federazione Nazionale Collegi IPASVI ha perseguito un obiettivo importante:

Consentire a tutti gli iscritti IPASVI di beneficiare di un sistema di protezione in caso di richieste di risarcimento per responsabilità professionale.

La Convenzione IPASVI, stipulata con la Reale Mutua Assicurazioni presenta le seguenti caratteristiche:

## 2 OPZIONI DI POLIZZA:

- 1) **Massimale 1.000.000 con premio annuo di 26**
- 2) **Massimale 2.000.000 con premio annuo di 30**

Copertura della colpa grave:

La polizza IPASVI garantisce sia la colpa lieve che la colpa grave. È compresa anche la rivalsa effettuata dall'ente di appartenenza in caso di colpa grave.

Modalità di adesione

Per aderire alla polizza l'iscritto deve:

- compilare il Modulo di Adesione in ogni sua parte in modo leggibile indicare l'opzione scelta ( 26 o 30) e sottoscrivendo (3 firme);
- effettuare il pagamento del premio ( 26 o 30) sul conto corrente postale n. 50803964 intestato alla Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Roma.

Entrambi i documenti, modulo di adesione e copia del bollettino postale, dovranno essere fatti poi pervenire tempestivamente al Collegio IPASVI di appartenenza (è sufficiente, nonché preferibile, via fax). È molto importante inviare contestualmente sia il modulo di adesione e che l'attestazione del pagamento.

## IMPORTANTE

### • Decorrenza della copertura

La copertura decorrerà soltanto al raggiungimento del numero minimo di adesioni (5000 nominativi). La copertura decorrerà per tutti coloro che avranno aderito sino a quel momento dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui si è raggiunto il numero minimo.

### • Scadenza

La scadenza si stabilirà ad un anno dalla decorrenza come sopra stabilita.

### • Adesioni successive

Per chi aderirà successivamente la copertura decorrerà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di adesione mentre la scadenza sarà sempre quella stabilita.

## ESEMPIO:

il 20 marzo 2004 si raggiunge il numero di 5000 adesioni. La copertura assicurativa decorrerà per tutti dalle ore 24 del 31 marzo 2005. Questa sarà la scadenza della polizza per coloro i quali hanno aderito sino a quel momento. Chi aderirà nel periodo 1/4/2004 - 31/8/2004 pagherà il premio intero ( 26 o 30 a seconda del massimale prescelto) e la sua copertura decorrerà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di adesione per scadere, comunque, il 31 marzo 2005. Questo accadrà per tutte le adesioni comunicate e pagate tra il 1 aprile ed il 31 agosto. Chi aderirà nel periodo 1 settembre - 28 febbraio pagherà un premio pari al 50% del premio annuale ( 13 o 15 a seconda del massimale prescelto) e la sua copertura decorrerà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata effettuata e pagata l'adesione.

## MODULO DI ADESIONE

**ALLA COPERTURA ASSICURATIVA DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE  
DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE, ASSISTENTE SANITARIO, VIGILATRICE D'INFANZIA  
RELATIVO ALLA POLIZZA CONVENZIONE STIPULATA TRA LA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI  
COLLEGI IPASVI E LA REALE MUTUA ASSICURAZIONI**

COGNOME E NOME:

CODICE FISCALE

INDIRIZZO

C.A.P.

LOCALITA'

PROVINCIA

TELEFONO

FAX

CASELLA DI POSTA ELETTRONICA

COLLEGIO IPASVI DI

N.ISCRIZIONE

DECORRENZA: dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui verrà raggiunto il numero minimo di iscritti pari a 5000 nominativi come da stabilito dalla Convenzione stipulata tra Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e Reale Mutua Assicurazioni  
SCADENZA : un anno dalla data di decorrenza

**CONTRASSEGNARE IL TIPO DI COPERTURA SCELTA:**

**Polizza n. 192/03/357/10000/03027  
MASSIMALE EURO 1.000.000  
PREMIO € 26**

**Polizza n. 192/03/357/20000/03027  
MASSIMALE EURO 2.000.000  
PREMIO € 30**

Con la firma di questo modulo il Sottoscritto chiede di essere inserito nell'elenco dei nominativi assicurati dalla polizza stipulata tra la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e Reale Mutua Assicurazioni. La garanzia decorrerà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui verrà raggiunto il numero minimo di adesioni pari a 5000 nominativi. La scadenza della copertura sarà un anno dalla data di decorrenza.

Allega copia del versamento effettuato sul C/C postale n. **50803964** intestato alla Federazione Nazionale Collegi IPASVI, senza il quale non potrà essere inserito tra i nominativi assicurati.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e letto il testo di polizza ed il testo della Convenzione che, con la sottostante sottoscrizione, accetta integralmente.

FIRMA \_\_\_\_\_

- Il sottoscritto, con riferimento a quanto previsto dall'art. 1341 C.C., dichiara di approvare specificatamente i seguenti punti della polizza convenzione prescelta riportati sui Modd.:
- 5164 RCG; punto 1.4 (Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione); punto 1.5 (Recesso dal contratto); punto 2.1 (Obblighi in caso di sinistro);
- 5165 RCG punto 2.4 (Efficacia della garanzia nel tempo); punto 2.5 (Effetti sulle polizze sostituite); punto 2.6 (Massimale e limiti di risarcimento); punto 2.8 (Recesso dal contratto); punto 2.9 (Obblighi in caso di sinistro); punto 2.12 (Premi e inserimento in garanzia)

FIRMA \_\_\_\_\_

Preso atto dell'informativa allegata alle Polizza sopra indicate, ed ai sensi degli art. 11, 20, 22 e 28 della Legge 31.12.1996, n. 675, acconsento: al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società Assicuratrice; alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati nella predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti obbligatori per legge o aventi le finalità ivi indicate; al trasferimento degli stessi dati all'estero

FIRMA \_\_\_\_\_

POLIZZA ASSICURATIVA

C/C N° 50803964 - Intestato: Federazione Nazionale Collegi IPASVI - Via A. Depretis, 70 - 00184 Roma  
Causale di pagamento: Assicurazione

Da consegnare al Collegio IPASVI di Roma:

- 1) Modulo con dati anagrafici, indicare con una X la polizza scelta e 3 firme; 2) Fotocopia bollettino pagato

## Un sostegno nuovo per l'allattamento materno: La consulente professionale

di Immacolata Dall'Oglio

**L**a prima domanda da porsi quando si vuole parlare di una nuova professionalità, è, se lo scopo, la ragion d'essere della sua attività, corrisponde ad un reale bisogno di salute. Pertanto dobbiamo chiederci: l'allattamento materno rappresenta oggi, all'ingresso nel III millennio, un bisogno prioritario di salute per la popolazione?

Numerose sono le evidenze scientifiche che supportano una risposta positiva a questa domanda, dimostrando i diversi vantaggi che l'allattamento materno porta al bambino innanzitutto, alla madre ed alla società nel suo insieme, che in un documento dell'Accademia Americana di Pediatria<sup>1</sup> sono stati così riassunti:

- vantaggi per lo stato generale di salute del bambino, la crescita e lo sviluppo (correlazione con un eventuale potenziamento dello sviluppo cognitivo), mentre contemporaneamente diminuisce in modo significativo il rischio di un ampio numero di patologie acute (riduzione dell'incidenza e della gravità della diarrea, delle infezioni delle basse vie respiratorie, dell'otite media, della meningite batterica, delle infezioni delle vie urinarie e dell'enterite necrotizzante) e croniche (effetto protettivo verso la morte improvvisa del neonato, il diabete insulino-dipendente, la patologia infiamma-

toria intestinale, le malattie allergiche e il linfoma)

- vantaggi per la madre perché grazie all'azione dell'ossitocina determina una riduzione del sanguinamento post-partum ed una più rapida involuzione dell'utero. L'ammenorea da allattamento riduce le perdite ematiche mestruali nei mesi successivi al parto. La donna che allatta torna al peso pre-gravidanza in tempi più rapidi. L'allattamento aumenta l'intervallo tra le gravidanze (per inibizione dell'ovulazione), migliora la mineralizzazione ossea post-partum e riduce il rischio di carcinoma dell'ovaio e del carcinoma mammario in premenopausa
- vantaggi per la società in termini di riduzione dei costi per l'alimentazione del neonato (nel '93 era stato calcolato un risparmio di circa 400 dollari nel I anno di vita considerando la differenza del costo per il latte artificiale e l'integrazione alimentare materna), per l'assistenza sanitaria, e una riduzione dell'assenteismo dei lavoratori per l'assistenza al bambino malato.

Non è da dimenticare un vantaggio speciale, difficilmente ponderabile, la facilitazione della relazione madre-bambino che trova nell'allattamento al seno un canale di comunicazione naturale e privilegiato<sup>2</sup>

L'unicità della composizione e degli effetti sulla salute del latte materno rappresentano quindi il razionale dell'incoraggiamento all'allattamento al seno.

La tradizione all'allattamento, è andata persa, specie per quanto riguarda la realtà italiana, a partire dalla seconda metà del secolo, raggiungendo il suo livello più basso negli anni '70<sup>3</sup>. Ciò si è verificato in coincidenza con l'urbanizzazione della popolazione, con la modificazione della realtà sociale da famiglia allargata a famiglia mononucleare, in cui la donna si trova spesso sola e senza riferimenti nella gestione dell'esperienza di maternità, con l'aumentata presenza femminile nel mondo del lavoro e, non ultima, con la diffusione e la relativa propaganda più o meno diretta delle formule sostitutive del latte materno. L'allattamento materno ha ritrovato una maggiore popolarità dagli anni '80, grazie al supporto silenzioso di associazioni di mutuo-aiuto tra mamme, come la Leche League, all'attenzione di alcuni operatori sanitari ed all'azione delle organizzazioni internazionali (OMS e UNICEF) che hanno

fatto dell'allattamento uno degli obiettivi di salute prioritari in tutto il mondo, attivando in particolar modo la campagna "Ospedali Amici dei Bambini".

A tutt'oggi la situazione epidemiologica dell'allattamento materno in Italia, si stabilizza a dei livelli intermedi rispetto al resto dell'Europa (dove ci sono paesi come quelli Scandinavi che hanno raggiunto una percentuale di inizio del 95%): nel 1995 l'85% dei neonati sani e a termine ha iniziato l'allattamento materno con una riduzione al 41,8%, al 19,4% e al 4% rispettivamente a 3, 6 e 12 mesi di vita<sup>4</sup>. Questo dato non è confortante specie se si considera che le cause vere di agalattia materna sono rare e non possono incidere più del 2-3%<sup>5</sup> e che la durata minima dell'allattamento esclusivo al seno raccomandata dall'OMS<sup>6</sup> è di 4 mesi, preferibilmente di 6, introducendo gradualmente i cibi solidi nella seconda metà del I anno di vita, continuando l'allattamento al seno per almeno 12 mesi e successivamente tanto quanto è mutuamente desiderato<sup>1</sup>.

Quindi, per rispondere alla domanda iniziale della relazione, la risposta è: l'allattamento materno è un bisogno prioritario di salute, non solo perché fa bene e costa poco, ma anche perché le donne oggi vanno aiutata a condurlo.

I dati citati infatti dimostrano quanto lavoro sia necessario svolgere, per motivare le donne ad una scelta attiva e responsabile verso l'allattamento, per permetterle di iniziarlo efficacemente e di proseguirlo nel tempo, cominciando col prevenire e risolvere quei piccoli incidenti di percorso (la montata latte, l'ingorgo, la ragade, il pianto del bambino, etc.) che possono altresì essere causa di uno svezzamento precoce o affrontando problemi organizzativi, come quello del ritorno al lavoro, in modo compatibile con l'allattamento. Questo impegno vede coinvolti i diversi settori non solo dell'ambito sanitario, ma della società nel suo insieme, perché ciascuno rappresenta un anello importante della cosiddetta "catena calda" che sostiene l'allat-



tamento (la famiglia, l'ospedale, l'assistenza territoriale ed il pediatra di base, il contesto culturale e sociale, l'educazione scolastica, i mass-media, etc)<sup>7</sup>.

Certamente gli operatori sanitari svolgono in questo ambito un ruolo importante, non foss'altro in relazione all'effetto deleterio che possono avere forme organizzative (*il nido*), messaggi (*con un seno così piccolo, non so se riuscirà ad avere latte a sufficienza*) o comportamenti errati (*prescrivere o somministrare aggiunte di latte artificiale o soluzione glucosata o proporre il succhiotto*) od omessi (*non attaccare precocemente il bambino al seno, o non valutare l'efficacia di una poppata*) verso l'allattamento da parte delle diverse professionalità.

Passare da una cultura sanitaria del "biberon", prescrittiva, meccanica ed eterodefinita, ad una in cui si propone un comportamento di salute attivo, basato sulla fiducia nelle competenze della coppia allattante, e sulla responsabilizzazione (empowerment) materna, può non essere facile, sia in termini di attività da svolgere, che in termini di atteggiamenti da assumere. Sono riportati in letteratura diversi studi dai quali emerge il basso livello di conoscenza degli operatori sanitari su questo tema<sup>8</sup>. Molti di noi possono inoltre ricordare l'inconsistenza delle informazioni avute sull'allattamento al seno nel corso della propria formazione professionale, specie riguardo ai comportamenti da attuare e non tanto alle nozioni teoriche sulla superiorità del latte materno.

Ecco quindi che il raggiungimento di un livello base di formazione sull'allattamento materno, diffusa capillarmente specie tra il personale sanitario responsabile dell'assistenza a madri e bambini, ed adeguato per permettere la consapevole applicazione di protocolli operativi pertinenti, rappresenta uno dei punti fondamentali della politica di promozione dello stesso. Il punto 2 infatti della Dichiarazione degli Innocenti (OMS/UNICEF, Firenze 1-8-'90), che è la base della campagna mondiale Ospedale Amico dei Bambini

cita testualmente: fornire a tutto il personale sanitario le competenze necessarie per l'attuazione completa di questo protocollo. Ed è stato pertanto istituito uno specifico corso UNICEF di 18 ore, destinato proprio alle varie figure professionali coinvolte nel percorso nascita, che in Italia viene organizzato dal Gruppo di Lavoro sull'Allattamento al Seno dell'IRCCS Burlo Garofano di Trieste, al quale appartengo, che viene proposto alle Aziende Sanitarie interessate al cambiamento.

A questo punto sorge una seconda domanda: quali sono le competenze professionali che possono oggi contribuire alla soddisfazione del bisogno di allattamento delle unità madri-bambino?

Da quanto detto finora si evince che ci sono competenze fondamentali, irrinunciabili, che devono far parte degli obiettivi educativi del curriculum di base o di specializzazione delle diverse professionalità coinvolte nelle fasi "critiche" (pediatra, infermiera, ostetrica, etc.). Ma d'altro canto l'allattamento materno inteso come processo completo di interazione tra la madre e il bambino, pone oggi complesse problematiche e relative conoscenze e competenze afferenti alle diverse branche



delle scienze umane: la sociologia, l'antropologia, l'epidemiologia, la psicologia, l'anatomia e fisiologia, la biochimica, l'immunoinfezione, la farmacologia, la pedagogia, l'igiene, la neonatologia e la pediatria, la dietologia, l'ostetricia e la ginecologia, la tecnologia, la giurisprudenza, la metodologia dell'organizzazione e della ricerca. Sembra impossibile per un'attività umana così apparentemente semplice, naturale ed antica quanto il mondo!

E' in relazione a questa complessità ed alla conseguente necessità di un riferimento specifico, che è nata nel 1985 negli Stati Uniti e si è poi diffusa in tutto il mondo e da qualche anno anche in Italia una nuova professionalità, quella della International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), cioè Consulente Professionale per l'Allattamento Materno.

Una IBCLC è un operatore sanitario che possiede le capacità, le conoscenze e gli atteggiamenti per identificare i bisogni della coppia madre-bambino allattato al seno al fine di prevenire, riconoscere e risolvere le eventuali difficoltà del processo di allattamento. Formato ad un principio di prevenzione, l'IBCLC focalizza la sua attività sull'educazione attiva delle donne e dei genitori a prendersi la responsabilità per la salute propria e dei figli sia nella fase prenatale che in quelle successive. Inoltre, in qualsiasi ambiente operi, adotta un approccio pratico e diretto con lo scopo di fornire informazioni, suggerimenti e nomi di specialisti quando è necessario.

Il ruoli principali che possono essere svolti da una IBCLC sono:

- di presa in carico dell'unità madre-bambino per quanto concerne l'allattamento
- di educatore verso la madre e/o i familiari (in genere il padre), e verso l'equipè professionale
- di consulente per i colleghi e gli altri operatori in quanto capace di monitorare il grado di efficacia del processo di allattamento, implementare e organizzare attività com-

plesse (per es. la raccolta del latte), introdurre innovazioni assistenziali (per es. suzione non nutritiva al seno) basate su evidenze scientifiche e motivare i colleghi ad attuarle, definire protocolli operativi, gestire situazioni di allattamento particolarmente complesse sul piano clinico e relazionale

- di promotore della ricerca infermieristica nel campo dell'allattamento
- di organizzatore di un servizio per l'allattamento

La metodologia di lavoro si basa sul processo scientifico del problem solving, al fine di permettere un'accurata valutazione iniziale, una pianificazione ed attuazione dell'intervento ed una valutazione finale. Può essere anche molto utile l'utilizzo del metodo SOAP (S dati soggettivi materni; O= dati oggettivi; A= assessment cioè valutazione e diagnosi infermieristica, P= pianificazione ed attuazione), perché esplicita che l'attività di aiuto deve partire da ciò che la mamma si sente ed esprime. Inoltre per la definizione dei problemi ci si può avvalere delle diagnosi infermieristiche riconosciute dal NANDA, di cui quelle più frequentemente ricorrenti sono<sup>9</sup>:

- allattamento al seno efficace
- allattamento al seno inefficace (o rischio di)
- allattamento al seno interrotto

I contesti in cui può operare una IBCLC sono diversi: i corsi di preparazione al parto, i punti nascita, le neonatologie e le unità operative di terapia intensiva neonatale, i reparti di pediatria o chirurgia neonatale o pediatrica, i servizi territoriali che seguono il puerperio, le consulte pediatriche, o infine l'attività privata ambulatoriale o domiciliare.

All'estero e soprattutto negli Stati Uniti, in Canada, e Australia le IBCLC sono una professione diffusa, riconosciuta ed inquadrata all'interno delle strutture sanitarie. Attualmente si sta cercando di ottenere il riconoscimento ufficiale dall'Unione Europea per la

Consulente Professionale in Allattamento al Seno. In Italia, in relazione all'attività professionale di base ed al titolo aggiuntivo di consulente, si può essere inseriti in un settore "strategico" per l'allattamento e preposta al suo sostegno per l'intero o parte dell'orario di lavoro.

Il conseguimento del diploma avviene attraverso un sistema di certificazione di formazione di base e permanente molto interessante, che dovrebbe essere di insegnamento per tutti.

La certificazione di IBCLC è una credenziale volontaria, che tutela:

- innanzitutto le madri e i bambini con la creazione di standard minimi di competenza. Le madri saranno così rassicurate sapendo che la qualifica IBCLC indica un'operatore in grado di fornirle una valida assistenza in allattamento
- poi gli operatori sanitari perché permette loro di approfondire e specializzare le proprie conoscenze in allattamento e di formalizzarle in una nuova professione che sta ricevendo sempre più attenzione da parte del mondo sanitario e governativo
- infine per le strutture sanitarie che, in relazione ai piani sanitari nazionali e regionali hanno l'interesse a migliorare la loro prassi relativa all'allattamento e di conseguenza i risultati in termini di aumento della frequenza e durata dell'allattamento materno.

Attualmente la certificazione di IBCLC viene rilasciata dall'International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), che è un ente preposto a valutare gli specifici prerequisiti richiesti (*formazione di base, ore di pratica in allattamento materno e di aggiornamento teorico*) e le competenze professionali attraverso un esame a carattere teorico pratico che si tiene contemporaneamente in tutto il mondo ogni anno. Tale certificazione è valida per cinque anni, dopo i quali è necessario rinnovare la certificazione attraverso documentati crediti di aggiorna-

mento scientifico e comunque ogni 10 anni con la ripetizione dell'esame stesso.

Questo sistema di aggiornamento e certificazione garantisce la professione e costituisce un forte stimolo all'aggiornamento continuo.

Al momento in Italia la formazione può avvenire o attraverso la frequenza di corsi di aggiornamento o convegni sull'allattamento materno e riconosciuti come crediti dall'IBLCE o con un corso specifico di 80 ore che si tiene a Firenze e diretto dalla prima IBCLC italiana la Sig.ra Rosalinda Nesticò.

Esiste anche un'organizzazione professionale delle consulenti, l'International Lactation Consultant Association (ILCA) che svolge funzioni di rappresentanza, educazione, e tutela (*advocacy*), promuove la ricerca e coopera con le altre organizzazioni nazionali ed internazionali per raggiungere livelli eccellenti nella gestione dell'allattamento<sup>10</sup>. Inoltre pubblica il Journal of Human Lactation, una rivista specialistica, indicizzata e altamente qualificata.

Nel 1995 l'ILCA ha pubblicato un documento, rivisto successivamente nel '99 sugli standard di attività delle consulenti di allattamento (*Standard of Practice for Lactation Consultants*). Lo sviluppo degli standard promuove la coerenza dell'attività clinica incoraggiando un approccio sistematico comune. Inoltre l'aver formalizzato gli standard permette lo sviluppo di politiche, protocolli, programmi educativi e criteri di qualità, per elevare la professionalità e l'efficacia dell'attività, e per proteggere la salute di donne e bambini.

Le persone che entrano a far parte della professione di consulenti per l'allattamento, provengono da discipline diverse. In Italia per esempio siamo 23, così ripartite: 12 ostetriche, 2 pediatri, 3 infermiere o vigilatrici, 6 consulenti con lunga esperienza nella Leache League o altre organizzazioni di sostegno, di cui 2 psicologhe. A livello internazionale sono soprattutto infermiere (*R.N.*)<sup>11</sup>. In questo modo il diploma unifica tutti gli ope-

ratori con una base solida sull'allattamento, permettendo loro di proseguire nella loro professione con un indirizzo specifico, qualificato e basato su un corpo di conoscenze interdisciplinare.

Infine vorrei brevemente riportarvi la mia esperienza sul campo perché forse può essere, come tipo di percorso, uno spunto per gli altri.

Dopo aver conseguito il diploma di IBCLC nel 1997, presentai un progetto per la promozione dell'allattamento materno nella Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù dove sono in servizio da molti anni, corredandolo di un accurato curriculum vitae. Dal maggio dell'anno successivo sono stata inserita come infermiera nel Day-hospital e ambulatorio di Follow-up del reparto con la responsabilità di implementare contemporaneamente il suddetto progetto.

La posizione era strategica, in quanto mi permetteva di seguire le unità madri-bambino durante tutto un percorso, che iniziava con il ricovero del neonato e la raccolta del latte, proseguiva con i tentativi di avvicinamento al seno e le prime poppate, si concludeva con la gestione dell'allattamento a do-

micilio e il mantenimento della sua durata nel tempo. Nei due anni successivi, anche se in maniera sperimentale ed artigianale, sono stati raggiunti alcuni risultati: organizzazione e gestione della raccolta del latte in reparto (*locale allattamento*); acquisizione di materiale vario per l'allattamento; acquisizione di opuscoli specifici ed altro materiale bibliografico; attività di consulenza specifica alle madri di neonati ricoverati e in follow-up; pubblicazione dell'opuscolo sull'allattamento materno nei pretermine, corso di aggiornamento per gli infermieri del Dipartimento; organizzazione di una tavola rotonda sulla Promozione dell'allattamento materno in TIN; effettuazione di uno studio descrittivo sull'allattamento materno in TIN nel 1998 e nel 2000, i cui risultati preliminari dimostrano un incremento dell'allattamento materno esclusivo alla dimissione dal 21% al 64%; pubblicazione di due articoli su riviste infermieristiche italiane (di cui una indicizzata).

Nonostante una lunga pausa lavorativa della sottoscritta, molte delle attività iniziate sono proseguite (per es. la raccolta del latte in reparto), a dimostrazione della disponibilità degli altri



colleghi e collaboratori e della consistenza della proposta. A tutt'oggi il progetto di promozione dell'allattamento materno richiede un'ulteriore implementazione ed ampliamento a tutto il Dipartimento di Neonatologia Medica e Chirurgica dell'Ospedale, pertanto sono stata da poco inserita nell'attività a tempo ridotto, con la responsabilità prioritaria dell'allattamento. Vorrei sottolineare che nessuno degli obiettivi descritti sarebbe stato raggiungibile senza la disponibilità piena, la fiducia e l'appoggio costante innanzitutto del Primario del Dipartimento Prof. Orzalesi, della caposala del reparto Sig.a Fiorelli, del medico che si occupa di alimentazione Dott. Salvatori con il quale condivido soprattutto l'e-

sperienza di ricerca, e di tutto il personale medico, infermieristico ed ausiliario (in particolare del Day-hospital) che hanno contribuito con la loro attività quotidiana a permettere che l'allattamento materno possa divenire un'esperienza importante e soddisfacente nonostante le difficoltà iniziali, anche per quelle unità madri-bambino che hanno sperimentato una prolungata interruzione della loro relazione dalla nascita.

#### **Autore**

*DAI, Immacolata Dall'Oglio,  
Consulente Professionale per  
l'Allattamento Materno, Dipartimento  
di Neonatologia Medica e Chirurgica,  
Ospedale Bambino Gesù-Roma*

## bibliografia

- <sup>1</sup> American Academy of Pediatrics. Allattamento al seno e impiego del latte materno. *Pediatrics* 10(1), 1998: 89-94
- <sup>2</sup> Maffei F. Primo cibo, primo amore. Franco Angeli, Milano 2000. Cap. 4; 39-46
- <sup>3</sup> Cesaroni G., Pinelli A. L'allattamento in Italia. *Riv. Ital. Pediatr* 2000, 26: 129-135
- <sup>4</sup> Riva E, Banderali G, Agostani C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Pediatr.* 1999 88(4): 411-5
- <sup>5</sup> Davanzo R, Orzatesi M. L'allattamento al seno in Italia, la necessità di continuare a promuoverlo. *Riv. Ital. Pediatr.* 2000; 26: 45-46
- <sup>6</sup> WHO. Breastfeeding. The technical basis and recommendation for action. WHO 1993 Geneva
- <sup>7</sup> Editorial. A worm chain for breastfeeding. *Lancet* 1994; 344: 1239-1240
- <sup>8</sup> Pantazi M. et Al: Staff support for mothers to provide breast milk in pediatric hospitals and neonatal units. *J Hum Lact* 14(4): 291-6, 1998.
- <sup>9</sup> Davanzo R. Gli interventi di promozione intraospedaliera dell'allattamento al seno. *Ospedale e Territorio*, 1(1) 1999: 200-5
- <sup>10</sup> Auerbach K.G. e Riordan J. Work strategies and the lactation consultant. In Riordan J. e Auerbach K.G. *Breastfeeding and human lactation*. Jones and Bartlett, Boston 1999:728-30
- <sup>11</sup> Spangler A. Lactation Education in the 21st Century: a retrospective. *Journal of Human Lactation* 16(2) 2000: .93-4
- <sup>12</sup> Auerbach K.G. e Riordan J. Work strategies and the lactation consultant. In Riordan J. e Auerbach K.G. *Breastfeeding and human lactation*. Jones and Bartlett, Boston 1999: 709

# Il Leader e l'importanza della Leadership nella professione infermieristica

di Milena Bassoli

**Abstract:**

***Negli ultimi anni si parla molto dei Leader, persone che per le loro caratteristiche personali, capacità, abilità sono in grado di guidare un gruppo di persone al raggiungimento di un fine comune. In ogni gruppo politico, sociale, di volontariato o amicale esiste un Leader, anche la professione infermieristica ha conosciuto nel corso degli anni la presenza e l'influsso di numerose Leader che con loro impegno, la volontà hanno portato la nostra ad assumere uno status sociale riconosciuto da più parti.***

***All'interno delle Aziende ora il vero Leader si riconosce nella figura del coordinatore, egli deve mediare conflitti e situazioni difficili, fra gli infermieri, gli infermieri ed i medici e la dirigenza infermieristica. In ogni gruppo oltre al Leader esistono figure che per molti aspetti si contrappongono, gli antileader, che tentano di agire su quelle caratteristiche come la credibilità, l'impegno per contrastare il Leader riconosciuto e screditarlo fra gli altri membri del gruppo.***

molto preciso, con questo termine si vogliono identificare coloro che per caratteristiche personali e capacità proprie sono in grado di guidare persone verso il raggiungimento di un obiettivo comune.

Ogni gruppo, che sia esso politico, di lavoro, associazionistico o amicale, riconosce al suo interno una persona che emerge sulle altre e che è considerata quasi indispensabile da tutti gli altri membri del gruppo stesso.

Mi preme sottolineare a questo proposito, che ho utilizzato il termine "quasi" con un significato ben preciso, ed in seguito vedremo perché.

Comunque sia in molti hanno studiato il fenomeno dei Leader, studiosi sociologi



La parola Leader ha un significato

e psicologi hanno cercato di evidenziare attraverso ricerche, interviste, quali sono le caratteristiche specifiche di un Leader, cercando di scoprire tratti comuni, oppure profonde diversità con l'obiettivo di creare un ritratto comune dei Leader.

In America a tal proposito è stata condotta un'indagine su 95 Leader a capo di importanti aziende, da questo lavoro emersero alcune caratteristiche comuni, ma soprattutto si dimostrò il fatto che ogni persona considerata come Leader in realtà aveva diversità di comportamento e di approccio con il resto del gruppo davvero significative.

Vi sono però alcune caratteristiche, come la credibilità e l'impegno nei confronti degli altri membri del gruppo, la complessità del gruppo stesso, che risultano sì essere comuni ma soprattutto indispensabili.

Tanto un gruppo è più grande e fa parte di un contesto sempre in evoluzione, tanto più il leader deve essere credibile nei confronti degli altri, al raggiungimento di uno scopo, che si può ottenere solo con l'impegno la tenacia, il riconoscimento sia da parte del gruppo stesso, ma anche dall'ambiente in cui esso è collocato.

E' possibile tuttavia riconoscere chi sia il Leader di un gruppo, anche attraverso il comportamento del gruppo stesso?

L'agire del Leader si manifesta attraverso la propria Leadership.

Con questo termine intendiamo definire la capacità propria di una persona di influenzare le altre persone affinché esse diano il meglio di sé all'interno del gruppo.

Solitamente la Leadership è ben riconosciuta in uno stile particolare, lo stile di Leadership infatti è un modello di comportamento ben visibile e molto orientato.

Esistono diversi stili di Leadership, abbiamo quello autocratico, quello democratico, quello partecipativo oppure quello permissivo.

Ognuno di essi è diverso dagli altri ed il loro manifestarsi attraverso l'azione del Leader propone delle caratteristiche ben evidenti all'interno di ogni gruppo, come vedremo nella breve descrizione.

Lo stile autocratico è caratterizzato dal

fatto che il Leader tende ad assumere su di sé ogni controllo, decidendo egli stesso gli obiettivi senza in alcun modo coinvolgere gli altri membri.

Il Leader in questo caso diventa come un accentratore, e dove incontra un ostacolo nel comportamento di qualche collaboratore o sub – alterno utilizza delle tecniche particolari di persuasione come i premi, oppure le punizioni.

Una variante a questo stile è quello di tipo paternalistico, nel quale il Leader non utilizza premi o sanzioni, ma altre forme di pressione.

Lo stile democratico si caratterizza per il fatto che il Leader tende a coinvolgere ed stimolare gli altri membri del gruppo verso il raggiungimento del fine.

Egli promuove la crescita di ognuno riconoscendo i singoli non come semplici membri ma come parte integrante del gruppo dove pare essenziale per il raggiungimento del fine comune quello di valorizzare le capacità e le potenzialità dei singoli.

Lo stile riconosce un po' le caratteristiche dei due precedenti.

In questo caso il Leader coinvolge le altre persone nella scelta degli obiettivi e dei mezzi per raggiungerli, condividendo proposte suggerimenti.

L'ultimo stile quello permissivo vede invece un Leader quasi assente nel proprio ruolo lasciando gli altri membri del gruppo senza nessun tipo di organizzazione e direzione, ognuno è come se fosse autonomo sia dagli altri che verso l'obiettivo comune.

In generale gli stili di Leadership risentono di alcuni fattori, a parte quelli personali del Leader, giocano un ruolo fondamentale le caratteristiche generali del gruppo, l'ambiente nel quale esso è inserito, gli scopi, la maturità dei singoli e la capacità di far fronte ai cambiamenti.

Il ruolo del Leader evidentemente non è dei più facili.

Numerosi sono gli ostacoli soprattutto interpersonali con i quali egli ha a che fare e che spesso mandano in crisi l'intero gruppo.

Si era detto che un Leader deve aver la capacità di guidare, convogliare le energie dei singoli, spesso però ci si trova di fronte

a persone che piuttosto che essere guidate tendono a ribellarsi creandosi dove è possibile una sorta di cerchia di persone con l'intento di sbaragliare il Leader riconosciuto.

Si tratta di anti – Leader, ed anche se non sempre sono riconoscibili, sicuramente nella maggior parte dei gruppi esistono e sono probabilmente il problema più grande per un Leader.

Gli anti – leader tentano di agire su quelle caratteristiche di cui si parlava all'inizio, la credibilità, l'impegno.

E' difficile quindi stabilire quale sia lo stile ideale, soprattutto per far fronte ai conflitti ed ai problemi che quasi normalmente si verificano nei gruppi.

E nella nostra professione?

Possiamo riconoscere dei Leader?

La risposta pare ovvia, la storia della nostra professione conosce numerosi Leader, anzi numerose Leader, si perché credo che a differenza di molte altre professioni la nostra abbia riconosciuto quasi sempre delle donne, donne che con il loro impegno e la loro tenacia hanno portato la nostra professione ad assumere uno status davvero importante, nella società.

Ma forse per parlare di loro sarebbe meglio affrontare un argomento a parte.

Magari sarebbe utile spendere qualche parola sulle nostre realtà lavorative, quella delle Unità Operative, delle Università, o di tutti i luoghi in cui esercitiamo la nostra professione.

Penso che nella maggior parte il Leader sia identificato con la figura del Coordinatore.

Il coordinatore che forse negli ultimi anno è stato un po' messo in secondo piano.

Il coordinatore, conosciuto meglio come la CapoSala, riveste appieno l'identikit del Leader.

Inserito in un piccolo o grande gruppo di infermieri, può lavorare in un'Unità Operativa più o meno complessa, deve mediare, gestire i conflitti da più parti, quelli fra gli infermieri, fra gli infermieri ed il personale medico, fra gli infermieri e la dirigenza infermieristica.

Il Leader è in grado di creare caratteristiche che sono ben visibili nei gruppi, il gruppo è la manifestazione finale del-

l'agire del Leder ed dei suoi collaboratori,

Il senso di appartenenza, la coesione, la cooperazione e la sicurezza sono indicatori che il clima creato all'interno di ogni gruppo, rende tutti coloro che ne fanno parte figure essenziali al raggiungimento del fine per il quale il gruppo stesso esiste.

Non sempre appare facile mantenere queste caratteristiche soprattutto in quei gruppi molto numerosi dove non sempre è ben identificabile la figura di un vero leader, ma dove più persone tendono ad assumere questo ruolo, possono crearsi conflitti davvero importanti, a scapito di quelle che sono le capacità e le attitudini di ognuno e dell'organizzazione stessa.

### **Autore**

*IP Milena Bassoli Unità Operativa  
Cardiologia Carpi*

# bibliografia

C. Calamandrei  
"La dirigenza infermieristica"

McGraw – Hill Milano  
W.Tennis  
"Leader: Anatomia  
della Leadership"

F. Angeli Milano

---

# La Bioetica e l'infermieristica

---

di Mariagrazia Ramunno

**L**a professione infermieristica si imbatte con frequenza in situazioni critiche, spesso molto differenti tra di loro, che necessitano di scelte comportamentali, il più delle volte determinanti per l'utente. Le situazioni critiche sono identificabili come dilemmi etici, che implicano la presa di decisioni. Ma da parte di chi?

L'infermiere, come tutti i professionisti della salute, è chiamato a servire il miglior bene possibile per la persona e a rispondere con competenza e pertinenza.

Ricorda il Codice Deontologico, art. 3.4:

“l'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica”.

Nell'ambito dell'attività professionale ci si imbatte frequentemente in discussioni di dilemmi di natura più ampia rispetto a quelli trattati dalla deontologia, perché richiedono una riflessione più ampia e complessa ed esigono una conoscenza approfondita per poter essere esaminati e risolti con competenza.

A tal proposito si fa riferimento a problematiche bioetiche.

Quando si parla di Bioetica ci si riferisce a un termine coniato negli Stati Uniti nel 1970 dall'oncologo Van Rens-

selaer Potter. Secondo l'oncologo la “Bioetica si deve occupare di unire l'«etica» e la «biologia», i valori etici ed i fatti biologici per la sopravvivenza dell'intero ecosistema: la Bioetica ha il compito di insegnare come usare la conoscenza in ambito scientifico – biologico. L'«istinto» alla sopravvivenza non è sufficiente: si rende necessario elaborare una «scienza» della sopravvivenza, che l'autore identifica con la Bioetica”<sup>1</sup>.

Attualmente la Bioetica viene identificata con la definizione offerta dalla Encyclopedia of Bioethics del 1978 “la Bioetica è un'area di ricerca che, avvalendosi di una metodologia interdisciplinare, ha per oggetto l'esame sistematico della condotta umana nel campo delle scienze della vita e della salute, in quanto questa condotta è esaminata alla luce di valori e principi morali”.

Le finalità della Bioetica consistono nell'analisi razionale dei problemi morali legati alla biomedicina e della loro connessione con gli ambiti del diritto e delle scienze umane.<sup>2</sup>

Il progresso scientifico e tecnologico ha sollevato nuovi problemi. L'uomo è in grado di sostituire organi prelevandoli da un deceduto o creati artificialmente e realizzare un essere identico ad un altro già esistente senza l'ausilio del concepimento. La scienza ci supporta per pro-

---

<sup>1</sup> E. Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, vol. I, Vita e Pensiero, Milano, 1998

<sup>2</sup> E. Sgreccia, *op. cit.*

lungare la vita e migliorarne la qualità. Ma alcune volte l'impiego della tecnica può creare danni irrimediabili o ledere i valori umani fondamentali.

La bioetica ha il compito di esaminare la liceità dell'intervento dell'uomo sull'uomo; ci insegna e ci guida a ritrovare il valore umano fondamentale e l'essenza dell'uomo stesso nel dedalo dell'universo tecnologico.

Per applicare la bioetica, in realtà, non si trova una ricetta pronta per la risoluzione dei dilemmi, ma esiste un pluralismo di modelli e di teorie, spesso inconciliabili tra di loro; nonostante il continuo dibattito, non è possibile elaborare dei paradigmi adattabili alla risoluzione dei casi più frequenti.

E' necessario in ogni avvenimento dimostrare la scelta ultima di definire la liceità o illiceità di un caso, argomentandola con orientamenti validi e razionalmente fondati, perciò condivisibili e, quanto meno, confrontabili responsabilmente<sup>3</sup>.

La bioetica è sempre stata considerata materia per pochi esperti.

Le realtà vissute nel processo assistenziale obbligano i professionisti della salute ad osservare più attentamente le problematiche quotidiane, attraverso un approccio che richiede una riflessione consapevole e responsabile.

Il paternalismo medico, fino a pochi anni or sono, ha favorito, per alcuni professionisti, la scelta delle cure, facilitati dalla posizione di subordinazione e di rassegnazione che molti pazienti assumevano.

L'infermiere è oggi la figura di rilievo nell'equipe curante e la sua intima relazione con il paziente, gli permette di possedere numerosi elementi di analisi dei conflitti vissuti dal e con il paziente.

Egli divide con l'assistito il lungo percorso della malattia, che pone frequentemente dei limiti di libertà, non solo di tipo fisico. Molti pazienti vivono il ricovero con senso di sfiducia nei confronti della sanità e dell'ambiente poco confortevole; spetta all'infermiere restituire alla persona la dignità che la struttura,

gli spazi e le regole gli sottraggono.

Il percorso assistenziale permette l'instaurarsi di una relazione che ha una peculiare rilevanza perché implica la salute olistica della persona. Si crea un rapporto di intimità e complicità, che consente di trasformare la malattia in una esperienza di crescita personale. La qualità dell'incontro costituisce l'elemento determinante dell'efficacia dell'assistenza anche sotto l'aspetto etico.

Prendendosi cura della persona ne apprende i bisogni, sia fisici che psichici, conosce i suoi desideri e le sue paure, entra in relazione con i suoi familiari e con le persone per lei significative. I medici prescrivono il trattamento, ma gli infermieri condividono con il malato la sofferenza di una terapia o il disagio di una qualità di vita peggiorata.

L'infermiere è nella migliore posizione per valutare il modo in cui la persona vive la qualità della sua vita, quindi è in grado di tradurre le speranze e le illusioni dell'assistito e può essere il fulcro dell'analisi dei conflitti etici.

Un vero professionista, dotato di conoscenza e responsabilità, deve guidare la persona alla ricerca del bene. Lo stato di necessità e di dipendenza dato dalla malattia, non deve autorizzare l'operatore a monopolizzare la situazione e a gestire autorevolmente le scelte.

La riflessione etica è obbligatoria perché è insieme segno e frutto della responsabilità professionale, verso se stessi e verso l'intera disciplina. L'infermiere è un agente morale, cioè una persona che compie scelte di natura etica poiché il suo agire è condizionato, ma non interamente determinato, dal contesto, dal cliente, dalle prescrizioni terapeutiche, dall'organizzazione del lavoro. Egli agisce continuamente una sintesi tra norma giuridica, norma morale, norma deontologica e cultura.

Ma l'infermiere quanto conosce della bioetica? Sa analizzare un problema?

Nel contesto attuale la bioetica è insegnata nel corso di Laurea per infermiere nel 3° anno, con un numero di ore non definito; agli atenei è lasciata ampia li-

<sup>3</sup> E. Sgreccia, *op. cit.*

bertà di decidere il tipo di programma da svolgere.

Il Comitato Nazionale di Bioetica in un documento pubblicato nel 1991<sup>4</sup> punta il dito sulla formazione, comprendendo il personale medico e tutto il personale che, a vario titolo, opera nel comparto della sanità, qualora le sue funzioni incidano o possano incidere concretamente nel sistema globale delle cure della salute, al fine di inserire efficacemente la bioetica nel processo di cura .

Il panorama italiano non offre molti punti di osservazione dell'impegno degli infermieri in bioetica. Poche realtà isolate possono però essere pioniere di una nuova evoluzione verso l'impegno

anche con la consulenza e il supporto di esperti in materia.

In ogni caso clinico emergeranno semplici idee o sensazioni, preferenze legate a ideologie personali o a valori culturali e religiosi, ma il confronto tra professionisti, seguendo un'analisi logica dei fatti e delle istanze, permetterà di scartare contenuti e giustificazioni prive di una base etica e di trovare la migliore soluzione possibile che risponde al miglior bene per quel paziente e non per altri.

Da una ricerca condotta nel St. Agnes Surgery Center di Ellicott City negli Stati Uniti<sup>5</sup>, emerge che i dilemmi etici affrontati dal personale sanitario coinvolti nella cura dei pazienti, provocano ri-



ad approfondire la disciplina, al fine di partecipare con responsabilità ai bisogni del paziente.

La risposta non può essere di impegno a sviluppare una coscienza etica, che risiede nella formazione di base e nell'applicarsi quotidianamente con la dovuta sensibilità personale, a volte celata dalla rimozione o dal burn-out. La responsabilità risiede nell'esaminare la materia studiandone i fondamenti, le teorie, i principi ed elaborando, con l'intera equipe, la discussione dei casi incontrati,

sposte emozionali dolorose e gli infermieri risultano in una posizione chiave per aiutare gli operatori sanitari a navigare nelle "turbolente acque etiche".

Diverse riviste internazionali, hanno pubblicato articoli riguardanti il ruolo dell'infermiere in merito alla presa di decisioni nei trattamenti di fine vita, in particolare nel suicidio assistito, nella gestione del dolore, nella partecipazione al consenso informato.

Gli infermieri statunitensi specializzati in neonatologia, impiegati in emergenza

<sup>4</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica *Bioetica e formazione nel sistema sanitario* Roma, 07/09/1991

<sup>5</sup> Beerman CM *The nurse's role in bioethics* AORN J 1997 May; 65(5):923 - 6

o in area critica, avvertono la necessità di avere una maggiore conoscenza dei percorsi etici da affrontare per prendere decisioni etiche appropriate per il paziente<sup>6</sup>.

L'impegno e l'interesse degli infermieri nella bioetica è molto varia nel panorama mondiale e si evidenzia come questo legame, non è solo esigenza del corpo professionale, ma è richiesto dall'equipe e dai pazienti stessi che identificano in questa figura il miglior supporto e la piena fiducia rispetto a qualunque altro operatore.

Un'indagine conoscitiva eseguita in Francia sulle conoscenze e sul ruolo dell'infermiere e dei medici in Bioetica, indica che il ruolo dei professionisti nelle decisioni etiche è marginale. Le conoscenze infermieristiche riguardo ai protocolli di ricerca, con particolare attenzione ai requisiti etici richiesti e alle possibili conseguenze, sono scarse<sup>7</sup>.

Nella realtà statunitense si vivono gli stessi disagi che in altri paesi. Oggetto di uno studio pubblicato nel 2001<sup>8</sup> era l'identificazione e il confronto delle sensazioni procurate da problemi etici da parte di medici e infermieri, con particolare riguardo alle difficili decisioni da prendere in pazienti terminali. Secondo gli autori, anche se lo studio è circoscritto ad un ambiente e ad un campione, l'indagine ha permesso di segnalare la necessità che hanno i professionisti di meglio comprendere e tollerare il peso delle questioni etiche.

La speranza è di creare una figura infermieristica esperta in materia, che

possa forgiarsi appieno del titolo di bioeticista, attraverso un percorso formativo completo e la partecipazione attiva nei luoghi istituzionali dove si affronta la bioetica, per l'interesse di tutti di cittadini e non solo di coloro che si trovano ad incontrare la malattia. L'impegno dovrebbe poi essere di diffondere la disciplina nelle realtà lavorative, nel dovere giornaliero verso i pazienti, fornendo consulenze ed esami scrupolosi dei singoli casi, affinché si possa fornire un'assistenza integrale che riporti al centro della cura la persona.

#### **Autore**

*IP. D.A.I. Mariagrazia Ramunno  
Centro Rianimazione  
Ospedale S. Camillo - Roma*



<sup>6</sup> Juretschke-LJ *Ethical dilemmas and the nurse practitioner in the NICU Neonatal-Network:Journal-of-Neonatal-Nursing* 2001 Feb; 20(1): 33-8

<sup>7</sup> Benhamou-Jantelet-G *Nurses' ethical perceptions of health care and of medical clinical research: an audit in a French university teaching hospital Nursing-Ethics:-An-International-Journal-for-Health-Care-Professionals* 2001 Mar; 8(2): 114-22

<sup>8</sup> Oberle-K; Hughes-D *Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions Journal-of-Advanced-Nursing* 2001 Mar; 33(6): 707-15

---



linea  
diretta  
con il  
presidente

---

*Caro Presidente, sono un iscritto al Collegio di Roma e vorrei togliermi una curiosità con la speranza che lei possa rispondermi. Nella clinica privata in cui lavoro stanno arrivando molti infermieri professionali di nazionalità rumena. Questi colleghi vengono inseriti in reparto come unità di lavoro, creando però non poche difficoltà a noi operatori italiani a causa della loro pessima conoscenza della lingua italiana. La mia domanda è la seguente: ma come è possibile che accada questo? Mi chiedo se non sarebbe meglio che i colleghi stranieri, prima di iniziare a lavorare in Italia, frequentino un corso di lingua e solo dopo aver superato un apposito esame prendano servizio. Lei che ne dice?*

*Cordiali saluti*

---

Lettera firmata

Caro Collega, comprendo perfettamente le ragioni del disagio circa la difficoltà di lavorare con colleghi che non parlano bene la nostra lingua. E per gli infermieri si tratta di difficoltà crescenti, a causa del sempre più massiccio ricorso all'assunzione di colleghi stranieri.

E' questa la conseguenza diretta della grave carenza di infermieri italiani, frutto di un lungo periodo in cui i giovani si sono allontanati dalla professione infermieristica. Solo la recente inversione di tendenza testimoniata dall'aumento

delle iscrizioni ai corsi di laurea fa sperare in un cambiamento della situazione.

Quanto però alla contestazione dell'assenza di un'ideale prova di ingresso nelle nostre strutture di cura da parte dei colleghi stranieri, devo precisare che per poter essere iscritto all'albo professionale, e dunque per poter esercitare la professione in Italia, ogni collega deve sostenere una duplice prova d'esame, così come sancito dalla normativa vigente ed effettuato ad opera del Ministero della Pubblica Istruzione. La prova prevede una prova di lingua italiana e una di legislazione sanitaria e deontologia professionale. Dunque, i colleghi stranieri in servizio presso la sua clinica devono aver sostenuto e superato questa prova d'esame.

Si può forse sostenere, a ragione, che la prova in questione non risulta sufficientemente selettiva, almeno per quanto attiene alla pratica della lingua italiana. Come possibile spiegazione, si può forse addurre la pressante necessità di infermieri da inserire nelle strutture di cura pubbliche e private che induce il Ministero a una verifica concentrata più sugli aspetti tecnico-professionali che sulla padronanza dell'italiano, su cui forse si preferisce chiudere un occhio.

In ogni caso, caro collega, la esorto ad avere pazienza, a collaborare affinché i colleghi stranieri imparino in fretta la lingua, a compiere uno sforzo per la loro integrazione che per lei stesso è preziosa, nel segno dello spirito che alimenta la

nostra professione: la propensione all'aiuto.

---

*Gentile Presidente, vista la sua disponibilità a rispondere alle nostre domande, vorrei porle un'osservazione che sono sicura interessa tutti gli infermieri. Proprio questa mattina, insieme ai miei colleghi, ho ritirato lo stipendio e vedere apparire sulla busta paga l'immutabile cifra di 1200-1300 euro ci fa pensare che sarebbe veramente meglio cambiare lavoro.*

*Le premetto che la maggior parte dei miei colleghi svolge questa professione con grande passione e le garantisco che se proseguiamo a farlo non è certo per lo stipendio. Ma allora: la laurea, i master (che costano un occhio della testa), a che cosa servono? Solo alla gratificazione personale?*

*Per quanto mi riguarda, adoro questo lavoro e non lo cambierei con nessun altro; cerco di essere sempre aggiornata e faccio del mio meglio, ma purtroppo di Florence Nightingale ne è esistita solo una. L'amarezza è tanta soprattutto quando confronti il tuo stipendio con quello dell'amica che fa la commessa o qualsiasi altra cosa.*

*La rivalutazione della nostra categoria c'è e lo si percepisce ogni giorno di più. Mi chiedo però: perché le persone venerano e rispettano come se fossero Dei calciatori che guadagnano miliardi e che non sanno nemmeno che esistono? Le persone con noi sbraitano, ci insultano, dicono che rubiamo lo stipendio.*

*A questo punto, mi pento di non aver corso dietro a una palla!*

*Cordiali saluti*

---

Cara Collega,  
che dire se non che la sua lettera coglie nel segno. Ha ragione da vendere a reclamare un trattamento economico degno di ciò che è oggi un infermiere. Sono con lei quando sottolinea l'assurdità di stipendi da fame per una figura che ha guadagnato ormai un ruolo chiave nella sanità e nel benessere dei cittadini. Comprendo bene il senso di frustrazione e di sconforto

che pervade le sue parole. Apprezzo parimenti la passione per la professione che muove le sue osservazioni critiche.

Quanto alla crescita professionale che ha caratterizzato gli infermieri italiani negli ultimi anni, deve riconoscere che si tratta di un importante obiettivo colto dalla categoria, tanto che se oggi possiamo reclamare con piena ragione stipendi adeguati lo dobbiamo proprio alle nostre mutate prerogative: non più una professione ausiliaria ma intellettuale a tutto tondo, dotata di autonomia, professionalità e dunque meritevole di un trattamento economico ben diverso.

Il Collegio si è battuto e si batte con ogni energia e fino alla nausea per affermare il principio che l'infermiere è oggi un professionista coi fiocchi, che in quanto a competenza scientifica e professionalità ha tutti i numeri per competere in ambito europeo. Il Collegio ha fatto e fa il suo mestiere. Non può certo uscire dai binari che gli competono e darsi alla contrattazione economica della categoria. Una prerogativa, questa che appartiene ad altri soggetti e che il Collegio professionale non può e non deve considerare.

Ma spetta in primis agli stessi infermieri affermare la propria professionalità e i diritti economici che ne conseguono. Verrà il tempo, ne sono certo, in cui le cose cambieranno. Sarà un grande giorno per gli infermieri e per l'intera comunità degli assistiti. A patto che la categoria non molli la presa, con l'aiuto indispensabile delle rappresentanze sindacali, a cui spetta il ruolo di sostenere le istanze economiche della categoria.

Quanto al fatto che sia meglio correre dietro ad un pallone, francamente non ho suggerimenti da offrirle. Perché mai la gente ammira tanto un calciatore piuttosto che un infermiere? E' un mistero che ha una sola, desolante, spiegazione: il mondo gira così. Diciamo allora che gli infermieri, il loro sacrificio quotidiano, la forza e il cuore che ci mettono, limitano i danni. Per fortuna.



*Tanto perché non si vive di sola clinica, questa volta abbiamo scelto di curare un aspetto più "ludico": ecco un elenco di siti web infermieristici che fanno satira sanitaria*

#### **COSABLANCA**

<http://www.cosablanca.it>

L'unico sito web di questo livello in italiano: dalle ultime sconvolgenti rivelazioni su Marte, ai sistemi per aumentare la retribuzione... per passare alla collana di testi editi in proprio (virtuali, ovviamente).

Presenta un personaggio d'eccezione: Humprey Bogart. Da ridere veramente!

#### **QUACK! MEDI CARTOON 2004**

<http://home.swipnet.se/med-humor/index2.htm>

La versione inglese di un sito di cartoon svedese a carattere sanitario.

Suddivisi per categorie, costantemente aggiornato, offre anche il "cartone della settimana".

#### **NURSING CARTOON**

<http://www.nurstoon.com/>

Forse l'unico sito umoristico ad ospitare fumetti solamente infermieristici.

Centinaia di strip divertentissime. In lingua inglese

#### **REAL NURSE – Humor section**

<http://www.realnurse.net/humour/index.shtml>

Link diretto alla sezione umoristica di questo sito. Si passa dal fumetto al racconto... non tantissime cose, ma se non sapete come passare dieci minuti del vostro tempo, questo sito fa per voi. In lingua inglese.

#### **NURSE KIM**

<http://www.nursekim.com/>

IN NURSE, WE TRUST.

Un sito personale di una collega americana del St. Molly hospital.

Tantissime comic strip, molto ben disegnate, considerando il carattere dilettantistico del sito. In inglese.

#### **CARTON STOCK – NURSE DIRECTORY**

<http://www.cartoonstock.com/directory/n/nursing.asp>

Link diretto alla sezione "infermieri" di questo sito. Pochi fumetti, ma di buona fattura. In inglese.

A cura di Fabrizio Tallarita

Webmaster del Collegio IPASVI di Roma - [webmaster@ipasvi.roma.it](mailto:webmaster@ipasvi.roma.it)

## ***Hai versato la quota annuale?***

Scade il 29 febbraio il termine di iscrizione al Collegio per il 2004.

Se non hai ancora provveduto a regolarizzare la tua posizione, fallo subito con le consuete modalità. Eviterai di incorrere nelle sanzioni previste per i ritardatari.

*Il Collegio è la tua professione*

---

# Collegio IPASVI di Roma finalmente la nuova sede

---

Gentile Collega,

con l'avvento del 2004 si è concretizzato un grande obiettivo che il nostro Collegio inseguiva da tempo e che ha assorbito tante energie e risorse: la nuova sede.

Sono già operativi, infatti, i nuovi uffici di viale Giulio Cesare 78, a due passi dalla fermata Metro "Ottaviano", facilmente raggiungibili e più ampi, meglio strutturati e rispondenti alle crescenti esigenze degli iscritti.

La diversa e più funzionale dislocazione degli spazi consente l'ampliamento e l'ottimizzazione della rete di servizi a disposizione di tutti, con il potenziamento del Centro di documentazione-Biblioteca, spazi adeguati per la consulenza legale e amministrativa, sala riunioni per lo svolgimento di corsi, nuove attrezzature audiovisive e informatiche con alcune postazioni Internet utilizzabili gratuitamente.

La nuova sede rappresenta un traguardo raggiunto da cui raccogliere un'ulteriore e impegnativa sfida: il miglioramento della qualità dei servizi offerti dal Collegio in un ambiente consono alla concretezza e alla dignità della professione infermieristica. Non solo. E' un'occasione in più per frequentarlo e arricchirlo del tuo contributo.

Il Collegio è casa tua. Ti aspetta.

**COLLEGIO IPASVI DI ROMA**

Viale Giulio Cesare, 78 – 00192 Roma  
Tel. 06.37511597 – Fax 06.45437034  
E-mail [collegio@ipasvi.roma.it](mailto:collegio@ipasvi.roma.it)  
Televideo Rai-3 Pagina 439 - [www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it)

**Orari di apertura:**  
lunedì e giovedì 8.30-12; 14.30-17  
martedì, mercoledì, venerdì 8.30-12

---

Care Colleghe e cari Colleghi,

pubblichiamo qui di seguito la lettera che è stata spedita ai direttori generali di tutte le A.O. e A.S.L. Invitiamo anche tutti Voi, a sollecitare l'adozione dei provvedimenti per attuare le prestazioni aggiuntive, facendovi parte diligente in questa situazione di perdurante emergenza sanitaria.

---

A tutte le  
A.S.L.

A tutte le  
Aziende Ospedaliere  
c.a. Direttori generali

Oggetto: Prestazioni aggiuntive programmabili.

Con la presente lo scrivente Collegio vuole rendere nota la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (serie generale del 29/12/2003), e la conseguente entrata in vigore, del D.L. 24/12/2003, n. 355.

L'art.16 del D.L. cit., al fine di garantire una continuità assistenziale e di fronteggiare l'emergenza infermieristica, infatti ha modificato il testo della L. 1/2002 recante disposizioni urgenti in materia sanitaria.

In particolare, la L. 1/2002 prevedeva che "in caso di accertata impossibilità a coprire posti di infermiere e di tecnico sanitario di radiologia medica mediante il ricorso a procedure concorsuali, le Aziende unità sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, le Residenze sanitarie assistenziali e le Case di riposo [...] hanno la facoltà, (non oltre il 31 dicembre 2003): di riammettere in servizio infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica che abbiano volontariamente risolto il rapporto di lavoro da non oltre cinque anni nel rispetto della procedura di cui all'art. 24 del CCNL integrativo del 20 settembre 2001; di stipulare contratti di lavoro, a tempo determinato, anche al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 31 CCNL integrativo, per la durata massima di un anno rinnovabile, con le modalità ed i criteri indicati dai commi 2, 3, 4, 5, 6, e 7 dello stesso articolo".

La stessa facoltà era riconosciuta anche agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nei limiti delle risorse finanziarie connesse alle corrispondenti vacanze di organico ricomprese nella programmazione triennale di cui all'art. 39, L. n. 449/97.

Sempre agli stessi soggetti, e con il medesimo limite temporale, era concesso la possibilità di remunerare agli infermieri dipendenti, in forza di un contratto con l'Azienda, prestazioni (rese in regime libero professionale ed assimilate al lavoro subor-

dinato ai soli fini fiscali e contributivi) orarie aggiuntive rese al di fuori dell'impegno di servizio, rispetto a quelle proprie del rapporto di dipendenza.

Erano anche espressamente previsti i requisiti che dovevano essere posseduti dagli infermieri e dai tecnici sanitari di radiologia medica dipendenti dalla stessa Amministrazione per essere ammessi a svolgere le prestazioni aggiuntive (essere in servizio con rapporto di lavoro a tempo pieno da almeno sei mesi; essere esenti da limitazioni anche parziali o prescrizioni alle mansioni come certificate dal medico competente; non beneficiare, nel mese in cui è richiesta la prestazione aggiuntiva, di istituti normativi o contrattuali che comportino la riduzione, a qualsiasi titolo, dell'orario di servizio, comprese le assenze per malattia).

L'art. 16, D.L. cit., di cui di seguito riportiamo il testo integrale, ha modificato la disciplina appena sinteticamente esposta, prorogando il termine al **31 dicembre 2004**.

Art. 16, D.L. 24/12/2003, n. 355:

**"Prestazioni aggiuntive programmabili da parte degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica.** Per garantire la continuità assistenziale e fronteggiare l'emergenza infermieristica, le disposizioni previste dall'art. 1, commi 1, 2, 3, 4, 5, e 6 del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2002, n. 1, sono prorogate al 31 dicembre 2004, in armonia con le disposizioni recate in materia di assunzioni dai provvedimenti di finanza pubblica".

Con la certezza che le Aziende in indirizzo si adopereranno per fronteggiare, con l'ausilio degli strumenti normativi e contrattuali messi a disposizione, la situazione di emergenza infermieristica che ci troviamo a vivere, si porgono distinti saluti.

*Il Presidente*

## SARANNO GLI ORDINI PROFESSIONALI A SPERIMENTARE IL NUOVO SISTEMA

### ***ECM, il Collegio certifica i crediti***

Affidata agli Ordini e ai Collegi professionali la sperimentazione della certificazione dei crediti acquisiti in Educazione Continua in Medicina.

**Il Ministero della Salute ha infatti sottoscritto la convenzione con il Consorzio degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie in base alla quale si stabilisce l'avvio di un nuovo sistema per la certificazione dei crediti ECM acquisiti dai singoli professionisti.**

**Saranno dunque i Collegi IPASVI a certificare i crediti ECM degli iscritti. Un progresso importante per l'autonomia della professione, una nuova vittoria per gli infermieri.**

**Sarà cura del Collegio informare nei prossimi mesi gli iscritti sulle modalità ed i tempi.**

## UN EVENTO CHE LASCIA IL SEGNO

**Q**uello fra gli infermieri e i media è un rapporto non facile, necessario eppure complicato, ostacolato spesso da deprecabili luoghi comuni. Vecchia storia, certo. E allora, quando emerge, è bene concentrarsi sull'aspetto migliore del rapporto, quando il connubio fra professione infermieristica e organi di informazione produce una comunicazione vantaggiosa per la collettività.

E' accaduto in diverse occasioni negli ultimi mesi. I media hanno raccolto a più riprese la voce e le istanze della categoria, sottolineando con articoli e servizi filmati le condizioni di lavoro al limite della tollerabilità con cui troppi infermieri devono ancora misurarsi.

Non solo proteste, però. Anche le proposte operative degli infermieri per una sanità più vicina alle esigenze dei cittadini sono state raccolte in buona misura dalla stampa. Vasta eco ha suscitato quelle lanciate nel corso della giornata Ecm organizzata dal Collegio il 5 dicembre scorso alla Fiera di Roma, con 1.500 infermieri giunti da tutto il Lazio per interrogarsi e confrontarsi sui protocolli tecnici e deontologici che riguardano il rapporto con l'assistito. Diversi organi d'informazione (fra i primi Adn-Kronos, Tg3-Lazio, Tv 7-Gold) hanno raccolto con lanci d'agenzia, servizi e interviste le indicazioni della professione per un diverso e più moderno ruolo dell'infermiere nella gestione dell'assistenza. Grande risonanza ha avuto poi la proposta innovativa di aprire, dove ciò è possibile, gli ospedali alle famiglie dei degenti per garantire al malato un'attenzione particolare sul piano relazionale e affettivo.

Sui principali quotidiani nazionali si è letto del rinnovo del Contratto collettivo nazionale di categoria e del via libera alle lauree specialistiche. Certamente non quanto meriterebbero le due questioni,

ma sempre meglio dell'oblio mediatico che gli infermieri, specie sui temi che riguardano la crescita professionale, conoscono bene. Bene così, comunque.

Dare evidenza pubblica alla nostra professione è un valore aggiunto importante per la comunicazione verso i giovani, i nostri colleghi di domani. Fa piacere allora segnalare come la nuova veste professionale dell'infermiere viene promossa con efficacia e correttezza.

E' il caso del periodico "AteneoPalermitano", organo di informazione e orientamento per l'Università di Palermo, che ha pubblicato un ampio servizio di presentazione della professione. Significativo il titolo: "L'infermiere: chi l'ha detto che fa solo iniezioni?". L'articolo parte dallo stereotipo dell'infermiere impegnato in corsia a fare iniezioni per scandagliare con chiarezza il profilo di studio, il livello professionale, le possibilità di lavoro, la propensione internazionale dell'attività infermieristica.

Ma se è vero che, nell'era dell'immagine a tutti i costi, del video e del digitale, nessun mezzo mediatico sa colpire il cuore come un buon libro, è bene allora segnalare "Afrikalba", edito dall'Associazione Italiana Nursing Sociale - AINS onlus. L'autore, l'infermiere bresciano Mariano De Mattia, presenta così il suo volume: "Afrikalba è una raccolta di scritti riferiti al complesso magma di emozioni e vissuti che ha scandito il mio viaggio in Africa. Dal mio diario di bordo ho scelto 17 storie". Di questo si tratta: l'Africa vista con gli occhi laici di un viaggiatore, il contatto con la realtà sanitaria del Kenia e i suoi effetti sulla considerazione della vita e del lavoro di infermiere. Un volumetto agile, che si legge scorrevolmente e rapidamente. E che, con una minima offerta da parte dei lettori (per informazioni: [www.ains.it](http://www.ains.it)), contribuisce a finanziare l'iniziativa umanitaria "Huruma Centre" per sostenere il sogno di tanti street boys africani: un futuro migliore.

## Compromissione della mobilità nella persona affetta da patologia meniscale

di Marco Di Muzio

**D**alla diagnosi infermieristica data dal NANDA (North America Nursing Diagnosis Association) sulla "difficoltà di movimento" che viene definita come: *limitazione del movimento fisico indipendente e finalizzato del corpo o di uno o più arti*, si evince come una patologia meniscale o una qualsiasi patologia del ginocchio possa essere invalidante per una persona e limitare le normali attività di vita quotidiana.

Partendo da questo presupposto questa relazione si propone di evidenziare, attraverso una revisione bibliografica e la propria esperienza professionale, le diverse problematiche legate a tale patologia, soffermandoci sulla responsabilità infermieristica nell'esecuzione dell'artroscopia di ginocchio come intervento chirurgico per eccellenza per la risoluzione di frequenti patologie del ginocchio.

I menischi sono strutture fibrocartilaginee interposte tra le superfici articolari dei capi ossei adiacenti di alcune articolazioni (temporo-mandibolare, del ginocchio, ecc.), che possono, a causa di un trauma, andare incontro a rottura.

Le patologie del ginocchio si possono dividere in tre categorie:

- a) patologie meniscali (rottture, degenerazioni, distacchi);
- b) patologie pseudo-meniscali (pliche sinoviali, condropatie, corpi liberi, sinoviti);
- c) patologie legamentose (lesioni dei legamenti).

L'infermiere che assiste un individuo che

lamenta un problema al ginocchio, mediante un'attenta anamnesi infermieristica, sarà in grado di stabilire la problematica che affligge il paziente e potrà inviarlo dallo specialista più adatto, che attraverso gli esami strumentali del caso (Raggi X, Tomografia Computerizzata, Risonanza Magnetica) identificherà e risolverà la patologia.

E' possibile esaminare in modo soddisfacente il ginocchio facendo sedere il paziente su una sedia; deve essere sufficientemente svestito per poter controllare entrambe le gambe dall'inguine alle punta delle dita dei piedi e va ispezionato sia in posizione sdraiata che eretta. E' importante non dimenticare di esaminare la parte posteriore del ginocchio che deve essere sempre confrontato con il controlaterale. Se il paziente non riesce ad estendere completamente il ginocchio in posizione eretta, a causa del dolore, si invita a farlo sul lettino premendo sul ginocchio e facendo contrarre il quadricipite; l'incapacità di estensione può dipendere dalla lacerazione di un menisco o alla presenza di un corpo libero articolare, mentre l'ipotrofia del quadricipite indica un'anomalia preesistente da lungo tempo. Generalmente la rottura parziale o totale del menisco, sia esso interno e/o esterno, provoca dolori, talvolta molto violenti al ginocchio e in circa il 50% dei casi è causa di un blocco articolare. Alla palpazione (digito-pressione) dell'area situata in corrispondenza del menisco lesa è solitamente presente viva dolorabilità.

Circa i 2/3 di tutte le lesioni meniscali interessano il menisco interno o mediale a causa della sua struttura; il menisco esterno è più spesso e mobile dell'interno. Anche i traumi indiretti possono provocare una lesione meniscale come ad esempio i calci "a vuoto", il brusco rialzarsi dalla posizione accasciata; possono sussistere inoltre fattori predisponenti alle lesioni meniscali come la lassità dell'apparato legamentoso o gravi ipertrofie del quadricipite.

Tra i segni e sintomi nella diagnosi di una lesione meniscale va ricordata la tumefazione articolare associata all'accumulo di liquido nell'articolazione. Il paziente affetto da patologia meniscale ha difficoltà a caricare il proprio peso corporeo sulla gamba interessata e di conseguenza non è in grado di muovere normalmente l'articolazione. Facendo compiere al ginocchio movimenti passivi e attivi si riescono ad ottenere altre importanti indicazioni sullo stato del ginocchio; ad esempio il dolore all'estensione passiva del ginocchio indica una lesione di un legamento crociato mentre il dolore in flessione passiva non ha significato diagnostico. I movimenti attivi iniziano con l'innalzamento della gamba tenuta estesa per dimostrare l'integrità o meno dell'apparato estensore. Se il paziente può flettere il ginocchio a 90° si eseguono i test di trazione anteriore e posteriore bloccando il piede del paziente e facendo scorrere in avanti e indietro la tibia sull'estremo terminale del femore. Un eccessivo spostamento in avanti suggerisce una lassità del legamento crociato anteriore, mentre un eccessivo spostamento posteriore a lassità del legamento posteriore.

Le cause più comuni, responsabili delle lesioni meniscali, sono i traumi, come ad esempio bruschi movimenti di torsione del ginocchio flesso.

In genere i più suscettibili ai traumi del ginocchio sono gli sportivi (calciatori, sciatori, pattinatori, ecc.) ed i lavoratori come i minatori ed i pavimentatori.

Talvolta diverse affezioni possono manifestarsi con una sintomatologia sovrapponibile a quella meniscale; tra queste ricordiamo: sinoviti, osteocondriti, iperpressioni o sublussazioni rotulee, ecc.

Queste altre affezioni vengono anche definite sindromi pseudomeniscali e talvolta non necessitano di un trattamento chirurgico.

Nelle competenze dell'infermiere che lavora in un reparto operatorio, e in questo caso si potrebbe formulare anche una nuova diagnosi infermieristica cioè la *protezione batteriologica*, ricordiamo la preparazione e la corretta sterilizzazione dello strumentario chirurgico per l'esecuzione dell'artroscopia di ginocchio accertata la patologia meniscale. Gli elementi essenziali sono: la componente ottica (generalmente a visione obliqua a 30°), un cavo a fibre ottiche, un generatore di luce fredda, una cannula e due tre quarti (trocar), uno appuntito e uno smusso. Tra gli accessori ricordiamo: il palpatore, forbici a basket, bisturi intrarticolari (taglienti), pinze intrarticolari da presa. Tra le diverse responsabilità dell'infermiere non va dimenticata la preparazione e il buon funzionamento dello strumentario motorizzato; i modelli più comunemente usati sono di tre tipi: shaver (estremità chiusa e arrotondata), trimmer (simile allo shaver ma con la fenestrazione situata in prossimità della punta), cutter (la fenestrazione è posta all'estremità del cilindro).

Spesso le vie di accesso per l'esecuzione di una artroscopia di ginocchio sono due: anteromediale e anterolaterale. Per effettuare una artroscopia chirurgica si usa di frequente la metodica della triangolazione. Questa tecnica consiste nell'introdurre gli strumenti nella cavità articolare in modo da formare l'apice di un triangolo.

Una volta entrati nella cavità articolare si passa alla visione dei menischi, del legamento crociato anteriore e posteriore e dello spazio femoro-rotuleo. Confermata la diagnosi di lesione meniscale anche supportata dalla palpazione del menisco con l'uncino palpatore si esegue la meniscectomia cioè l'asportazione del menisco lesionato; la sezione del menisco viene effettuata sino alla porzione non fratturata, ed è per tale motivo che si usa parlare di meniscectomia selettiva.

Una volta terminata la meniscectomia e controllate le altre strutture che com-

pongono il ginocchio si esegue la medicazione e la fasciatura, generalmente senza richiudere le due vie di accesso che sono servite per l'introduzione degli strumenti per favorire il drenaggio della soluzione fisiologica necessaria alla distensione dell'articolazione durante l'intervento.

Oltre alla compromissione della mobilità da patologia meniscale lo staff infermieristico dovrà tenere conto anche di altre implicazioni di carattere psicologico che il paziente potrebbe manifestare già all'ingresso in sala operatoria.

Spesso il reparto operatorio suscita nella persona stati di ansia che potrebbero influenzare negativamente l'esecuzione dell'artroscopia di ginocchio, che nel 90% dei casi viene eseguita in anestesia locale (intraarticolare) o periferica (spinale o peridurale), ed è per tale motivo che l'infermiere, che opera in tale servizio, deve fornire informazioni semplici e chiare sulla preparazione preoperatoria all'intervento e sull'esecuzione dell'anestesia, che hanno lo scopo di tranquillizzare il paziente che consapevole delle manovre che verranno effettuate ha una diminuzione anche dello stress intraoperatorio.

Tra le competenze dell'infermiere ricordiamo *il corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio* che, già tricotomizzato e a digiuno, dovrà, se è in grado di muoversi autosufficientemente, posizionare il ginocchio con la lesione nel reggi-ginocchio che permette uno stress in valgo o in varo facilitando in questo modo l'apertura del compartimento interno o esterno, mentre l'arto controlaterale dovrà essere spostato lateralmente cercando di favorire anche il comfort dell'individuo.

Una volta iniziato l'atto operatorio l'infermiere potrà continuare a fornire brevi informazioni che garantiranno al paziente una buona gestione dello stress che lo aiuterà a mantenere bassi i livelli di ansia intraoperatoria e all'operatore una facile esecuzione dell'intervento. Infatti, soprattutto nei casi in cui l'artroscopia viene eseguita in anestesia locale, è fondamentale che il paziente collabori con l'equipe assistenziale per raggiungere di buon grado gli obiettivi che saranno:

- 1) fornire informazioni sull'esecuzione dell'artroscopia di ginocchio;
- 2) ristabilire la mobilità;



- 3) prevenire le infezioni;
  - 4) ridurre lo stato di ansia pre e intraoperatoria;
  - 5) diminuire lo stress operatorio.
- L'infermiere che opera presso un reparto operatorio, pur esercitando la propria professione in un clima di freddezza, essendo quella figura professionale che più di tutti è vicina ai problemi dell'individuo, dovrebbe promuovere un atteggiamento empatico con il paziente che entra, seppur per un breve periodo, in sala operatoria, per soddisfare non solo dal punto di vista biologico, ma anche psicologico i bisogni della persona nella sua interezza.

teggimento empatico con il paziente che entra, seppur per un breve periodo, in sala operatoria, per soddisfare non solo dal punto di vista biologico, ma anche psicologico i bisogni della persona nella sua interezza.

#### **Autore**

*D.A.I. Marco Di Muzio –  
ASL Roma A Blocco Operatorio - OGE*

## bibliografia

- 1) C. Morlacchi , A. Mancini: Clinica Ortopedica, Manuale, Atlante. Ed. Piccin – Padova 1997
- 2) K. Mills et al.: Medicina d'urgenza e pronto soccorso, Atlante. Ed UTET – Torino 1996
- 3) M. Lise: Chirurgia per infermieri. Ed. Piccin – Padova 1980
- 4) P.P. Mariani: Artroscopia diagnostica e chirurgica del ginocchio. Ed. Kurtis – Milano 1984
- 5) J.D. Millar: Preventing knee injuries and disorders in carpet layers. DHHS (NIOSH) Publ. N°90-104 – London 1990
- 6) Arkansas Sports Medicine: Knee arthroscopy. Arkansas 1999
- 7) B. Rocca et al.: Dromos dal sintomo alla diagnosi. Ed. Minerva Medica – Torino 1994
- 8) V.Chassaing, J. Parier: Artroscopia diagnostica e chirurgica del ginocchio. Ed. Masson – Milano 1988
- 9) L.L. Johnson: Diagnostic and surgical arthroscopy. 2° ed.,The C.U. Mosby company, Saint-Louis – Toronto, London, 1981
- 10) NANDA: Diagnosi Infermieristiche – Definizioni e classificazione. Ed. Sorbona – 1999
- 11) J. Warren: Nursing diagnoses: Definitions and classification. Philadelphia 1997-1998
- 12) L.J. Carpenito: Manuale tascabile delle Diagnosi Infermieristiche. Ed. Ambrosiana - Milano 1999
- 13) L.J. Carpenito: Diagnosi Infermieristiche Applicazione alla pratica clinica. Ed. Sorbona – Milano 1995
- 14) N.M. Halloway: Piani di assistenza in medicina e chirurgia. Ed. Sorbona - Milano 1993
- 15) H.Yura, M.B. Walsh: Il Processo di Nursing. Ed. Sorbona – Milano 1992
- 16) E. Adam: Essere Infermiera. Ed. Vita e Pensiero-Milano 1992
- 17) N. Bizier: Dal pensiero al gesto; seconda edizione Sorbona-Milano 1992
- 18) C. Calamandrei: L'assistenza infermieristica. Ed. La Nuova Italia Scientifica - Roma 1993
- 19) Chiesa, Clementi, Pascoli: Assistenze Infermieristiche. Ed. Ambrosiana, 1994
- 20) A. Maslow: Motivation and Personality. Ed. Armando – Roma 1982

---

# 70° Anniversario di Fondazione della Scuola Universitaria per infermieri “Suore della Misericordia”

---

**O**ggi come ogni anno ci troviamo in questo contesto per immettere nella società dei nuovi professionisti della salute, oggi laureati, infermieri. Con questa occasione abbiamo voluto altresì festeggiare il 70° anniversario di fondazione della Scuola per infermieri "Suore della Misericordia".

Oggi celebriamo questa cerimonia in quella che fu una delle corsie storiche dell'ospedale S. Giovanni, la Sala Folchi, la stessa dove sicuramente il 16 maggio 1821 iniziò il cammino della congregazione delle Suore della Misericordia, fondata dalla principessa Teresa Orsini Doria Pamphili, la quale preoccupata dello stato deplorabile di disservizio in

cui versava l'Arcispedale romano del SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum (ora S. Giovanni), concepì l'idea di formare una associazione di Pie donne che, senza prospettive di guadagno, ma solo per spirito di fede e di carità, si dedicatesse al servizio degli infermi.

Molto probabilmente all'inizio del secolo scorso sorse la necessità di fare in modo che il personale che si accingeva ad assistere gli infermi, in particolare in quel momento le suore, avessero quelle conoscenze minime, per erogare quell'assistenza non solo umana e religiosa, ma soprattutto appropriata alle stesse condizioni in cui versavano gli infermi, in cui la manualità e la gestualità, delle azioni,



avesse come base le giuste conoscenze per alleviare le sofferenze altrui.

Intorno agli anni 20, Sr. Maria Celeste Nobili e Sr. Maria Saveria Sanzi, fecero loro questa necessità, iniziando tutte quelle procedure per istituire una scuola di formazione infermieristica in cui si trasmetterebbero non solo tutte quelle caratteristiche etico-comportamentali ed umane, necessarie nel mondo della sofferenza, ma anche tutte le conoscenze scientifiche e tecniche per poter avere un approccio diverso alla malattia.

La scuola per infermieri sorse per una intuizione esatta del processo in atto all'interno dell'assistenza sanitaria.

Ma non basta intuire un bisogno per essere in grado di farvi fronte.

Bisogna credere in questa istituzione, sostenerla con fede anche quando sembra prematura, portarla avanti con coraggio, anche quando gli altri non sono pronti a recepirla ed ad accettarla.

E' stata questa fede, sostenuta da un profondo amore alla vita ed alla sua difesa nei luoghi di sofferenza e di cura a dare sin dalle origini una vitalità straordinaria, la stessa fede in cui hanno creduto le Loro fondatrici.

Non va dimenticato un altro elemento fondamentale e di grande rilevanza nella storia settantennale di questa scuola. Essa nacque con strutture minime, in condizioni di estrema precarietà, affidata alla generosità spontanea di chi gli diede avvio.

Idee valide e strutture adeguate non funzionano da sole, ma scaturiscono quasi inevitabilmente se a promuovere le une e le altre è una salda fede nell'ideale del servizio agli infermi, o meglio, nel servizio alla salute.

Iniziativa coraggiosa, la Scuola per Infermieri "Suore della Misericordia" ha intelligentemente accettato, nel proprio crescente sviluppo, il criterio irrinunciabile della gradualità.



È questo un secondo aspetto della sua storia che si pone oggi come insegnamento.

È spesso diventato di moda ripetere con Bertold Brecht che potrà dirsi felice il mondo quando non abbia bisogno di eroi.

Quel tanto ambiguo che c'è in questo assunto, lascia trasparire un dato importante.

Se l'eroismo può essere indispensabile nell'avviare o nel difendere una iniziativa, questa non può certamente affidarsi al solo eroismo.

È necessario l'equilibrio, la pazienza imposta da ogni processo di crescita, in altre parole, quell'eroismo segreto e silenzioso che sa insieme accelerare e contenere, percorrere e attendere con quella intelligente duttilità che è il vero nome della tenacia.

Sin dalle sue origini e in tutti i settant'anni di sua vita, la Scuola per Infermieri "Suore della Misericordia" ha saldamente unito l'impegno della preparazione tecnico-professionale a quello della difesa dei valori umani e cristiani fondamentali.

Tale sodalizio è irrinunciabile e la sua salvaguardia è insieme garanzia di serietà professionale e di maturità nel servizio che la scuola è chiamata a compiere.

Anche la più perfetta tecnologia scomparirebbe se non è guidata da responsabile assunzione di principi etici, riassunti nel dovere di preservare, difendere e promuovere la vita.

Come non ricordare, coloro che hanno da sempre creduto in tali principi, dando il loro illustro operato alla direzione della Scuola, come Sr. Maria Ludovica, Sr. Maria Flora, Sr. Maria Patrizia, Sr. Maria Beatrice e attualmente Sr. Maria Bertilla.

È stata riconosciuta alla nostra scuola un indole anticipatrice e pionieristica.

Non è senza significato che questa scuola, proprio con tali prerogative, sia sorta e si



sia sviluppata a Roma.

Sempre, nella storia della Medicina ha trovato in Roma una sua legittimazione o uno strumento straordinario di risonanza universale, oggi i nostri ex allievi operano in diversi continenti nonché in gran parte delle istituzioni sanitarie romane e nazionali.

Questo dato emblematico riguarda anche i settantanni di vita della scuola per infermieri "Suore della Misericordia".

È tutto ciò è certamente un motivo di fierezza, ma soprattutto un grande motivo di speranza.

#### **Autore**

*Prof. D.A.I. Cesare Papparusso  
Il Decano del Corpo Docente*

## Il libro "Peppino Rosselli. L'infermiere un uomo al servizio della vita, riflessioni su una scelta"...

**Q**uesta iniziativa editoriale non è fine a se stessa. Alla realizzazione del libro è legato un progetto di solidarietà che lo stesso Rosselli ha chiamato "Cento milioni per i bambini del mondo".

Dall'Agosto 2000 l'Autore ha fatto stampare cinquemila copie del suo libro, le ha vendute e il ricavato lo ha devoluto in beneficenza per i bambini bisognosi del mondo. A due anni dalla prima edizione l'obiettivo di arrivare a cento milioni di beneficenza è già superato.

A Natale Peppino Rosselli, accompagnato da don Ermanno Raimondo, è stato ospitato in Vaticano dove ha lasciato due assegni uno di 7.700,00 euro e l'altro di 10.300,00 euro.

Il primo, quindici milioni di vecchie lire, per padre Marco Siciliani che cura in Africa i bambini affetti dall'ulcera del buruli, una patologia molto grave della pelle che uccide ogni anno migliaia di bambini con atroci sofferenze. L'altro assegno, venti milioni di vecchie lire, per i bambini orfani della guerra in Afghanistan. Con le ultime due offerte romane sale a 82 milioni il totale delle somme donate da Rosselli per i bambini del mondo ed il traguardo dei cento milioni del progetto iniziale sembra ormai vicinissimo. Negli ultimi due anni altri 47 milioni sono stati devoluti al "Progetto Oasi" di Belvedere Marittimo, per l'associazione "Crescere insieme" di Fuscaldo, per i figli di Calabresi in Argentina, per la costruzione in Africa di un orfanatrofio che dovrà raccogliere i bambini orfani della strada e per altre adozioni a distanza di bambini bisognosi.

Queste le tappe dell'iniziativa:

**16 Ottobre 2001** - Rosselli consegna L. 20.500.000 a Padre Fedele Bisceglia, segretario delle Missioni estere dei Frati Minori Cappuccini di Cosenza. La somma servirà per la realizzazione di un orfanatrofio per i bambini abbandonati dall'Africa, Pointe Noire, Congo Brazzaville.

**Novembre 2001** - Un assegno di L. 10.000.000 viene consegnato a Luigi De Luca, presidente dell'Associazione "Progetto Oasi" di Belvedere Marittimo.

**Gennaio 2002** - Rosselli consegna a Don Ermanno Raimondo la somma di 3.000.000 di vecchie lire per una famiglia di calabresi bisognosi, residenti in Argentina.

**Gennaio 2002** - La somma di 10.000.000 di vecchie lire viene consegnata alla Signora Stella Marconi, Presidente dell'Associazione "Crescere Insieme" di Fuscaldo Marina.

**Dicembre 2002** - La somma di 15.000.000 di vecchie lire viene consegnata con assegno a Padre Marco Siciliani per curare i bambini affetti da ulcera buruli.

Un assegno inoltre di 10.329 euro viene depositato alla Banca del Vaticano per i bambini orfani della guerra in Afghanistan.

**Aprile 2003** - Nel giorno della Santa Pasqua, un assegno di 5.164,00 euro viene devoluto per i bambini di Etiopia versati tramite il Pontificium consilium "Cor unum" di Città del Vaticano.

**Aprile 2003** - Adozioni a distanza effettuati tramite Mons. Ermanno Raimondo per un totale di 2.000,00 euro.

**Aprile 2003** - Assegno di 2.528,00 euro Progetto Oasi-Belvedere.

In meno di tre anni quindi sono stati versati in beneficenza 57.000,00 euro (110.367.390 di vecchie lire).

In pratica tutti i proventi delle vendite detratti dalle sole spese di stampa.

E non è finito qui...Rosselli continua il suo impegno di solidarietà. Per aiutare ancora bambini che soffrono nel mondo.

### **Recapito:**

Peppino Rosselli c/o Casa di Cura Tricarico - 87020 Marina Di Belvedere Marittimo (CS) - Tel. 0985.849091

Abitazione:

Via G. Fortunato Marina Di Belvedere Marittimo (CS) - Tel. 0985.82518

# IL COLLEGIO IN TV

Per informarti in tempo reale  
su tutto quanto fa... infermiere

## Televideo Regionale RAI

La pagina assegnata  
al Collegio Ipasvi di Roma é...

# 439

## XI Congresso Nazionale SICP Forlì, 31 Marzo - 3 Aprile 2004

*Le cure palliative sotto la lente*

**D**al 31 marzo al 3 aprile 2004 si svolgerà a Forlì, presso l'impianto fieristico, l'XI Congresso Nazionale SICP della Società Italiana Cure Palliative.

Un'occasione unica per gli infermieri per approfondire al meglio gli ultimi orientamenti e le tecniche più innovative nel trattamento palliativo della persona malata.

Durante i lavori congressuali, è previsto un corso di aggiornamento specifico per infermieri sulle tema-

tiche dell'assistenza ai pazienti terminali. Il corso si articolerà in due mezze giornate di studio ed è accreditato con 15 punti ECM.

Il programma completo dell'XI Congresso Nazionale SICP e le modalità d'iscrizione sono disponibili sui seguenti siti Internet:

[www.sicp.it](http://www.sicp.it)

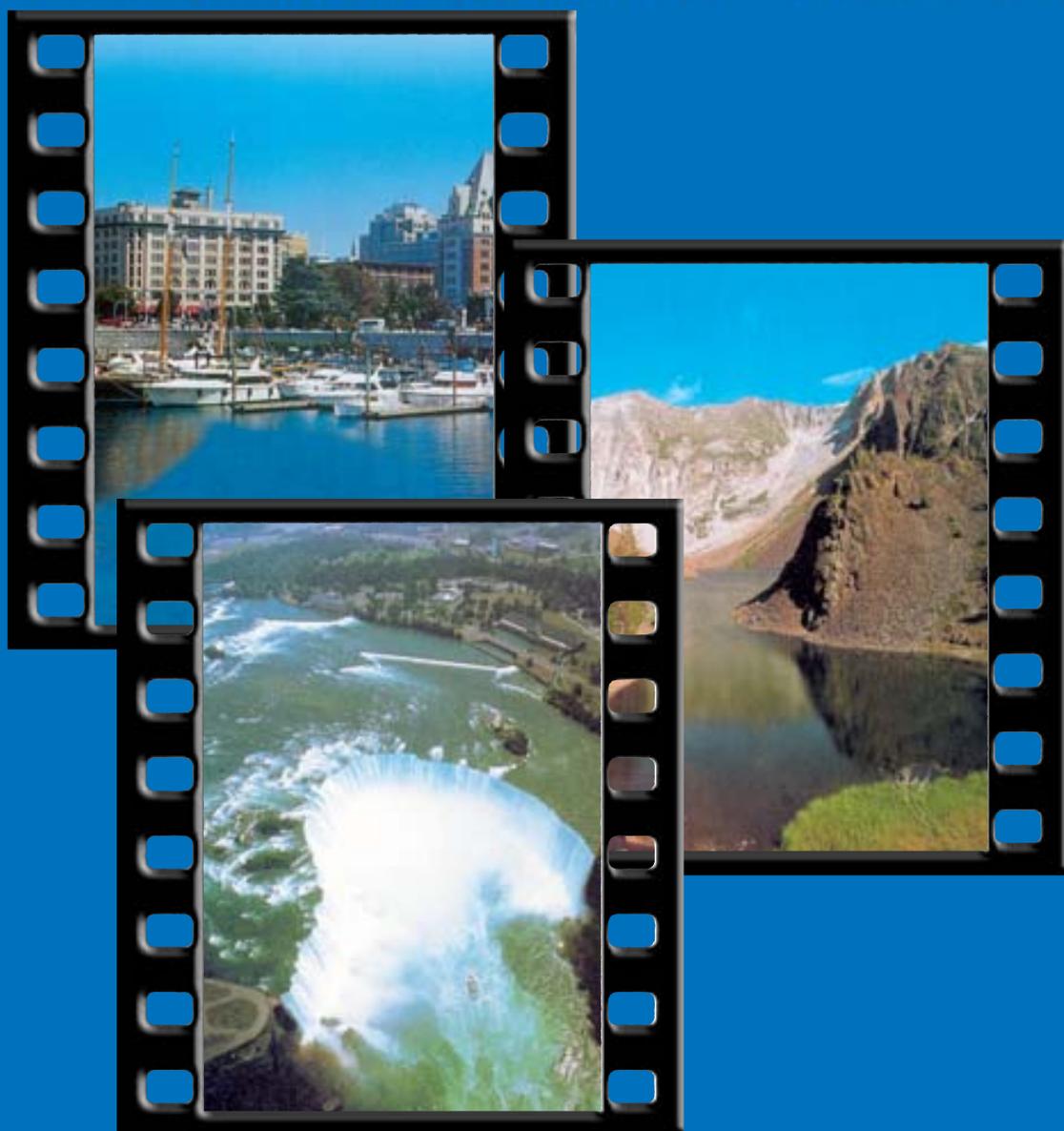
[www.fedcp.org](http://www.fedcp.org)

[www.oscbologna.com/evento.asp?ID=44&an=2004](http://www.oscbologna.com/evento.asp?ID=44&an=2004)

# VIAGGIO DI STUDIO COLLEGIO IPASVI DI ROMA 30 maggio - 8 giugno 2004

**“Confronto tra la cultura infermieristica italiana e sua attuale evoluzione e la visione del Nursing moderno degli infermieri canadesi”**

**Aspetti formativi, organizzativi, manageriali, tecnico-assistenziali e di ricerca dell'evidenza scientifica.**



Canada

**È STATO CHIESTO L'ACCREDITAMENTO ECM**

# Toronto Cascade del Niagara Vancouver Victoria

## **DOMENICA 30 MAGGIO 2004**

### **ROMA/FRANCOFORTE/TORONTO**

Ritrovo dei Sigg. Partecipanti alle ore 08:00 presso l'aeroporto di Roma/Fiumicino.

Incontro con ns. assistenza per disbrigo delle formalità d'imbarco e partenza con volo di linea Lufthansa LH 3841 delle 10,05 per Francoforte. Arrivo a Francoforte alle ore 12,05 e partenza con volo intercontinentale -LH 470- per Toronto delle ore 13,30. Arrivo a Toronto alle ore 16,00 ora locale (fuso orario -6). Incontro con la guida e trasferimento in pullman privato all'Hotel Metropolitan\*\*\*\*o similari. Sistemazione nelle camere riservate.

Cena in hotel. Pernottamento.

## **LUNEDI 31 MAGGIO 2004**

### **TORONTO**

Prima colazione in hotel. Trasferimento all'Università in bus privato con guida parlante italiano

Conferenze: 09,00-13,00

#### **University of Toronto - Faculty of Nursing-**

#### **Dean Dyanne Affonso -**

#### **Dr Diane Doran - Dr Edith Hillan -**

Contenuti teorico-pratici della formazione, le specializzazioni post-diploma, la carriera universitaria e la carriera clinica dell'infermiere in Canada;

L'importanza della ricerca nella pratica infermieristica; studio multi-centrico "near misses" condotta dall'Università di Toronto e dal Collegio IPASVI di Roma;

Dibattito e confronto

#### **Nel pomeriggio**

Conferenze :14,30-16,30

#### **Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)**

#### **Dr. Doris Grinspun - Executive Director of the Registered Nurses Association of Ontario,**

Il nursing in Canada; le sfide, la realtà politica e le strategie che supportano lo sviluppo della professione infermieristica;

Comunicazione e marketing: servizi on-line

Contenuti teorico-pratici della formazione , le specializzazioni post-diploma, la carriera universitaria;

Risk management;

Dibattito e confronto

Cena libera. Pernottamento.

## **MARTEDI 1 GIUGNO 2004**

### **TORONTO**

Prima colazione in hotel. Trasferimento all'ospedale a piedi (breve distanza). Incontro con la guida parlante italiano.

Conferenze: 09,00-13,00

#### **The Hospital for Sick Children - 555 University Avenue Toronto-**

Conferenze: 09,00-13,00

## **Dr.Pam Hubley, RN,MSc,ACNP**

### **Interim Associate Chief, Nursing Practice -The Hospital for Sick Children-**

Il sistema sanitario canadese;

L'organizzazione e la gestione delle risorse finanziarie ed umane;

Gestione imprenditoriale della sanità da parte della professione infermieristica;

Gli ospedali e le strutture sanitarie territoriali: qualità e accreditamento;

Conferenza:

### **Prospettive internazionali sulle cure e l'assistenza pediatrica - Dr.Gennaro Rocco**

#### **Presidente Collegio IPASVI Roma-**

Dibattito e confronto

#### **VISITA, a piccoli gruppi, dei reparti di:**

Pronto soccorso chirurgia pediatria

Rianimazione camera operatoria day hospital

Nel pomeriggio visita panoramica della città con guida; Toronto, capitale dell'Ontario, cuore finanziario e commerciale del Canada. Vedremo Bay Street, Yonge Street, City Hall, l'Università, il Parlamento della Provincia dell'Ontario e la CN Tower, il più alto edificio del mondo (533 metri)

Cena libera. Pernottamento.

## **MERCOLEDI 2 GIUGNO 2004**

### **TORONTO/VANCOUVER**

Prima colazione in hotel. Trasferimento in aeroporto e partenza con volo di linea Air Canada AC 161 delle ore 10:15. Arrivo a Vancouver alle ore 12:17. Incontro con la guida per la visita orientativa della città e trasferimento presso l'hotel Sheraton Wall Centre o similare Sistemazione nelle camere riservate.

**Vancouver**, una delle più importanti città del British Columbia, è adagiata su una penisola e gode di una posizione incantevole, essendo bagnata da tre lati dal mare e circondata da imponenti montagne. Il clima è piacevole e la città è abbellita da 144 parchi e da una gran quantità e varietà di piante e fiori. Inoltre l'incredibile conformazione naturale della baia fa di Vancouver uno dei porti commerciali più importanti del mondo

## **GIOVEDI 3 GIUGNO 2004**

### **VANCOUVER**

Prima colazione in hotel. Trasferimento all'ospedale in bus privato con guida parlante italiano

Conferenze: 09,00 - 13,00

#### **General Hospital di Vancouver**

#### **Ms. Annette Garm -Clinical Nurse Specialist-**

Management dell'ospedale come organizzazione non-profit;

Il sistema qualità, legislazione ed organizzazione;

Il servizio infermieristico; organizzazione, gestione

delle risorse, standards clinici e processo assistenziale;  
Dibattito/confronto

VISITA, a piccoli gruppi, dei reparti di:

Pronto soccorso

Rianimazione

Chirurgia/ Camera operatoria

Oncologia

Nel pomeriggio visita guidata della città vedremo: Downtown, Chinatown, con la comunità cinese più vasta del Canada; lo Stanley Park, un parco, a pochi minuti dal centro di Vancouver, Gastown, con la sua atmosfera di fine secolo, è uno dei quartieri più ricercati della città; Granville Island, un'altra zona molto vitale con gallerie d'arte, mercati pubblici, negozi di tendenza.

Cena libera. Pernottamento

#### **VENERDI 4 GIUGNO 2004**

##### **VANCOUVER**

Prima colazione in hotel. Trasferimento all'università in bus privato con guida parlante italiano

Conferenze : 09,00 - 13,00

##### **University of Vancouver -School of Nursing-**

la dirigenza infermieristica; compiti e ruolo dell'assistenza infermieristica a livello territoriale;

livelli avanzati negli studi infermieristici;

l'assistenza infermieristica territoriale;

le cure palliative;

dibattito e confronto

Pomeriggio a disposizione per una visita privata di Vancouver. Prendendo la navicella che porta in cima al Grouse Mountain potremmo avere una visione dall'alto della città e dei suoi spettacolari dintorni.

Cena libera. Pernottamento.

#### **SABATO 5 GIUGNO 2004**

##### **VANCOUVER/VICTORIA/VANCOUVER**

Prima colazione in hotel. Trasferimento al molo e imbarco per Vittoria. Giornata dedicata alla visita guidata della città.

**Victoria;** capitale della British Columbia, situata all'estremità sud dell'isola di Vancouver proprio di fronte alla città di Vancouver, ha un'aria inglese di cui va molto fiera. E' la città degli autobus a due piani, delle case in stile Tudor impreziosite da giardini incantevoli.

La visita panoramica della città tocca Inner Harbour, il porto interno, un piccolo gioiello, inquadro dagli edifici del Parlamento e dall'hotel The Empress; l'albergo più antico dell'isola sorse tra il 1904/1908 a sfondo della baia. Il suo albo d'oro vanta teste coronate, scrittori e personaggi dello spettacolo; il Royal British Columbia Museum, il terzo dei musei canadesi a potersi fregiare del titolo di "reale"; il parco Beacon Hill, Chinatown e i Butchart Gardens, incantevoli giardini botanici, la cui bellezza è nota in tutto il mondo.

Cena in ristorante. Pernottamento.

#### **DOMENICA 6 GIUGNO 2004**

##### **VICTORIA/VANCOUVER**

Prima colazione in hotel. Durante la mattinata escursione in battello (3 ore) per osservare le orche, i trichechi, le foche e altre specie marine che abbondano in zona. Nel primo pomeriggio si prosegue per Duncan dove, lungo la strada principale, si possono

ammirare "totem Poles". Visita del Centro di cultura indiana Quw'utsun', appartenente agli indiani Cowichan, tribù della costa nord occidentale, famosa per i manufatti in lana e per i pregiati lavori artistici su legno di cedro rosso. Nella serata, trasferimento al molo e imbarco sul traghetto per Vancouver. Cena in ristorante. Pernottamento

#### **LUNEDI 7 GIUGNO 2004**

##### **FRANCOFORTE/ROMA**

Prima colazione in hotel. Mattina libera. Trasferimento privato all'aeroporto di Vancouver alle ore 13,00. Disbrigo delle formalità d'imbarco e partenza con volo di linea Lufthansa LH 493 delle ore 16,00.

#### **MARTEDI 8 GIUGNO 2004**

Arrivo a Francoforte alle 10,45. Partenza da Francoforte alle ore 14,20 con volo di linea LH 3846. Arrivo a Roma alle ore 16,05.

##### **QUOTA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE (45 partecipanti);**

**IN CAMERA DOPPIA EURO 2250,00**

**SUPPLEMENTO**

**CAMERA SINGOLA EURO 2650,00**

**ASSICURAZIONE VIAGGIO**

**(medico, bagaglio, annullamento**

**viaggio fino a 1032,00 euro) EURO 60,00**

##### **LA QUOTA COMPRENDE:**

Trasporto aereo A/R con volo di linea Luftansa - Voli interni con Air Canada

3 notti a Toronto con pernottamento e prima colazione all'americana

3 notti a Vancouver con pernottamento e prima colazione all'americana

1 notte a Victoria con pernottamento e prima colazione continentale

trasferimenti con pullman privati da/per gli aeroporti in Canada

tour con guida di mezza giornata di Toronto-Vancouver

3 cene in ristorante come da programma

guida per la visita degli ospedali;

trasferimenti in bus privato andata e ritorno per le visite agli ospedali

escursione a Victoria

tasse aeroportuali

facchinaggio negli alberghi (1 bagaglio a persona)

assistenza in arrivo all'aeroporto di Toronto

##### **LA QUOTA NON COMPRENDE**

Assicurazione, bevande, extra in genere e tutto quanto non espressamente indicato nella "quota comprende"

##### **ORGANIZZAZIONE TECNICA:**

**I VIAGGI DEL PERIGEO**

**PIAZZA CRATI, 1 ROMA**

**TEL.06-85301301 - FAX 06-8551544**

**L. Granaì 0773- 480920 - cell. 335-6523423**



# Viaggio di Studio

**Toronto - Cascate del Niagara - Vancouver - Victoria**  
**30 maggio - 8 giugno 2004**

**PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI:  
I VIAGGI DEL PERIGEO**

**00199 Roma - Piazza Crati, 1**

**Tel. 06.85301301 - Fax 06.8551544**

**Loredana Granai: Tel. 0773.480920 - Cell. 335.6523423**