

NEWS



TRIMESTRALE
DI INFORMAZIONE
DELL'AZIENDA USL
VALLE D'AOSTA

ONLINE SUL SITO
AUSL.VDA.IT

SPECIALE
22 PAGINE

MEDICINA STRUTTURE E SERVIZI

N 67/anno XVII - luglio 2016 - Aosta - REGISTRAZIONE DEL TRIBUNALE DI AOSTA N. 2 10/99 DEL 29/11/99

LAURENT VIERIN È IL NUOVO ASSESSORE ALLA SANITÀ SALUTE E POLITICHE SOCIALI DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Ecco le principali linee di intervento

Nel mese di giugno il timone dell'Assessorato sanità salute e politiche sociali è passato a Laurent Viérin. Insediatosi in data 7 giugno, il neo assessore ha voluto trasmettere sin da subito due messaggi chiave all'Azienda USL, dirigenti e dipendenti, due priorità che segnano l'impostazione della sua guida: vicinanza e stretta relazione, in chiave sinergica, tra l'Assessorato regionale e l'Azienda USL della Valle d'Aosta e certezza delle risorse finanziarie di medio periodo per il settore, assieme all'attenzione per il territorio ed i servizi erogati. L'assessore ha quindi dedicato i suoi primi giorni di lavoro nelle visite di tutti gli uffici aziendali di via Guido Rey oltre che dei due presidi ospedalieri (Beauregard e Parini) e della Centrale Unica per il Soccorso. Nelle prossime settimane sarà la volta delle sedi territoriali. Sempre in quest'ottica l'assessore ha voluto incontrare il Collegio di direzione dell'Azienda, organo cruciale, insieme alla direzione strategica, con il quale intende operare nel periodo del proprio mandato per affrontare le sfide del settore. Sul fronte finanziario, è del 24 giugno l'approvazione, da parte della Giunta regionale, della proposta di legge di

assestamento del bilancio regionale che vede assegnare all'Azienda USL la necessaria integrazione dei fondi regionali, indispensabili alla chiusura del bilancio aziendale. Massima sinergia, lavoro di squadra e sicurezza delle dotazioni per ridare certezza finanziaria al settore, quindi, ma anche progettualità. Sono due i progetti di carattere strategico che l'assessore ha già annunciato e che definiscono la sua impostazione di metodo e la sua linea politica: **audit civico** e **mappa regionale del welfare**.

Con l'audit civico si intende misurare l'operato e la qualità dei servizi dell'Assessorato, dell'Azienda USL e della sanità e delle politiche sociali valdostane, attraverso un sistema di valutazione esterno che, mediante parametri e indicatori oggettivi e il coinvolgimento dei cittadini, delle categorie professionali, delle istituzioni, degli Enti e del terzo settore, ci aiuti a individuare le criticità del sistema e a capire dove poter intervenire per migliorare i nostri servizi e la soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

"Si tratta di una importante iniziativa a favore del miglioramento della qualità del sistema sanitario valdostano - precisa l'Assessore Laurent Viérin - che



non può essere autoreferenziale, nel senso di autovalutazione, ma che ha necessariamente bisogno, per crescere e misurarsi, di parametri oggettivi di valutazione esterna"

La seconda progettualità strategica mira a costruire la **Mappa regionale del welfare**, una cartina regionale unica e integrata dei servizi sanitari, sociali, assistenziali, educativi della Valle d'Aosta. La finalità è quella di superare la parcellizzazione e la puntualità degli interventi e di coinvolgere, attorno a un unico tavolo di riflessione, le Amministrazioni locali, l'Assessorato regionale, l'Azienda USL e il privato sociale, al fine di pianificare lo sviluppo dei servizi sanitari e socio-assistenziali e la loro diffusione sul territorio.

"L'idea - dichiara sempre l'As-

sessore - è quella di far nascere un gruppo di lavoro costituito dalle Istituzioni (Assessorato, Azienda USL, Enti locali, parti sociali, mondo del volontariato, categorie e territorio) per realizzare la mappatura dell'offerta e delle esigenze attuali, risolvendo le criticità e superando le difficoltà di questa ultima fase; *occorrerà quindi pianificare, con la massima sinergia e su un fronte comune, un piano di sviluppo, differenziato territorialmente e per contenuti di servizi, il futuro del welfare della Valle d'Aosta dei servizi alla persona del domani. Questo evitando di affrontare il quotidiano e le situazioni contingenti senza una visione d'insieme, che deve dare una risposta integrata e sostenibile. Solo così potremo pianificare le strategie future di questo delicato settore, che rappresenta il cuore della nostra comunità, con un nuovo approccio, non solo economico, ai bisogni e alle esigenze di ogni persona, dai bimbi agli anziani passando dai giovani e dai diversamente abili, con particolare attenzione al mantenimento della qualità dei servizi e della territorialità, fondamentali per una regione di montagna, affinché nessuno rimanga indietro, e soprattutto ai margini.*

Premiato il progetto "Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Valle d'Aosta" allo SMAU 2016 di Torino

La cerimonia di premiazione, preceduta dal Live Show televisivo dove è stato ospite l'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, Laurent Viérin, ha avuto luogo il 30 giugno 2016 nella sede di Lingotto Fiere



L'Assessorato alla Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, è stato premiato per la regia del progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, realizzato grazie al prezioso contributo di Azienda USL, INVA, CELVA e Piano di Zona, nell'ambito del Premio Innovazione SMAU 2016. La cerimonia

di premiazione ha avuto luogo nel pomeriggio del 30 giugno 2016, nell'area espositiva del Lingotto Fiere, a Torino.

Per l'Assessorato erano presenti l'Assessore **Laurent Viérin** e la dirigente **Gabriella Morelli**. L'Azienda USL era rappresentata dal Direttore generale, **Masimo Veglio**, dal dirigente del Sistema Informatico, **Lorenzo Noto** e dal direttore della Comunicazione, **Giorgio Galli**.



La premiazione, con la consegna della targa, è stata preceduta dallo Smau Live Show, un evento televisivo trasmesso in diretta streaming dallo Studio TV interno, condotto dalla giornalista Chiara Albicocco di Radio24. Il tema della tavola rotonda era "Servizi per la comunità e gli utenti: digitalizzazione a 360°". Il fine quello di fare emergere le eccellenze del territorio e di valorizzare le singole esperienze a beneficio di altre imprese e pubbliche amministrazioni.

L'ospite del Live Show è



stato l'Assessore alla Sanità, **Laurent Viérin**, che ha presentato, sia al pubblico presente in sala che a quello televisivo, i tratti salienti del progetto Fascicolo Sanitario Elettronico della Valle d'Aosta, compresa la capillarità dei punti attivazione Tessera sanitaria e punti di supporto ai non digitalizzati, che hanno permesso di raggiungere in pochi mesi il 50% di tessere attivate e quasi il 36% di fascicoli creati. Al suo fianco altri ospiti, a loro volta premiati, quali Marco Esposito, Project Manager del Consorzio CBI, Giovanni Piccinelli, responsabile del Programma Gestione Documentale Digitale Reale Group e Claudia Christillin, responsabile amministrazione e finanze del Gruppo CVA.

La targa premio è stata consegnata all'Assessore alla Sanità, Laurent Viérin, direttamente dal Presidente SMAU, Pierantonio Macola.

Al termine della cerimonia l'Assessore ha registrato un breve video, sempre relativo al Progetto FSE Valle d'Aosta.

IN PRIMO PIANO

Ulteriore riconoscimento per il progetto "Fascicolo Sanitario Elettronico"

È risultato tra i finalisti del "Premio Innovazione Digitale in Sanità 2016", promosso dalla School of Management del Politecnico di Milano

Tra i 12 finalisti del "Premio Innovazione Digitale in Sanità 2016", istituito dall'Osservatorio Innovazione Digitale in sanità, vi era anche il progetto "Fascicolo Sanitario Elettronico" della Valle d'Aosta, frutto della collaborazione tra Amministrazione regionale, Azienda USL e IN.VA., società in-House della Regione, quale eccellenza nell'utilizzo delle nuove tecnologie. La premiazione ha avuto luogo lo scorso 4 maggio presso la School of Management del

Politecnico di Milano. Nella categoria "Servizi regionali" la regione VdA si è contesa il 1° premio con la Regione Veneto. Il massimo riconoscimento è andato a quest'ultima grazie alla realizzazione della piattaforma di Enterprise Service Bus (ESB) denominata HealthShare, progetto che consente di indicizzare tutti i documenti prodotti dagli attori territoriali, gestendo i problemi di sicurezza e privacy, i sistemi di codifica e le differenti terminologie.

Si tratta in ogni caso di un grande successo e di una grande soddisfazione l'essere giunti al 2° posto tra i finalisti

del prestigioso premio. Il progetto FSE VdA è stato presentato dal manager INVA, Erik Vizzi (al centro nella foto).



Rapporto Censis: allarmante il numero dei cittadini italiani che rinunciano alle cure per difficoltà economiche

L'ultimo rapporto Censis sulla sanità italiana è un pugno nello stomaco per il servizio pubblico: oltre 11 milioni di italiani hanno rinunciato nell'ultimo anno alle cure per difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. La liste di attesa aumentano un po' ovunque e l'intramoenia, per chi se la può permettere, diventa una inevitabile scorciatoia. I dati statistici rendono noto che per il 45,1% degli italiani la qualità del servizio sanitario della propria regione è peggiorata negli ultimi due anni. Così almeno pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud). Per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata. Il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). Continuiamo con le statistiche: il 57,1% degli italiani pensa che chi può permettersi una polizza sanitaria o lavora in un settore in cui è disponibile la sanità integrativa dovrebbe stipularla e aderire. Sono più di 26 milioni gli italiani che si dicono propensi a sottoscrivere una polizza sanitaria o ad aderire a un Fondo sanitario integrativo.

Il ricorso al privato è dovuto anche al forte aumento dei ticket. Sono addirittura 7,1 milioni gli italiani che nell'ultimo anno hanno fatto ricorso all'intramoenia



(il 66,4% di loro proprio per evitare le lunghe liste d'attesa). Il 30,2% si è rivolto alla sanità a pagamento anche perché i laboratori, gli ambulatori e gli studi medici sono aperti nel pomeriggio, la sera e nei weekend. Le categorie più colpite sono quelle degli anziani (2,4 milioni).

Altro elemento importante che incide sulla spesa sanitaria è quello dell'appropriatezza delle prescrizioni. Il Censis indica che sono 5,4 milioni gli Italiani che nell'ultimo anno hanno ricevuto prescrizioni di farmaci, visite o accertamenti diagnostici che si sono rivelati inutili. Tuttavia, il 51,3% si dichiara contrario a sanzionare i medici che fanno prescrizioni inutili.

Tutti i mezzi di informazione hanno ampiamente riportato la notizia e i dati statistici, integrati da commenti provenienti dalle fonti più disparate: politici, sindacati, associazioni di cittadini e di consumatori, ecc. Basta andare a rileggersi gli articoli pubblicati dopo l'8 giugno per farsene un'idea.

Quelli emersi da rapporto sono in ogni

caso elementi che devono far riflettere i decisori politici, inclusi quelli valdostani, che si trovano a dover affrontare scelte importanti e delicate che caratterizzeranno il livello e la qualità dei servizi nei prossimi anni. Il neo assessore alla sanità Laurent Viérin, tra le altre cose, ha giustamente proposto di realizzare una mappa regionale del welfare che, superando le parcellizzazioni, favorirà la programmazione socio-sanitaria, il mantenimento e – dove possibile – il miglioramento della qualità dei servizi raggiunta in questi anni a fronte di fonti di finanziamento certe. Le altre sfide chiamano in causa l'ampliamento dell'ospedale, la sua organizzazione per intensità di cure (tema alquanto dibattuto anche a livello internazionale), il potenziamento della rete dei servizi territoriali e il raccordo con quelli ospedalieri, la progressiva digitalizzazione dei servizi. Altro elemento indispensabile in questa delicata fase, in cui tutti siamo chiamati a concorrere per difendere e salvaguardare la sanità pubblica (bene prezioso), nella speranza di ridurre le drammatiche percentuali del Censis, è la valorizzazione delle professionalità e delle risorse, nessuna esclusa, dai dirigenti, con carichi di responsabilità sempre più pesanti, a tutti gli altri professionisti e operatori sanitari, tecnici e amministrativi. Il gioco di squadra funziona se si riconosce il ruolo dei giocatori. Almeno nello sport funziona così.

Giorgio Galli
direttore responsabile di NewsL

Zika virus & Co.: le malattie infettive emergenti e riemergenti

di Roberto Novati (Direzione Medica di Presidio)

e Pierluigi Berti (Dipartimento di Patologia Clinica, S.C. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale)

Il raddoppio della speranza di vita alla nascita nei paesi cosiddetti sviluppati negli ultimi cento anni è dovuto, come noto, a due fattori principali: la diffusione dell'acqua potabile canalizzata e le vaccinazioni di massa. Queste ultime insieme alla scoperta, successiva di almeno due decenni, degli antibiotici, hanno determinato forte calo di incidenza delle malattie infettive, tale da farne imprudentemente ipotizzare la scomparsa. Da almeno 15 anni, purtroppo, il fenomeno è in controtendenza, attraverso il manifestarsi, per certi versi sorprendente, delle malattie infettive cosiddette emergenti o riemergenti: infezioni sconosciute o quasi, spesso confinate a remoti angoli di foresta pluviale e dai nomi esotici, che dilagano a velocità imprevedibile a distanze lontanissime, mettendo a dura prova le capacità di risposta dei servizi sanitari. L'esordio del fenomeno si può fare risalire al 2003 con l'epidemia di Sars, infezione in precedenza ignota. Da allora è un susseguirsi di epidemie sempre diverse e a cadenza quasi annuale, che citiamo brevemente senza pretesa di esaustività: Influenza aviaria, Influenza dei polli, Chikungunya, Mers CoV, Hantan virus, Febbre di Lassa, Febbre della Valle del Rift, Congo-Crimean Haemorrhagic Fever, Malattia da virus Ebola e Marburg, Encefalite da zecche, Borreliosi di Lyme, West Nile disease, Febbre Dengue... un elenco davvero lungo, e incompleto; ripetiamo, tutte queste infezioni, cui potremmo aggiungere la pandemia da batteri multi resistenti, si sono manifestate o sono tuttora presenti in Europa, un evento inimmaginabile fino a pochissimi anni fa. A ciò vanno aggiunte alcune importanti infezioni riemergenti, in primis la malaria autoctona (cioè non importata), che ha già fatto la sua ricomparsa in Corsica ed in Grecia. Le cause del fenomeno sono ben delineate e altrettanto preoccupanti, e sono in estrema sintesi due:

- la mutata ecologia dei vettori (cioè degli insetti, soprattutto zanzare e zecche) che trasmettono la quasi totalità delle infezioni succitate a causa dei mutamenti climatici;
- la facilità e velocità di spostamento di uomini, animali e merci. Semplificando al massimo: oggi al contrario di ieri è possibile arrivare dal sud dell'India a Rimini con una importante malattia contagiosa (caso Chikungunya del 2007), ancora in incubazione, e diffonderla nel

territorio di destinazione. Per inciso, quanto sopra ci spiega perché sono i viaggiatori e non i migranti a costituire un fattore di rischio per queste infezioni (Ebola viaggia in prima classe, fu scritto giustamente). Patologie da globalizzazione, in definitiva.

L'ultimo arrivato della lunga serie è lo **Zika virus** (ZIKAV), un arbovirus appartenente al genere Flavivirus, quindi simile ai virus di Febbre Gialla, Dengue e West Nile disease.

ZIKAV stato isolato nel 1947 nelle foreste di Zika (Uganda), in una scimmia Rhesus durante uno studio sulla trasmissione della febbre gialla. Dal 2015 un'epidemia di virus Zika si sta diffondendo nelle Americhe, in Africa (Capo Verde) ed in Estremo oriente. Il virus è trasmesso da zanzare del genere Aedes, come l'Aedes Aegypti delle aree tropicali e subtropicali, o l'Aedes Albopictus, la zanzara tigre diffusamente presente anche in Italia. Inoltre, è possibile la trasmissione di ZIKAV da una persona infetta ad un'altra persona attraverso altre modalità, quali i rapporti sessuali non protetti, per via transplacentare o per via trasfusionale. L'infezione da ZIKAV normalmente decorre in maniera asintomatica o paucisintomatica nella maggior parte dei casi. Quando presenti, i sintomi sono alquanto aspecifici (febbre, artrite, artralgia transitoria, rash maculo-papulare, congiuntivite) e simili a quelli riportati per altre arbovirosi, ad esempio Dengue e Chikungunya. Esiste consenso scientifico sul fatto che ZIKAV possa causare microcefalia (bambini nati con la testa insolitamente piccola) ed altre malformazioni e disordini cerebrali nei neonati di mamme che si siano infettate con ZIKAV durante la gravidanza, e sindrome di Guillain-Barré, un disordine neurologico raro ma grave che può causare paralisi e morte.

Al momento non è disponibile alcun vaccino contro il virus Zika. Per questo l'unico



modo per prevenire l'infezione è evitare di essere punti dalle zanzare.

Particolare attenzione in questo periodo viene posta sull'epidemia da ZIKAV in Brasile, tenuto conto dello svolgimento in quel Paese delle prossime Olimpiadi e della conseguente ampia circolazione di viaggiatori (atleti, giornalisti, spettatori) provenienti da ogni parte del mondo, con possibilità di un'ulteriore estensione dell'epidemia (compresi i Paesi europei fra i quali l'Italia).

In considerazione delle epidemie e del riscontro di casi autoctoni d'infezione da ZIKAV in diversi Paesi del mondo, in particolare nel Continente Americano, e della dichiarazione da parte della *World Health Organization* (WHO) che l'incremento della diffusione dello ZIKAV costituisce un'emergenza di sanità pubblica di livello internazionale, grande attenzione è stata posta anche sul potenziale rischio di trasmissione dello ZIKAV mediante la trasfusione.

Si è ad esempio osservato durante l'epidemia verificatasi nella Polinesia francese nel 2013-2014 che il 3% dei donatori era positivo allo ZIKAV, anche se al momento della donazione non mostrava sintomi, e circa un quarto di essi aveva manifestato sintomi compatibili con l'infezione da ZIKAV entro i 10 giorni successivi alla donazione. Più recentemente, sono stati documentati possibili casi di trasmissione trasfusionale nello Stato di San Paolo in Brasile.

In Italia, la sorveglianza di questi virus ai fini della prevenzione della loro diffusione è monitorata da programmi specifici del Ministero della Salute: si veda per maggiori informazioni il sito www.salute.gov.it.

Il 20 giugno, alle 17,15, nella Biblioteca ospedaliera "Maria Bonino", ha avuto luogo un incontro aperto alla popolazione, al quale sono intervenuti - in veste di relatori - Roberto Novati, Pierluigi Berti e l'infettivologo Alberto Catania.



Prevenzione delle punture accidentali: dalle nuove attrezzature alla formazione

di Anita Mombelloni (Dirigente Servizio Prevenzione e Protezione)

Come dimostrato dai dati di analisi degli infortuni nel settore sanitario, una quota rilevante (circa il 40%) degli eventi che ogni anno si verificano nelle aziende è rappresentato dai tagli e dalle punture con utensili contaminati da materiale biologico, sangue in particolare.

La nostra Azienda non fa eccezione a tale statistica nazionale, potendo così confermare che la riduzione degli infortuni a rischio biologico rappresenta la principale misura di contenimento del rischio di esposizione degli operatori ad agenti a trasmissione ematogena, HIV e HCV in particolare. La stessa normativa prevenzionistica, con il recepimento della Direttiva comunitaria



32/2010, ha introdotto un elemento di attenzione sulla prevenzione delle ferite in ambito sanitario, prevedendo l'introduzione nel settore sanitario di Dispositivi Medici dotati di meccanismo di sicurezza.

Dal 2013, quando nella nostra Azienda è stato avviato un percorso di messa in sicurezza, iniziato con la dotazione di cateteri venosi periferici e di aghi a farfalla per prelievo con meccanismo di protezione della punta, il numero di infortuni correlati a tali tipo di DM è infatti drasticamente calato fin quasi ad annullarsi. Uno degli ultimi passaggi in questo processo si sta compiendo in questo periodo, con un'importante innovazione anche di tipo procedurale: mentre fino ad oggi erano in dotazione ai reparti siringhe con ago che venivano utilizzate in parte per prelievo di farmaci da flaconi e fiale ed in parte per praticare un numero limitato di iniezioni intramuscolari, a breve verranno forniti siringhe prive di ago, aghi smussi (a punta tonda) per prelievo di farmaci e aghi con protezione della punta per somministra-



zione della terapia.

Il processo sarà preceduto in questi giorni dalla formazione a tappeto degli operatori coinvolti nell'utilizzo dei dispositivi di nuova introduzione, la cui efficacia nella prevenzione delle ferite è infatti direttamente correlata alla perfetta conoscenza delle corrette modalità di impiego.

Il risultato atteso consiste in una significativa riduzione degli eventi a rischio biologico da aghi standard, che intervengono in particolare durante le procedure di raccolta del materiale sanitario usato e nel corso della gestione dei rifiuti anche da parte di ditte terze per esempio la squadra incaricata delle pulizie.

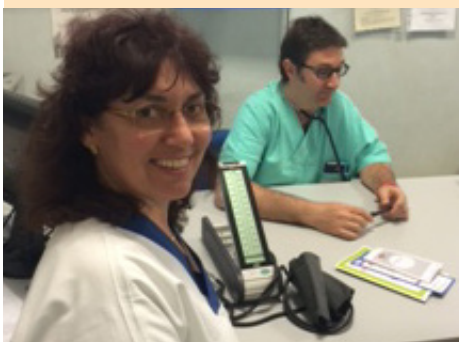
CONOSCERE L'IPERTENSIONE ARTERIOSA

Il Centro Ipertensione ospedaliero

di Maria Sabina Modesti (medico internista e referente dell'Ambulatorio per la diagnosi e la cura dell'ipertensione arteriosa-SC Medicina Interna) e

Paola Meneghini (infermiera presso l'Ambulatorio Infermieristico - SC Medicina Interna)

L'ipertensione arteriosa è uno stato costante NON occasionale in cui i valori di pressione arteriosa sono elevati rispetto a standard fisiologici considerati normali; può essere ancor meglio definita come una



"Sindrome cardiovascolare progressiva associata ad anomalie funzionali e strutturali del cuore e dei vasi con possibile sviluppo di danni al cuore, reni, cervello, retina...che conducono a morbilità e mortalità precoce" Solo in un soggetto iperteso su 5 (circa il 5%) è possibile individuare una causa specifica di ipertensione; nella maggior parte dei casi l'ipertensione viene definita "essenziale" o "primaria o "idiopatica" dove risulta

to importanti la predisposizione genetica negli stili di vita.

L'ipertensione arteriosa rappresenta il principale rischio di mortalità nel mondo. Colpisce tra il 30-45% della popolazione europea e costituisce il principale fattore di rischio di mortalità e di disabilità. I pazienti colpiti da stroke, che rappresenta la complicanza più grave, per il 60% presentano forme di disabilità a un anno dall'evento (fonte: OMS). Nella nostra Regione, verosimilmente come a livello nazionale, circa il 30% della popolazione adulta soffre di rialzo pressorio (dai dati del Progetto cuore) ma solo la metà sa di essere iperteso e di questi solo la metà si cura adeguatamente. *Conoscere la problematica ipertensione arteriosa vuol dire mettere in atto delle modifiche del nostro stile di vita per prevenire tale sindrome: esercizio fisico quotidiano, riduzione di sale con la dieta, corretta alimentazione, consumo contenuto di alcool, controllo del peso corporeo, abolizione totale del fumo.*

Noi abbiamo preparato una brochure "CONOSCERE L'IPERTENSIONE ARTERIOSA", uno strumento utile all'infermiera che gestisce il momento di educazione al soggetto inviato dal medico curante nel

nostro ambulatorio.

Il riscontro ripetuto di valori pressori **maggiori di 140/90mmHg**

vanno gestiti dal medico curante che attivando il "Percorso ipertensione in VDA", recentemente revisionato con i medici di assistenza primaria (rappresentati dal dott. Corrado Allegri (vedi articolo a sua firma) può coinvolgere il nostro ambulatorio specialistico nella gestione dei casi più complicati.

Anche quest'anno il nostro Centro ipertensione ha partecipato il 17 maggio scorso alla Giornata Mondiale contro l'ipertensione arteriosa in collaborazione con la SC Comunicazione della nostra Azienda che ha curato la parte informativa. L'iniziativa ha avuto anche una forte risonanza mediatica (RAI, giornali, quotidiani on line). Alle numerose persone che si sono presentate liberamente e gratuitamente abbiamo misurato la pressione arteriosa, raccolto un questionario per la valutazione del rischio cardiovascolare e consegnato la nostra brochure.



Percorso ipertensione in Valle d'Aosta: il punto di vista del medico di famiglia

di Corrado Allegri (medico di assistenza primaria – Distretto 2, Aosta)

L'ipertensione arteriosa colpisce in Valle d'Aosta circa il 35-40% della popolazione, dato in linea con quelli nazionali. La sua prevalenza raggiunge picchi intorno al 60% nelle classi di età più avanzate, che avrebbero i maggiori vantaggi da un trattamento adeguato, ma anche maggiori rischi e maggiori difficoltà a proseguire la terapia nel tempo. Ciò in considerazione della frequenza di pluripatologie e delle conseguenti terapie farmacologiche complesse alle quali sono sottoposti.

Ancora elevato è il numero di individui ipertesi **non diagnosticati**. Un adeguato controllo pressorio deve essere supportato da una terapia continua e regolare. Molti studi hanno evidenziato invece un numero elevato di soggetti **sotto-trattati** e una bassa aderenza al trattamento. La ridotta *compliance* esercita una duplice influenza negativa sui costi sanitari sia perché determina una spesa per prescrizioni non utilizzate correttamente, sia perché ne consegue un maggior numero di eventi cardiovascolari che possono conseguire ad una terapia non efficace.

Accanto ai numerosi casi non-diagnosticati e sotto trattati, esiste poi un numero significativo di individui **"over" trattati** con modalità che si discostano ampiamente da criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutica (numero e qualità di esami e visite effettuate, accessi ai servizi di secondo livello senza indicazione, uso di farmaci più recenti e più costosi senza indicazione, auto monitoraggio della PA con frequenti accessi ai PS per "crisi ipertensive", ecc.).

L'ipertensione arteriosa coinvolge l'assistenza primaria in tutti i suoi aspetti. È infatti il medico di famiglia che, conoscendo la storia dei suoi assistiti in tema di ipertensione arteriosa, può iniziare dapprima un lavoro fondamentale di prevenzione e di educazione terapeutica, per poi assolvere il suo compito di gestione dell'ipertensione lieve/moderata e per decidere infine se e quando coinvolgere il centro ospedaliero specialistico.

La corretta gestione della malattia necessita infatti di una complementarietà di ruoli dei vari soggetti sanitari coinvolti nelle diverse fasi dell'assistenza al paziente

iperteso: un **1° livello** territoriale, di competenza del **Medico di Medicina Generale** ed un **2° livello** ospedaliero, di competenza del **Medico Specialista**. Allo specialista sono richiesti esperienza e capacità di utilizzo di strumentazione appropriata per la valutazione del paziente con ipertensione arteriosa, oltre alla possibilità di operare in una struttura con disponibilità di raccordi interdisciplinari con altre competenze specialistiche, sia mediche che chirurgiche, necessarie ad una gestione integrata dei casi di ipertensione arteriosa più grave o di ipertensione secondaria. Tutto ciò ha giustificato la necessità di elaborare delle linee di comportamento e di gestione del paziente nelle diverse fasi della malattia, che hanno portato, in collaborazione con i colleghi dell'Ambulatorio di ipertensione dell'Ospedale Parini (nello specifico con la dott.ssa Sabina Modesti), alla stesura, condivisione e recente revisione di un **"Percorso ipertensione in VDA"**.

Nello specifico, qual è il ruolo del MMG in questo percorso? Molto schematicamente individuo i seguenti passaggi:

1) effettuare prevenzione primaria dell'ipertensione arteriosa

- individuando i soggetti a rischio attraverso un contatto opportunistico (case finding);
- esercitando su di essi una adeguata educazione sanitaria per aiutarli a modificare scorretti stili di vita (esercizio fisico quotidiano, riduzione di sale con la dieta, corretta alimentazione, consumo contenuto di alcool, controllo del peso corporeo, abolizione totale del fumo)
- consigliando un controllo annuale o biennale della pressione arteriosa.

2) accertare la diagnosi di ipertensione arteriosa.

- mediante misurazione della pressione arteriosa nei pazienti sintomatici e in quelli per contatto opportunistico;
- effettuando una valutazione clinica del paziente iperteso, una adeguata anamnesi ed un accurato esame obiettivo;
- richiedendo ed interpretando gli accertamenti di laboratorio e strumentali, individuati nel protocollo come esami di primo livello;
- richiedendo allo specialista l'esecuzione del monitoraggio dinamico della P.A. nelle 24 ore quando necessario

3) effettuare lo studio eziologico, la stadiazione clinica e la stratificazione del rischio cardiovascolare nei pazienti con nuova diagnosi di

ipertensione arteriosa.

La determinazione dello stadio clinico è fondamentale ai fini della impostazione terapeutica e del follow-up. Richiede una valutazione funzionale degli organi bersaglio, fundamentalmente reni, cuore, vasi, occhi ed encefalo. Gli accertamenti pertanto riguarderanno la funzionalità renale, un E.C.G., un RX torace ed un esame del fundus oculi. Altri accertamenti/consulenze saranno effettuate a fronte di specifiche indicazioni cliniche.

4) impostare ed effettuare il trattamento non farmacologico e farmacologico al 1° e 2° stadio della malattia ipertensiva

- mediante attività educativo-comportamentale: approccio informativo-dietetico, con attività di counseling su problemi attivi e attività di rinforzo sugli interventi effettuati;
- impostando il trattamento farmacologico, tenendo in considerazione il rischio cardiovascolare stratificato e le patologie concomitanti;
- sorvegliando le modalità di assunzione dei farmaci;
- valutando i risultati ottenuti a breve termine mediante un follow-up ravvicinato;
- accertando l'insorgenza di effetti collaterali.

5) inviare il paziente allo specialista per un intervento educativo o un intervento terapeutico in caso di:

- insuccesso dell'intervento farmacologico;
- presenza di segni clinici di danno d'organo o patologie associate (3° stadio della malattia ipertensiva).
- sospetto di ipertensione secondaria o complicata.

6) collaborare alla impostazione del trattamento con lo specialista per le forme secondarie

7) coordinare il follow-up

- determinando gli obiettivi ed i tempi di valutazione dei valori di P.A. nel paziente neodiagnosticato in terapia farmacologica;
- determinando i tempi e coordinare gli accessi alle consulenze specialistiche per la rivalutazione periodica del coinvolgimento degli organi bersaglio e la rivalutazione del rischio cardiovascolare stratificato.

Appare pertanto evidente, dall'analisi dei passaggi sopra elencati, come il ruolo del MMG rappresenti l'elemento cardine nella gestione del paziente iperteso.



Napoli, XIV Congresso Nazionale CARD

Premiato il poster "Disfagia e Multiprofessionalità" e nominata Federica Duò quale Segretario Nazionale CARD

Lo scorso 19-21 maggio a Napoli si è tenuto il XIV Congresso Nazionale CARD che ha visto partecipare anche la Valle d'Aosta.

CARD, società scientifica che riunisce tutti i professionisti interessati al progresso e alla valorizzazione del territorio, ha come scopo la promozione ed il sostegno alla cultura in sanità, con particolare attenzione al Distretto. Il tema conduttore del Congresso è stata l'appropriatezza, che si deve manifestare a 360°, coinvolgendo sia l'aspetto prestazionale che organizzativo, con particolare attenzione alla cronicità. L'altro tema importante affrontato è stato quello dell'aderenza terapeutica che è "l'altra faccia della medaglia" dell'appropriatezza e che riveste un ruolo importante per il successo dell'intervento curativo, soprattutto nelle condizioni croniche. Analizzare e promuovere queste esperienze di confronto a livello nazionale è essenziale per un corretto uso delle risorse ed una valorizzazione degli interventi messi in atto che, sempre più, devono coinvolgere team multiprofessionali. La valorizzazione delle pluriprofessionalità è uno dei capisaldi portati avanti dal Presidente Nazionale, Gilberto Gentili, che proprio a Napoli ha visto l'elezione del suo successore per il triennio 2017-2019: si tratta di Genaro Volpe, che verrà affiancato dai vice presidenti Rosa Borgia e Luciano Pletti. Il Consiglio Nazionale CARD, che è formato da tutti i Presidenti Nazionali e tra i quali si eleggono le cariche nazionali, ha nominato il Presidente CARD della Valle d'Aosta, l'infermiera Federica Duò, Segretario Nazionale per il prossimo triennio.

La tre giorni di Napoli ha portato un altro grande successo per CARD Valle d'Aosta e per l'Azienda USL, con la premiazione - quale miglior contributo - al poster "Disfagia e Multiprofessionalità" presentato dalle logopediste Antonella Lacroix e Cristina Bich.

Il poster documenta il PERCORSO CLINICO RIABILITATIVO DI PRESA IN CARICO DELL'UTENTE ADULTO CON DISFAGIA MOTORIA ORO-FARINGEA e costituisce un esempio concreto di integrazione tra ospedale e territorio. Il percorso nasce dalla necessità di rispondere ai bisogni complessi di salute, realtà rilevante oggi in sanità per le implicazioni clinico-professionali, organizzative, socio-sanitarie ed economiche che ne derivano. L'intervento sanitario impone, quindi, un approccio multidimensionale



nale e multidisciplinare, ineludibile nella gestione della complessità secondo criteri di appropriatezza, efficacia e efficienza delle prestazioni e criteri di sicurezza per la persona assistita.

La persona con disturbi della deglutizione (disfagia) è da considerarsi, a tutti gli effetti, una persona con bisogni di salute complessi, per cui la promozione della sicurezza e della qualità della vita sono elementi fondamentali della gestione clinica e assistenziale in ogni fascia di età. Infatti, affrontare le problematiche del vivere quotidiano, può essere per la persona con difficoltà disfagiche un ostacolo insormontabile. È per questo motivo che un intervento multidisciplinare mirato ed organizzato può preservare e/o migliorare uno stato di salute comunque vulnerabile. Gli **obiettivi** del percorso elaborato in collaborazione tra professionisti dell'ospedale e del territorio sono i seguenti: garantire la continuità delle cure alla persona, riducendo le frammentazioni/variabilità e definendo la migliore sequenza di azioni; favorire l'integrazione tra gli operatori al fine di fornire il "bene salute" alla persona, non solo sul piano clinico; garantire la salvaguardia della sicurezza del paziente affetto da disfagia; prevedere interventi basati sulle evidenze scientifiche; razionalizzare i processi assistenziali, mediante l'utilizzo appropriato delle risorse a disposizione.

Nel lavoro in équipe multi professionale il medico e l'infermiere assumono un ruolo prioritario nel riconoscimento preventi-

vo delle difficoltà deglutorie e nell'attuazione di procedure e comportamenti atti a ridurre il rischio di malnutrizione, di aspirazione, di complicanze bronco-pulmonari con le conseguenze che ne potrebbero derivare. Successivamente, l'intervento del logopedista, che generalmente viene richiesto in fase di ricovero dall'infermiere e sul territorio dal Medico di Assistenza Primaria, comprende l'anamnesi; la valutazione e la terapia mirata sia all'individuazione delle metodiche di compenso, sia al recupero, laddove possibile, delle dinamiche deglutorie. Il dietologo ed il dietista intervengono nel percorso nei casi di malnutrizione, sia nella delicata fase di valutazione, sia nel monitoraggio della sintomatologia e nella gestione degli

ausili per l'alimentazione (gelificanti, addensanti).

Dal monitoraggio del percorso effettuato nei primi sei mesi dalla sua pubblicazione emerge quanto segue:

- la fase di formazione degli infermieri dei presidi ospedalieri Parini e Beauregard, necessaria al fine dell'applicazione del percorso, ha visto una partecipazione rilevante degli operatori interessati ed è stata resa possibile grazie ad un lavoro preciso e qualificato svolto dalle logopediste che operano nei presidi stessi;
- il percorso elaborato ha consentito un aumento delle competenze globali rispetto alla gestione della disfagia e, in particolare, alla gestione/somministrazione del test del bolo d'acqua, "manovra" semplice e poco impegnativa, che consente di intercettare tempestivamente la sintomatologia oggetto del percorso;
- un invio più appropriato delle segnalazioni alle logopediste in ospedale, grazie anche alla tempestività di comunicazione;
- una gestione più consapevole della problematica da parte dei care giver;
- una presa in carico più appropriata e rispondente ai bisogni di salute dell'utente sul territorio;

Oltre agli eventi regionali che CARD continua ad organizzare, il prossimo evento nazionale si terrà a Bologna nel mese di maggio 2017.

Dal 16 maggio sono operativi quattro Ambulatori Territoriali di Assistenza Primaria ad accesso libero

Al seguito dell'accordo siglato in data 8 marzo 2016 tra l'Assessorato regionale della Sanità, Salute e Politiche sociali, l'Azienda USL Valle d'Aosta e le tre organizzazioni sindacali rappresentative i medici di medicina generale, F.I.M.M.G., S.N.A.M.I. e S.M.I., sono stati attivati sperimentalmente, a partire dal 16 maggio, quattro ambulatori di medici di assistenza primaria ad accesso libero situati nei poliambulatori di Morgex, Aosta, Châtillon e Donnas.

L'obiettivo comune è quello di potenziare l'assistenza territoriale e di intercettare e prendere in carico i bisogni assistenziali del cittadino. Questa sperimentazione è programmata, al momento, sino al 31 dicembre 2016 e sarà monitorata in vista di

una riorganizzazione della medicina generale, parte determinante dell'assistenza territoriale, in un'ottica di integrazione con gli altri professionisti sanitari, sia territoriali che ospedalieri, facendo propri gli obiettivi assistenziali, economici e aziendali e salvaguardando il rapporto fiduciario medico-paziente.

L'avvio sperimentale degli "ambulatori di MAP" ad accessibilità diretta per tutti i cittadini, che vanno ad aggiungersi agli ambulatori territoriali in essere, i quali non subiranno variazioni né nel numero né negli orari di apertura, intende migliorare la risposta sul territorio ai bisogni sanitari dei cittadini ed è finalizzato a:

- ampliare i servizi di assistenza prima-

ria nonché l'accessibilità e fruibilità degli stessi, attraverso l'accesso diretto diurno-feriale del cittadino alle cure primarie, in orari meno coperti dagli ambulatori privati dei medici di famiglia;

- favorire l'integrazione dei medici di assistenza primaria con il Sistema Sanitario Regionale ed in particolare con i medici specialisti e con i servizi di diagnostica disponibili presso i Poliambulatori di Morgex, Aosta, Châtillon e Donnas;
- ridurre, nel tempo, gli accessi impropri al Pronto Soccorso ospedaliero per i bisogni che devono trovare risposta sul territorio nell'ambito dell'assistenza primaria.

DOVE ANDARE

MORGEX

Poliambulatorio, Viale del Convento 5

Orario dell'ambulatorio di assistenza primaria:

nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle 12.00 alle 18.00

Tel. per informazioni: 0165 - 809300

AOSTA

Poliambulatorio, Via G. Rey 3

Orario dell'ambulatorio di assistenza primaria:

nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle 14.00 alle 20.00

Tel. per informazioni: 0165 - 544727

CHÂTILLON

Poliambulatorio, Via Pellissier 19

Orario dell'ambulatorio di assistenza primaria:

nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle 12.00 alle 18.00

Tel. per informazioni: 0166 - 501011

DONNAS

Poliambulatorio, Via Roma 105

Orario dell'ambulatorio di assistenza primaria:

nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle 12.00 alle 18.00

Tel. per informazioni: 0125 - 806300/807949

CHI PUÒ ACCEDERE

Possono accedere agli ambulatori:

- i cittadini iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
- i cittadini non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia - TEAM, rilasciata dal competente Stato europeo (Unione europea, Spazio economico europeo, Svizzera);
- i soggetti, cittadini non comunitari, non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

ATTIVITÀ

Il cittadino che si reca presso gli ambulatori può richiedere al medico di assistenza primaria presente le seguenti prestazioni:

- ✓ visita medica generale ambulatoriale per acuzie (esclusa emergenza-urgenza);
- ✓ prescrizione di farmaci ripetitivi;
- ✓ trattamento, medicazioni, rimozione punti ecc. per ferite o altre lesioni non complesse;
- ✓ prestazioni sanitarie (cambio catetere vescicale, ecc.);
- ✓ terapie che necessitano di presenza medica;
- ✓ redazione di alcuni particolari certificati medici (malattie, riammissione alla scuola dell'obbligo).

L'attività è esclusivamente ambulatoriale e non prevede né prestazioni domiciliari né interventi in emergenza-urgenza, che rimangono di esclusiva pertinenza della Centrale Unica del Soccorso.



Presentazione del Registro Tumori della Regione Autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste

di Maurizio Castelli (direttore Dipartimento di Prevenzione)

La Giunta Regionale con deliberazione n. 1945 del 05/10/2012 ha stabilito l'“Approvazione dell'istituzione del Registro Tumori della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste” presso l'Azienda USL VdA per gli adempimenti di competenza...”, prevedendo che il responsabile del Registro venga identificato nel Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

L'avvio del Registro Tumori ha reso necessario una convenzione tra l'Azienda e un Ente esterno di provata esperienza e serietà scientifica, individuato nella Fondazione IRCCS “Istituto Nazionale dei Tumori” con sede a Milano, come da delibera aziendale n. 224 del 18/02/2013.

Allo scopo di realizzare il progetto sono stati reclutati e formati due medici a tempo parziale, individuati fra il personale sanitario del Dipartimento di Prevenzione, di cui uno delegato all'elaborazione epidemiologica dei dati raccolti e l'altro alla supervisione e alla verifica dell'appropriatezza dei dati inseriti. È stato anche formato un operatore amministrativo a tempo parziale, con funzioni di raccolta della documentazione clinica dalle fonti originali, inserimento informatico dei dati raccolti e corrispondenza con gli Enti di collegamento.

Attualmente le linee di attività sono concentrate su:

- 1. inserimento dei dati provenienti annualmente dalle fonti citate e recupero dei dati storici;** la mole annuale di informazioni, per quanto attiene alle tre voci principali (SDO, Anatomia Patologica, mortalità), è quantificabile per il bacino di utenza della Valle d'Aosta in circa 20mila SDO, 6mila referti anatomo-patologici e 1400 decessi. La numerosità di casi in mobilità passiva extraregionale è variabile. Tutti i flussi sono informatizzati e facilmente accessibili in tempi relativamente brevi.
- 2. formazione del personale;**
- 3. produzione di un documento che affronti, in maniera dedicata, gli aspetti legati alla riservatezza dei dati sensibili;**
- 4. elaborazione epidemiologica dei dati ottenuti;** validazione delle attività di record linkage, di generazione dell'incidenza; validazione del controllo di qualità clinico dei dati del registro; validazione controllo qualità dei processi di produzione dei dati;
- 5. controlli di completezza e qualità al fine dell'istanza di accreditamento istituzionale;** predisposizione di survey di controllo della completezza; utilizzo di procedure standardizzate, proposte dall'AIRTum (Associazione

Italiana Registri Tumori), come supporto per le procedure di accreditamento all'Associazione.

Lo stato di avanzamento del lavoro del Registro della Regione Valle d'Aosta è il seguente:

le fonti del Registro (SDO, Registro Mortalità, Anatomia Patologica) sono aggiornate al 31/12/2015. I flussi di mobilità passiva extra-regionale sono disponibili fino al 2014.

I dati del quinquennio 2008-2012, completi e di qualità eccellente, sono stati inviati allo IARC (International Agency for Research on Cancer) per l'Accreditamento internazionale.

A breve i dati 2007-2012 saranno inviati all'AIRTum (Associazione Italiana Registri Tumori) per l'istanza di Accreditamento nazionale del Registro.

Il traguardo dell'Accreditamento costituisce garanzia della correttezza dei dati elaborati a fini clinico-epidemiologici e di programmazione socio-sanitaria. Ciò farà del Registro Tumori uno degli strumenti fondamentali ai fini della promozione di corretti stili di vita, programmi di prevenzione, diagnosi precoce e, non ultimo, appropriatezza delle risorse utilizzate e dei percorsi diagnostico-terapeutici applicati dalle aziende sanitarie.

CONVEGNO SUL TEMA “LE SFIDE DEL CAMBIAMENTO IN SALUTE”

Giovedì 23 giugno 2016, ore 8,30-13,30 - Aosta, Palazzo regionale, sala “Maria Ida Viglino”

“Gli interventi di prevenzione e di promozione della salute richiedono un cambiamento volontario dei comportamenti da parte dei singoli e dei gruppi, affinché collaborino attivamente al processo di cambiamento”, così afferma **Carlo DiClemente**, il celebre psicologo e studioso della teoria del cambiamento, da cui deriva il modello transteorico.

Carlo DiClemente, professore e direttore

dell'HABITS Lab, presso l'Università del Maryland di Baltimora, è stato l'ospite di eccezione del convegno del 23 giugno, in occasione del quale ha tenuto una *lectio magistralis* sul tema “Il modello transteorico del cambiamento - le sfide in salute: anche non cambiare ha il suo prezzo”. Il metodo teorizzato da DiClemente parte dalla consapevolezza. Inizialmente è necessario im-

parare a riconoscere ciò che fa bene. Lo step successivo sarà rappresentato dal prendere coscienza dei fattori protettivi e dei fattori di rischio personale. Infine si scomporrà un obiettivo di cambiamento generale in obiettivi specifici, concreti e facili da realizzare.

Hanno affiancato il prof.



DiClemente, **Federica Tognazzo**, psicoterapeuta e consulente di “Luoghi di Prevenzione – Centro regionale di didattica multimediale per la promozione della salute” della Regione Emilia-Romagna e **Giovanni Forza**, dirigente dell'Azienda ospedaliera/Università degli Studi di Padova, anch'egli consulente di “Luoghi di Prevenzione”.

L'evento, promosso e organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri



della Valle d'Aosta in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL, con il patrocinio della Regione Autonoma Valle d'Aosta, è stato aperto da **Roberto Rosset**, presidente Ordine dei Medici VdA, **Marina Tumiatì**, Direttore

sanitario Azienda USL, **Laurent Viérin**, Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta e **Maurizio Castelli**, direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'AUSL VdA. Il convegno, destinato a professionisti

della sanità, docenti, dirigenti e funzionari di enti e associazioni, si poneva l'obiettivo di favorire l'acquisizione di strumenti per promuovere nella popolazione il cambiamento di stili di vita, quali fattori protettivi di salute.

La formazione trasversale e multi professionale per il Piano Regionale della Prevenzione 2016-2018

di Rossella Cristaudo (dirigente medico c/o Dipartimento di Prevenzione)

Dal recepimento del **Piano Nazionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018** - approvato con Deliberazione della Giunta Regionale nr. 1981 del 30/12/2015: "**Recepimento dell'Intesa concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)**", adottato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 13/11/2014 (REP. N. 156/CSR) e dell'Accordo concernente il relativo documento di valutazione, adottato Conferenza Stato-Regioni in data 25/3/2015 (REP. N. 56/CSR). Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2016-2018" - è scaturita **l'esigenza di una formazione regionale trasversale, intersettoriale e multi professionale, il cui obiettivo generale è quello di acquisire ed implementare una metodologia condivisa tra professionisti di tutto il territorio valdostano che, a vario titolo, si occupano di Promozione della Salute e di Prevenzione e che favorisca la programmazione e la stesura di linee progettuali del PRP 2016-2018, basate su reali priorità e bisogni di salute, su evidenze di efficacia e su appropriate metodologie di monitoraggio e di valutazione.**

Il percorso formativo ha preso avvio lo scorso aprile, con l'apertura dei lavori da parte del dott. Maurizio Castelli, direttore del Dipartimento di Prevenzione e coordinatore regionale del PRP.

È strutturato in otto moduli formativi e si concluderà a settembre 2016. Seguirà un periodo di supervisione da parte del dott.

Alberto Perra, dirigente ricercatore dell'Istituto Superiore di Sanità, al fine di monitorare l'avanzamento dei lavori.

I vari moduli sono caratterizzati dall'avvicinarsi sia di professionisti qualificati, di livello internazionale e nazionale, dell'Istituto Superiore di Sanità, del mondo universitario e dei servizi sanitari di altre Regioni, che di vari portatori d'interesse regionali, dell'Azienda USL e di associazioni. I metodi didattici utilizzati sono di tipo interattivo e consentono ai partecipanti, provenienti da varie Istituzioni, Enti, Associazioni, Terzo Settore, ecc. del territorio regionale, non solo di interagire tra loro e condividere esperienze e metodi, ma di programmare, con metodi partecipativi, linee di azione di Promozione della Salute e di Prevenzione, così come indicato nel PNP.

Questo percorso formativo abbraccia la visione del PNP di:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione, come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare, in particolare, alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, negli obiettivi e nei metodi della sanità pubblica e di una "prevenzione, promozione e tutela della salute" che ponga le

popolazioni e gli individui al centro degli interventi, al fine di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;

- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementarli in modo equo e programmarli per ridurre le disuguaglianze;
- accettare e gestire la sfida del rapporto costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della *governance*.

Auspicio che dalla diversità che caratterizza i partecipanti di questo percorso formativo impegnativo e complesso, oltre alla metodologia e il linguaggio comune acquisiti, nasca una maggiore consapevolezza dei punti di forza e di debolezza del "gruppo multi professionale e intersettoriale", e che proprio dalla diversità di saperi, di opinioni, di cultura e di formazione nascano non solo momenti di scambio e confronto, ma un vero e proprio arricchimento reciproco che consolidi il "Gruppo", con la finalità di promuovere veramente la **Salute** nella nostra Regione.

Nell'ottica di quel "*professionista riflessivo*" che continuamente misura e aggiusta il proprio strumento, concludo con una frase di Donald Schön, professore al Massachusetts Institute of Technology (MIT), che scrive nel suo libro "*Il professionista riflessivo*": "*Ascoltandosi reciprocamente e ascoltando se stessi, sentono in che direzione sta andando la musica e di conseguenza adattano il loro modo di suonare...*"

A P P R O F O N D I M E N T I

ALCOLOGIA: INTERVENTI DESTINATI ALLE FAMIGLIE

di Vincenzo Lamartora (direttore SC Ser.D)

La prospettiva sistemica, sviluppatasi in Nord America nell'ultimo dopoguerra con un ampio seguito di pubblicazioni e studi, vede la famiglia come un tutto o un insieme, le cui parti si influenzano reciprocamente.

Più precisamente la famiglia si può considerare un sistema sociale, cioè un insieme di persone collegate da rapporti di parentela e di convivenza. A livello profondo condividono un mondo di valori che sono il fondamento delle credenze che una famiglia riceve e trasmette attraverso le generazioni e con cui interpreta la realtà. La famiglia imprime tra i suoi membri un senso d'identità che si fonda su due elementi: il senso di appartenenza, o di dipendenza, e il senso di differenziazione o autonomia. La famiglia è il laboratorio in cui questi elementi si mischiano e si ripartiscono, a cominciare dalla nascita dell'individuo. Il sistema è anche aperto verso la società. Di fronte ai cambiamenti che nel tempo avvengono sia nella famiglia stessa sia nel mondo che la circonda, il sistema tende da una parte a mantenere le proprie regole di comportamento, dall'altra si evolve riorganizzandosi in nuovi tipi di interazioni. Ogni cambiamento induce una tensione alla quale la famiglia può rispondere con un riadattamento. Ma a volte la risposta è un irrigidimento dei comportamenti in atto; le interazioni tra i famigliari e tra questi e l'esterno divengono stereotipate e la famiglia tende alla chiusura, senza concepire alternative possibili.

Un tipico esempio è quando il consumo di alcol e i comportamenti ad esso collegati pervadono il sistema, cristallizzandolo in condotte ripetitive: ricerca della bottiglia e ubriacature da parte dell'alcolista, rimproveri e controlli da parte dei congiunti, promesse e ricadute. Questi comporta-

menti devono essere considerati dei veri e propri sintomi che, se pur esprimono disagio e problemi, sono anche diventati parte integrante del sistema della famiglia, che impiega gran parte delle proprie energie e convoglia un'enorme massa di affetti intorno all'alcol e alla condotta alcolica.

L'alcol, quando si tratta di alcolismo, finisce con l'occupare la vita dell'individuo e della sua famiglia e perciò diviene il contenuto centrale delle interazioni. Per questo si può parlare più di famiglie alcoliste che di alcolisti.

La famiglia svolge un ruolo molto importante nell'identificazione dei bevitori eccessivi e nella successiva formulazione diagnostica. Tuttavia è importante considerare che il familiare può essere a sua volta bisognoso di cure o comunque trovarsi in uno stato di sofferenza psicologica.

Inoltre il ruolo della famiglia all'interno del trattamento è molteplice: oltre ad essere in generale un agente terapeutico ed il luogo in cui si giocano i cambiamenti, la famiglia riveste un ruolo specifico nella motivazione al trattamento, nel drop-out, nella ricaduta, nella verifica degli esiti.

La famiglia è al tempo stesso risorsa terapeutica e utente. La sofferenza psicologica della famiglia e dei singoli famigliari va sempre tenuta presente, non solo per motivi etici e deontologici, ma perché ci troviamo di fronte ad un sistema i cui equilibri sani e patologici giocano un ruolo importante nel cambiamento rispetto alle abitudini alcoliche.

Come per gli alcolisti anche le famiglie sono diverse tra loro. L'indicazione terapeutica dipenderà dal tipo e dalla gravità dei problemi.

Il Ser.D propone ai familiari delle persone con problemi di abuso e dipendenza da alcol degli incontri di approfondimento



sugli aspetti sanitari, socio-assistenziali, psicologici e di cura della dipendenza da alcol e dei problemi alcol-correlati. Ogni incontro sarà introdotto dagli operatori del Servizio che proporranno l'approfondimento di una tematica connessa alla dipendenza da alcol.

Questa iniziativa, pensata come un percorso, si pone molteplici obiettivi: soddisfare il bisogno da parte dei familiari di una maggiore informazione sugli aspetti della malattia, avviare una collaborazione con le famiglie in una prospettiva di valorizzazione della famiglia come risorsa, facilitare il contatto tra famiglie e Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (ogni incontro vedrà la partecipazione di alcuni referenti dei Gruppi AMA). I familiari avranno la possibilità di portare la propria esperienza, esprimere bisogni di informazione e sostegno, fare proposte al fine di rendere più efficaci gli interventi.

Alcuni incontri si terranno nella sede del Ser.D, ad Aosta in via Guido Rey 1, altri presso il Poliambulatorio di Donnas in via Roma 105.

Di seguito il calendario incontri da luglio a novembre 2016:

Giovedì 28 luglio 2016

Aosta 14.30-16.00

Martedì 29 settembre 2016

Donnas 13.30-15.00

Giovedì 27 ottobre 2016

Aosta 14.30-16.00

Giovedì 24 novembre 2016

Aosta 14.30-16.00

Associazione "Amici per la Pelle": chi siamo**Il melanoma è una battaglia che può essere vinta!**

L'associazione **AMICI PER LA PELLE** è nata per volontà di familiari, amici e medici con l'obiettivo di promuovere iniziative e attività di formazione e sensibilizzazione circa i bisogni dei malati di melanoma e delle altre neoplasie della cute.

Il melanoma è una neoplasia maligna con elevata probabilità di guarigione, quando diagnosticato in tempo e trattato correttamente. Gli studi dimostrano che i pazienti che comprendono meglio la malattia e partecipano attivamente alle decisioni e al suo controllo hanno una prognosi

migliore. È importante non sottovalutare sintomi o segni di lesioni cutanee sospette. All'associazione può aderire chiunque condivida le finalità e lo spirito dell'Associazione attraverso un contributo minimo annuale.

Con l'intento di condividere la forte passione di Paul Cugnod, l'Associazione ha in previsione per il 3 settembre 2016 presso la piscina scoperta dell'Hostellerie du Cheval Blanc ad Aosta una giornata di prove gratuite di immersione subacquea con autorespiratore sotto la supervisione di

istruttori qualificati. La giornata sarà rivolta ai curiosi di ogni età, tutto all'insegna di quell'entusiasmo e divertimento che distinguevano Paul ogni volta che entrava in acqua. In contemporanea all'attività subacquea è prevista la consegna da parte di personale specializzato di materiale divulgativo in merito al melanoma al fine di porre maggiore attenzione sul tema.

Recapiti:

AMICIPERLAPELLE Associazione Valdostana Malati di Melanoma

Fraz. Etrepiou, 3/A - 11020 GRESSAN (AO)

Codice Fiscale 91067990076

Telefono attivo h.24 - 340 9942948

amiciperlapellevda@gmail.com

“Un cane per amico”: aprono i corsi CELVA e Azienda USL per i proprietari di cani

La formazione si svolgerà a luglio. È previsto il rilascio di un patentino per i partecipanti

Il CELVA, in collaborazione con i servizi veterinari dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, organizza “Un cane per amico”, il corso di formazione dedicato all'acquisizione del patentino per i proprietari e i futuri proprietari di cani.

L'iniziativa è a numero chiuso e si svolgerà presso la Sala BIM, in Piazza Narbonne 16 (Il piano) ad Aosta, nel corso di quattro incontri di 2,5 ore ciascuno, previsti nelle seguenti date: lunedì 11, giovedì 14, lunedì 18 e giovedì 21 luglio 2016, dalle 17 alle 20.

Nel rispetto dell'Ordinanza Ministeriale 3 marzo 2009 e del Decreto Ministeriale 26 novembre 2009 e della Legge regionale n. 37 del 22 novembre 2010, art. 9 comma 6, l'iniziativa favorisce il corretto sviluppo della relazione tra cane e proprietario, per favorire l'integrazione dell'animale nel contesto sociale, approfondendone la conoscenza del linguaggio e del comportamento.

I destinatari sono, in prima battuta, i cittadini valdostani proprietari di cani dichiarati “impegnativi” dall'Azienda USL; oltre ad essi, il corso è aperto anche ai proprietari, o ai futuri proprietari, interessati ad approfondire le seguenti temati-

che: “Il comportamento del cane”, “Sviluppo, comunicazione e benessere del cane”, “Prevenzione e informazione: convivere in sicurezza”, “Legislazione e figure di riferimento per una corretta gestione del cane”.

I docenti dei corsi saranno medici veterinari iscritti all'Ordine regionale, dipendenti dell'Azienda USL e della Regione autonoma Valle d'Aosta e liberi professionisti. Come attestato di partecipazione, è previsto il rilascio del “patentino” a seguito di un test finale, che si terrà al termine dell'ultima lezione.

Come iscriversi a “Un cane per amico”

L'iniziativa formativa ha un costo di 25 euro per proprietario e prevede la partecipazione di un numero massimo di 40 persone: le iscrizioni saranno prese in considerazione in ordine cronologico di arrivo. Per aderire è necessario inviare



una email di iscrizione all'indirizzo m.anello@celva.it, indicando nome, cognome e recapito telefonico del proprietario. L'iscrizione sarà perfezionata dopo il versamento, tramite bonifico bancario, della quota di partecipazione. **La scadenza delle iscrizioni è prevista per giovedì 7 luglio 2016.**

Per informazioni è possibile contattare telefonicamente il CELVA, al numero 0165/43347, dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 13 e dalle 14 alle 16.30.

Nati per Leggere 2016

L'Azienda USL Valle d'Aosta è stata premiata il 16 maggio al Salone Internazionale del Libro di Torino

I vincitori della VII edizione del Premio “Nati per Leggere - NpL” edizione 2016 sono stati premiati lunedì 16 maggio, alle 16:30, all'Arena del Bookstock Village del Salone Internazionale del Libro di Torino.

Per la sezione “Reti di libri” (miglior progetto di promozione della lettura rivolto ai bambini tra 0 e 5 anni) il 1° premio per i progetti consolidati, dal titolo “Nati per leggere in Valle d'Aosta”, è stato assegnato all'Azienda USL Valle d'Aosta. Il prestigioso riconoscimento è stato assegnato “per la continuità dell'impegno e per il fatto che la rete prosegue il suo lavoro sul progetto, ampliando costantemente alcuni aspetti fondamentali, tra cui la comunicazione”.

Un ruolo fondamentale nella promozione e diffusione dei libri per la prima infanzia

lo gioca l'Assessorato regionale all'Istruzione e Cultura attraverso la capillare rete delle biblioteche afferenti al Sistema Bibliotecario valdostano (SBV). La sinergia tra le istituzioni e le componenti sanitarie e culturali, è stata sottolineata - in occasione della cerimonia di premiazione - dal dott. Marco Debernardi, pediatra di libera scelta e referente dell'Azienda USL del progetto NpL.

Insieme a lui sono saliti sul palco per la consegna della targa, Cesare Arioni, direttore della SC Pediatria e Neonatologia dell'ospedale di Aosta e coordinatore del progetto ed Enrica Alessandra Belloli, referente bibliotecari SBV NpL VdA.



La Sanità Penitenziaria: una nuova realtà assistenziale in Azienda

di Giuliana Vuillermin (dirigente SITRA)

Con DGR n. 1850 del 10 dicembre 2015: "Recepimento dell'accordo sul documento «linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali», approvato dalla conferenza unificata in data 22 gennaio 2015 (rep. n. 3/cu). approvazione di direttive all'Azienda USL Valle d'Aosta in materia di sanità penitenziaria", la stessa è stata trasferita all'AUSL.

Con tale documento sono state definite delle direttive che prevedono un intervento dell'Azienda USL all'interno della Casa Circondariale di Brissogne attraverso l'erogazione, da parte della stessa, dell'intera gamma delle prestazioni sanitarie, individuando modalità operative e risorse professionali, attingendo anche a quelle già operanti nell'ambito della medicina penitenziaria, così da costituire un'articolazione che, mediante un assetto operativo stabile e ben strutturato, mantenga e garantisca un sistema di effettivo equilibrio tra l'esigenza della sicurezza ed il diritto costituzionale ed inalienabile alla salute.

La L. 30 novembre 1998, n. 419" sancisce, infatti, il fondamentale principio per cui i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate.

La citata DGR fornisce indicazioni affinché ai ristretti siano assicurati interventi clinico assistenziali, di cui si riportano, a titolo esemplificativo, i maggiori:

- a. l'assistenza medica di base con diagnosi e cura degli eventi patologici acuti e cronici;
- b. forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute, attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio, con il concorso della Direzione penitenziaria;
- c. gli interventi di screening e diagnosi precoce previsti dalla normativa;
- d. l'assistenza farmaceutica ed integrativa;
- e. le visite medico-specialistiche ambulatoriali;
- f. la presa in carico ed il trattamento dei detenuti con dipendenza patologica;
- g. appropriati interventi e tutte le possibilità di cura e di promozione della salute alle persone con disturbi mentali;
- h. gli interventi di emergenza-urgenza



all'interno della Casa Circondariale attraverso un'adeguata risposta di primo soccorso, tramite il servizio medico interno ed il servizio territoriale di emergenza-urgenza, cui segue, ove occorra, l'invio immediato presso il presidio ospedaliero di Aosta.

L'assistenza medica di base viene fornita 7 giorni su 7 con orario 08.00 – 18.30 dal lunedì al venerdì e 08.00 – 14.00 il sabato, la domenica e festivi da tre medici in regime di libera professione a carico dell'Azienda USL, mentre l'assistenza infermieristica è garantita H24, al momento da due infermieri a tempo determinato e altri quattro infermieri in libera professione, di cui due a tempo parziale, con la presenza di un operatore per turno.

Ma quello che si vuole evidenziare, attraverso questo articolo, non è l'assistenza ordinaria che viene gestita, con qualche differenza vista la specificità della sede, al pari di ogni altra struttura. Si ritiene interessante, invece, fare emergere come i medici, in collaborazione con gli infermieri, stanno operando, al fine di migliorare la conoscenza dei ristretti e, dunque, garantire un'assistenza efficace ed efficiente, pur con i limiti legati ad un luogo di detenzione.

Tale cooperazione ha consentito di redigere una nuova scheda di primo ingresso, completa di tutti i dati necessari ad individuare i problemi di salute attivi, le patologie pregresse, croniche, ovvero acute o, ancora, di natura infettiva, gli stati di dipendenza, compresa la ludopatia e la presenza di patologie psichiatriche intervenute durante la detenzione o precedenti alla stessa. La scheda è corredata, peraltro, di questionario atto a sondare il

rischio suicidario. La stessa prevede anche la possibilità di effettuare il prelievo per la verifica di eventuale sieropositività, con consenso informato e pieghevole informativo, anch'esso ideato da medici e infermieri. Tale scheda è in sperimentazione, al fine di verificarne l'effettiva funzionalità ed efficacia per quanto attiene la rilevazione delle condizioni cliniche dei ristretti nuovi giunti, e non solo, dato che viene compilata anche per i restanti detenuti, già ospiti della Casa Circondariale.

Altro aspetto saliente e mai affrontato prima, relativamente alle forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute, attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio, è che - da un'analisi empirica effettuata sulle cartelle cliniche - gli infermieri hanno verificato che, frequentemente, i detenuti sviluppano il diabete mellito durante la detenzione, anche se non correlato ad essa. Per questa ragione si stanno impegnando per attivare una campagna di educazione alla salute, in collaborazione con la Diabetologia dell'Ospedale Parini. La Casa Circondariale è stata dotata di opuscoli informativi "Capire e vivere con il diabete", che saranno distribuiti nel corso di incontri con l'infermiere.

Altre iniziative che gli stessi infermieri hanno intenzione di attivare, riguardano la ludopatia, procurando l'opuscolo informativo in uso presso il Ser.D. "Piccolo manuale per il giocatore e la sua famiglia" e la prevenzione e cura dell'ipertensione arteriosa, utilizzando l'opuscolo "Conoscere l'ipertensione arteriosa", elaborato dall'Ambulatorio ospedaliero. Per l'attività di educazione sanitaria verrà richiesta la collaborazione della Direzione del car-

A P P R O F O N D I M E N T I

cere, al fine di verificare la possibilità di svolgere incontri collettivi e/o individuali con i ristretti, in sicurezza. Anche il servizio di Dietologia si è reso disponibile per fornire le indicazioni sull'alimentazione dei diabetici alla cucina del carcere.

Ulteriore progetto in corso, sempre in capo agli infermieri e molto apprezzato dai detenuti, riguarda la raccolta dei "pensieri", poesie, osservazioni dei ristretti, da racchiudere in un libretto da distribuire, sia in carcere (con lo scopo di socializzare le sensazioni vissute), sia presso sedi esterne per fare comprendere la condizione di detenzione. Un detenuto si sta occupando della raccolta, che verrà poi edita a cura della SC Comunicazione, previa autorizzazione della Direzione dell'Istituto. Ulteriore volontà è quella di occupare successivamente i detenuti stranieri per effettuare la traduzione in altre lingue. L'apprezzamento dei detenuti è stato espresso in termini di entusiasmo per la presa in carico di questo aspetto che fa superare, almeno in parte, il disagio della solitudine e indica un interesse reale nei loro confronti. È, inoltre, in corso la definizione di un protocollo congiunto AUSL/CC relativamente al rischio suicidario, in

conformità a quanto previsto dalla raccomandazione n. 4 del MdS.

Per quanto attiene le dipendenze patologiche, è stato creato un foglio di calcolo in excel che verrà mensilmente alimentato ed aggiornato e che consentirà anche l'effettuazione di analisi statistiche del fenomeno. Verrà dedicato un foglio di calcolo ad ogni mese dell'anno, a partire da maggio, che contiene anche i dati sulle positività ad esami sierologici di ogni singolo detenuto in trattamento o uscito dal percorso di cura di disintossicazione. Tale foglio deve essere ancora migliorato in termini di informazioni, ma costituisce già una buona base di dati, peraltro richiesti anche dagli Agenti di Polizia Penitenziaria, e ritrova la sua utilità anche per l'auspicabile attivazione di una sorta di osservatorio epidemiologico, attraverso la raccolta sistematica ed informatizzata dei dati del paziente; processo foriero di miglioramento in termini di efficienza e di efficacia delle prestazioni sanitarie.

In ultimo, si vuole porre l'attenzione sugli interventi di cura e di promozione della salute alle persone con disturbi mentali. Questi interventi sono da considerarsi

multifattoriali. Più del 40% circa dei detenuti ha disturbi d'ansia legati alla condizione di isolamento o per pregresse o intervenute patologie psichiatriche. I medici e gli infermieri intervengono, laddove possibile, prima di tutto attraverso colloqui. La terapia viene somministrata solo in caso di mancata efficacia degli stessi. Un aspetto particolarmente positivo è dato dall'attenzione dei medici e infermieri di sanità penitenziaria nella graduale riduzione di benzodiazepine e farmaci sedativi in genere. Ciò al fine di limitare o prevenire la dipendenza da tali sostanze, da considerare anche come forma di contenzione farmacologica, degradante per la persona, tanto quanto altro genere di contenzione.

In conclusione si può affermare che l'assunzione della Sanità Penitenziaria da parte dell'AUSL, ha avuto, in pochi mesi, un effetto decisamente positivo sull'organizzazione e sul clima lavorativo, nonché sulla volontà e capacità di cooperazione tra medici e infermieri. Non solo, ma si vive un clima di fermento professionale e di cambiamento, nonostante l'ambiente che, in quanto tale, può potenzialmente spaventare.

“DUE MESI IN POSITIVO”

Otto giovani stanno svolgendo il servizio civile regionale presso l'Azienda UsI

Due progetti presentati dall'Azienda USL, "Connessi alla Salute" e "Ciclo acquisti" sono stati da poco approvati dall'Assessorato alla Sanità/Politiche sociali e di conseguenza otto giovani valdostani hanno iniziato ad operare nelle nostre strutture, all'interno del programma "Due mesi in positivo" correlato al Servizio Civile regionale. Di questi, sei stanno prestando la loro opera all'interno del "Parini" e nei poliambulatori di Morgex, Châtillon e Donnas per fornire sostegno ai cittadini non digitalizzati per la creazione del

Fascicolo Sanitario Elettronico. Gli altri due, all'interno della Sc Economato-Proveditorato, seguiranno il funzionamento del ciclo degli acquisti in una realtà complessa come quella sanitaria. Terminata la fase di formazione, gli otto giovani sono oramai entrati nel vivo delle attività. Il progetto "Due mesi in positivo" coinvolge ragazzi e ragazze in età compresa tra i 16 e i 18 anni, al fine di favorire una esperienza lavorativa in ambiti diversi durante i mesi estivi (dal 13 giugno al 13 agosto). Le aree di intervento riguardano l'assistenza, l'educazione e promozione culturale, i centri di aggregazione, l'educazione informatica, l'educazione e promozione culturale, l'ambiente, la cura e conservazione delle biblioteche.



Le attività spaziano dall'utilizzo di strumenti informatici alla partecipazione responsabile del giovane alla vita scolastica extra-curricolare, ad iniziative di animazione dell'infanzia, alla solidarietà sociale e ai bisogni dei cittadini stranieri, alla sperimentazione del funzionamen-

to della pubblica amministrazione, alla tutela del patrimonio ittico. Nei due mesi di impegno, i giovani ammessi a svolgere il servizio civile regionale riceveranno un rimborso forfettario di € 216,90 mensili. Il progetto è stato totalmente gestito dall'Ufficio Innovazione e Ricerca della SC Comunicazione.

(gg)

Il 12 maggio 2016 si è celebrata la Giornata internazionale dell'infermiere

di Gianluca Del Vescovo (infermiere presso DMP ospedale Parini e Vice Presidente IPASVI Aosta)

12 maggio. Cos'è successo nel passato?

12 maggio 1974 - in Italia vincono i NO per l'abrogazione della legge sul divorzio con il 59,3% (l'affluenza sfiora l'88%).

12 maggio 2001: L'ex presidente statunitense Jimmy Carter arriva a Cuba, per una visita di cinque giorni a Fidel Castro, divenendo il primo Presidente degli Stati Uniti d'America, in servizio o meno, a visitare l'isola, dal 1959

12 maggio 1820: Nasce a Firenze Florence Nightingale Infermiera, epidemiologa britannica, fondatrice dell'Infermieristica moderna o Nursing.

Ogni anno, il 12 maggio è l'occasione per ribadire il patto infermiere-cittadino, nato come una scommessa nel 1996 per sottolineare la responsabilità dell'infermiere nell'assistenza.

Quest'anno la federazione nazionale ha lanciato questa frase:

"LA SALUTE MI AVEVA ABBANDONATO, GLI INFERMIERI MAI"

Le parole di Barbara Mangiacavalli, Presidente nazionale IPASVI sono chiare:

"Il 12 maggio, quest'anno, deve assumere un significato in più. Quello dell'affermazione del ruolo e della funzione dell'infermiere in un sistema-salute caratterizzato dalla ricerca di un'appropriatezza sempre maggiore, guidata però spesso non dalla risposta clinica e gestionale ai bisogni dei pazienti, ma dalla necessità di razionalizzare una spesa che non sembra ormai più destinata ad aumentare davvero, nel rispetto del progresso scientifico e tecnologico.

A questo gli infermieri devono aggiungere la necessità di affermare, proclamare con chiarezza e difendere la loro immagine, assediata da situazioni e fatti di cronaca che con essa non hanno nulla a che fare, ma che la mascherano e la nascondono dietro a un velo che offusca gli occhi di chi



dovrebbe guardare all'infermiere come la soluzione dei suoi problemi di salute.

Per questo il 12 maggio di quest'anno deve essere il trampolino verso la realizzazione di quello skill mix di cui molti parlano da anni e che è nei fatti e nell'evoluzione dei modelli di assistenza, ma che ancora non decolla in modo chiaro.

Deve rappresentare l'affermazione della nostra professione perché i cittadini e i pazienti sappiano, così come dice lo slogan adottato dalla Federazione nazionale, che gli infermieri non li abbandonano mai. E se oggi è la giornata internazionale dell'infermiere, celebrata in tutto il mondo per riconoscere il valore della nostra professione, i primi a credere in tutto questo dobbiamo essere noi, proprio perché la nostra professione, arrivata fin qui, non smetta mai di crescere. E noi con lei."

Il collegio IPASVI di Aosta quest'anno ha festeggiato il suo 12 maggio (il 12 maggio dei suoi circa 1000 iscritti) con uno spettacolo dal titolo "Le parole sono come cuscini", interpretato da Paola Corti e da Rémy e Vincent Boni-

face degli Orage.

Alla Cittadella dei Giovani più di 150 persone hanno assistito a uno spettacolo teatrale dove i protagonisti sono stati i



pensieri, le angosce, il coraggio dei malati nell'affrontare la malattia e il dolore. Paola Corti ha raccolto le emozioni, le paure, le rabbie di alcuni pazienti interpretandoli con l'aiuto delle note e della bravura dei fratelli Boniface. Il pubblico è stato avvolto per 60 minuti da un lenzuolo bianco dove scorrevano pensieri, emozioni che ognuno di noi ha provato nei momenti di dolore e malattia: rabbie, emozioni, sentimenti che non devono essere persi ma recuperati affinché siano strumenti per tutti.

Il consiglio direttivo Ipasvi Aosta ringrazia VIOLA, il comune di Aosta e l'Azienda USL VDA per i patrocini e i contributi dati per la realizzazione della serata.



Ciclo di incontri al CLI sul tema: "Un approccio integrato alla Salute"

di Nives Paroli - tutor Corso di Laurea in Infermieristica

L'OMS da oltre 20 anni pone particolare attenzione alla tematica delle Medicine Non Convenzionali o Complementari, ad esempio nel documento "Strategia dell'OMS per la Medicina Tradizionale 2014-2023", che fa seguito a quello per il periodo 2002-2005, riconosce la MT&C (Medicina Tradizionale e Complementare) come componente importante dell'assistenza sanitaria... e si pone gli obiettivi di aiutare gli Stati membri ad integrarla nei Sistemi Sanitari e a promuoverne l'uso sicuro ed efficace mediante la regolamentazione dei prodotti, delle pratiche e dei professionisti. In un rapporto tecnico stilato a Ginevra già nel 1996 si legge: "...il personale infermieristico deve essere preparato a guidare i clienti nella scelta tra i differenti approcci assistenziali complementari e quelli tradizionali. La formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizioni di capire i diversi approcci, la loro compatibilità con altre forme di cura ...".

La Direttiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 20 novembre 2013 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, indica tra le competenze infermieristiche quella di "Orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite. Per ottemperare a questi "inviti", nel mese di maggio abbiamo organizzato all'interno del Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) per gli studenti del 3° anno, un ciclo di incontri con l'obiettivo di stimolare l'interesse verso altri modelli di medicina e per offrire loro la possibilità di conoscere professionisti che approcciano la tematica della salute con modalità olistiche. I vari incontri hanno anche permesso ai corsisti di riflettere sulla stretta relazione esistente tra emozioni e salute, stili di vita consumistici, inquinamento ambientale e salute, alimentazione, attività motoria e salute.

Di seguito vengono esposti brevemente i contenuti trattati nei vari incontri:

- nell'intervento "**Non si preoccupi, non ha niente: è solo stress. Cosa ci spiegano i modelli dell'interazione corpo-mente sulla relazione tra stress e salute**" la neuropsicologa Daniela Frascchetti ha affrontato la tematica della relazione corpo-mente in riferimento alle malattie psicosomatiche, secondo il modello della PNEI (Psico-Neuro-En-



Se uno sogna da solo, è solo un sogno.

Se molti sognano insieme, è l'inizio di una nuova realtà.

Friedensreich Hundertwasser

docrino-Immunologia). Tra le tecniche di intervento evidence-based illustrate riportiamo l'Immaginazione guidata, la Mindfulness, ed il Biofeedback, sperimentato da uno studente in una esercitazione pratica che ci ha permesso di "vedere" la reale connessione mente-corpo;

- Paola Baldini, il giorno seguente, nel suo intervento: "**L'integrazione mente-corpo: l'esempio millenario dell'agopuntura**" ha introdotto la tematica della Medicina Tradizionale Cinese di cui fa parte l'agopuntura che all'interno delle Medicine Complementari Alternative (CAM) è uno dei trattamenti più conosciuti e utilizzati. La MTC possiede le caratteristiche della Medicina Sistemica: è Predittiva, Preventiva, Personalizzata e Partecipatoria, fanno parte di questo antico e complesso sistema oltre all'agopuntura anche la Moxibustione, la Coppettazione, il massaggio Tuina, la dietoterapia, la fitoterapia, le ginnastiche energetiche come il Taiji Quan e il Qigong;
- Paolo Gozzellino ha contribuito ad approfondire tali tematiche trattando nel suo intervento "**L'omeopatia e altre medicine olistiche**" e portando l'attenzione su come il loro effetto terapeutico trovi riscontri scientifici nei recenti studi della Fisica quantistica, delle Neuro-

scienze e dell'Epigenetica.

- Dopo questi interventi introduttivi si è ritenuto utile portare agli studenti la testimonianza di come anche i professionisti infermieri possano contribuire a questo approccio integrato alla salute, l'infermiere Antonio Merivot, infatti, con il suo intervento: "**L'integrazione mente-corpo attraverso il trattamento cranio-sacrale**" ha ribadito la necessità di approcciarsi all'essere umano come unità inscindibile corpo-mente-emozioni e ha testimoniato con i dati raccolti in molti anni di esperienza in questo ambito come un infermiere possa, con appositi percorsi formativi, diventare competente in pratiche terapeutiche complementari ed incidere positivamente sulla prevenzione o il ripristino della salute.
- Fulvia Grasso, invitata come medico ISDE (Associazione Medici per l'Ambiente), nel suo intervento: "**Fattori ambientali e Salute: prendersi cura dell'ambiente per prendersi cura della nostra salute e di quella del pianeta**" ha presentato alcuni dati a conferma di come i fattori ambientali impattino significativamente sulla nostra salute: si stimano 12 milioni di morti premature ogni anno nel mondo dovute a cause ambientali, ad esempio sono oltre 100.000 le sostanze chimiche immesse nell'ambiente

RUBRICHE E COMMENTI

e con le quali possiamo venire in contatto nella nostra quotidianità attraverso aria, acqua e cibo, la potenziale tossicità dei loro effetti non sempre è facilmente dimostrabile a breve perché queste sostanze si comportano come "endocrine disruptor" e provocano danni di tipo epigenetico che possono comparire a distanza di molti anni e/o nelle generazioni successive.

- È importante che gli operatori della salute prendano consapevolezza della stretta relazione che esiste tra la nostra salute e quella ambientale e dell'importanza di adottare come singoli e come comunità scelte ecologicamente sostenibili;
- Andrea Perruquet e Clara Chiabotto, quest'ultima referente dell'associazione "Cibo è Salute", hanno poi affrontato da diversi punti di vista **la relazione tra Alimentazione, Attività Fisica e Salute** stimolando gli studenti a riflettere in modo critico sui messaggi che costantemente riceviamo dal mondo in continua espansione della Nutricosmesi e della Nutraceutica non sempre coerenti con quanto previsto dalle linee guida elaborate dall'OMS e dalle raccomandazioni redatte dall'AICR/WRF (per la prevenzione del cancro attraverso l'alimentazione). Se consideriamo che l'alimentazione è uno dei fattori che maggiormente determina la salute, per noi infermieri approfondire tali temati-

che è essenziale per erogare una corretta educazione alimentare alle persone con le quali veniamo in contatto nella quotidianità della nostra attività professionale.

- Infine, nel **seminario sul dolore** tenuto dal dott. Pasquariello, dalla dott.ssa Zublena, dalla dott.ssa Carrara e dalle infermiere dell'equipe Terapia del dolore, gli studenti hanno potuto constatare la possibilità e l'utilità di approcciare la problematica del dolore con modalità integrate.

Il dolore cronico influenza negativamente la qualità di vita delle persone che ne sono affette (in Italia si stima siano un quarto della popolazione) perché altera la capacità di muoversi, di dormire, di nutrirsi, di relazionare e di lavorare, induce paura, ansia, depressione, abuso di farmaci, ricoveri e uso inappropriato dei servizi aumentando i costi socio-sanitari. Il dolore non è più considerato un sintomo solo fisico ma un'esperienza personale che comprende aspetti sensitivo-affettivo-cognitivo-comportamentali, per questo motivo l'equipe della terapia del dolore lavora in modo integrato per confezionare un trattamento del dolore che sia personalizzato sui singoli individui che accedono a questo servizio, in particolare le infermiere, che hanno partecipato al seminario, hanno testimoniato agli studenti l'importanza relazionale del loro ruolo nell'accoglienza degli utenti, nel rimanere accanto a loro mentre vengono

sottoposti ad eventuali tecniche invasive e nel monitorare le loro condizioni anche dopo il rientro a domicilio.

Conclusa questa breve esperienza speriamo di aver stimolato negli studenti la riflessione sulla necessità di transitare da una contrapposizione tra Medicina Convenzionale e Non Convenzionale verso l'integrazione dei contributi delle varie forme di Medicina e tecniche per il benessere che porti allo sviluppo di una Medicina Integrata Centrata sulla Persona. Al termine dei singoli interventi gli studenti hanno compilato un questionario di gradimento in cui hanno espresso un forte interesse per le tematiche trattate (gradimento medio per la qualità degli interventi: 4.42/5) e di averle considerate pertinenti alla professione (media del livello di pertinenza percepito: 4.16/5). Nelle osservazioni generali molti studenti hanno espresso interessanti suggerimenti per l'approfondimento degli stessi attraverso stage, conferenze specifiche o durante il percorso di studi teorici.

Il prossimo step da parte dello staff formativo sarà quello di analizzare nel dettaglio queste proposte e renderle operative dove possibile, già nella programmazione del prossimo anno di corso.

Cogliamo l'occasione per ringraziare tutti i relatori per la loro disponibilità senza la quale tale iniziativa non si sarebbe potuta realizzare.

Ad Aosta il prof. Franco Berrino con una conferenza sul tema "il cibo dell'uomo"

Franco Berrino, il famoso medico patologo ed epidemiologo nonché autore di numerosi libri sul tema della corretta alimentazione per prevenire le malattie tumorali, ha tenuto una affollata conferenza ad Aosta, nel centralissimo Teatro Splendor, il 22 aprile scorso.

"Il cibo dell'uomo", tema della conferenza, è anche il titolo dell'ultimo volume scritto da Berrino che lo ha sottotitolato "La via della salute tra conoscenza scientifica e antiche saggezze". Obiettivo del libro è quello di rivalutare il cibo semplice e trasmettere poche ma importanti raccomandazioni preventive: più cereali integrali, legumi, verdura e frutta, meno zuccheri e cereali raffinati, carni e latticini. Da anni Franco Berrino contribuisce a diffondere l'idea che si può mangiare in modo consapevole ricavandone piacere, salute e benessere, con l'auspicio che lo stile alimentare semplice e salutare torni ad essere parte integrante del nostro vivere quotidiano.

Franco Berrino, nel corso delle sue confe-

renze, ha fornito una sorta di guida a coloro che diffidano della pubblicità e dei nutrizionisti televisivi ma non sanno come orientarsi, ai genitori che si interrogano su quale sia l'alimentazione migliore per crescere i propri figli, a chi soffre di disturbi che incidono fortemente sulla qualità della vita, ai malati che si chiedono quale sia l'alimentazione per aiutare la guarigione e prevenire le recidive della malattia. È seguito un intenso dibattito con il pubblico presente.

L'iniziativa è stata promossa e organizzata da Azienda USL VdA, Associazione V.I.O.L.A. onlus, Associazione "Cibo è Salute" con il patrocinio di Assessorato Istruzione e Cultura, Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali, Rete Oncologica Piemonte-Valle d'Aosta.

Hanno fornito il sostegno economico le associazioni V.I.O.L.A. e "Cibo è Salute" e la Cooperativa "Lo Pan Nër".

Evento promosso e organizzato da



Conferenza sul tema "Il cibo dell'uomo" relatore Prof. Franco Berrino Medico ed Epidemiologo



INGRESSO LIBERO

con il patrocinio di



e con il contributo economico di

Ass. V.I.O.L.A. - Ass. Cibo è Salute - Coop. "Lo Pan Nër"

ASSOCIATO

AOSTA - TEATRO SPLENDOR
Venerdì 22 aprile 2016 • ore 21.00

Bici elettrica, perché no?

di Maria Paola Antonietti (dirigente medico – SC Geriatria)

Nel corso del 2015, secondo i dati diffusi dall'ACNA (Associazione Nazionale Ciclo Motociclo e Accessori) a fronte di una flessione nel settore bici in generale, la vendita di biciclette a pedalata assistita è aumentata di quasi il 10% rispetto al 2014.

Sicuramente il dato è un segnale di maggior interesse da parte degli italiani verso un nuovo modo di spostarsi.

I vantaggi di una bici elettrica sono diversi: è ecologica, consuma pochissima energia elettrica. L'unico problema è smaltire correttamente le batterie. Ha bassi costi di gestione. Quello più rilevante riguarda sempre le batterie. Ma comunque non è paragonabile al carico fiscale e burocratico anche solo di un ciclomotore.

Permette di compiere esercizio fisico con meno fatica, soprattutto quanto lo sforzo richiesto è maggiore: alla partenza e nelle salite. È una bicicletta a tutti gli effetti e si differenzia da un motorino elettrico, per tre caratteristiche: il motore può avere una potenza massima di 250 watt; la velocità massima consentita è di 25 km/ora, nel traffico però un'auto non va a più di 15 km/ora; il motore si attiva o disattiva automaticamente solo in concomitanza di una pedalata.

I componenti principali di una bici elettrica sono il motore, la batteria, il sensore di pedalata e il computer di bordo. Il motore può essere situato sul mozzo anteriore, posteriore o centralmente. Se è anteriore è molto semplice e poco costoso, ma può slittare in salita o su terreno bagnato. Il motore posteriore è più stabile, ma può interferire con il cambio e rendere difficoltoso rimuovere la ruota dopo una foratura. I motori montati a livello dei pedali sono più complessi, ma non temono buche o strade dissestate, tanto da essere gli unici utilizzati sulle mountain bike.

È da preferire il motore brushless: tutte le bici più recenti lo adottano perché più leggero, efficiente e resistente. La batteria è il componente che fa la differenza di prezzo nelle bici a pedalata assistita.

Le batterie al litio sono da preferire, in quanto piccole, leggere, si caricano in meno tempo e forniscono un maggiore autonomia rispetto a quelle al piombo o al nichel.

Importante è anche la capacità della batteria: si misura in Watt-ora Wh, che garantisce la durata per un maggior numero di chilometri e per dislivelli maggiori. Quanto può durare l'autonomia di una

ebike? Non c'è una risposta univoca; dipende dal tipo di percorso, dalle condizioni atmosferiche, dall'efficienza del motore, dalle capacità del ciclista. Potrebbe essere tra i 35 e i 75-80 km in condizioni ottimali.

Il consiglio è di acquistare una batteria con una capacità del 15-20% maggiore rispetto ai percorsi previsti, perché dopo due anni l'autonomia della batteria cala gradualmente.

Per mantenerla al massimo dell'efficienza è utile seguire scrupolosamente le informazioni fornite all'acquisto, relative alla carica e alla conservazione in periodi di inattività.

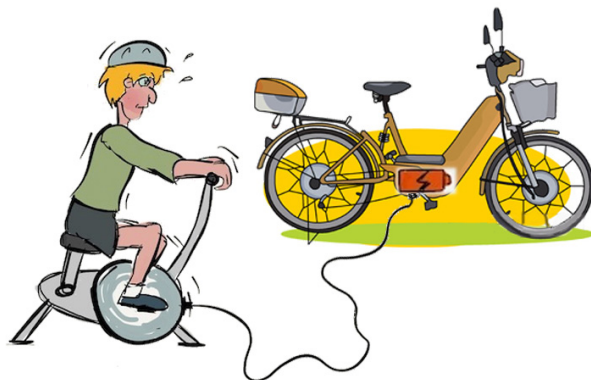
Per una batteria che ormai ha terminato il suo ciclo, la soluzione migliore è il "riciclaggio", cioè la sostituzione delle celle interne. Può succedere infatti che le nuove batterie in commercio non siano compatibili con la bicicletta in possesso.

Il sistema di rilevazione di pedalata è il componente che differenzia le bici elettriche dai ciclomotori elettrici. Permette di attivare il motore solo in corso di pedalata. Ne esiste un modello più semplice che rileva solo se i pedali girano o meno. Alla partenza però si pedala senza assistenza del motore, che quando entra in funzione permette la "pedalata simbolica": far girare i pedali senza nessuna fatica (a meno che non ci sia una salita). Naturalmente l'autonomia della batteria ne risentirà.

Il secondo tipo è più sofisticato. È in grado di rilevare lo sforzo compiuto sui pedali. Si attiva subito alla partenza e fa in modo che il motore fornisca una potenza progressiva mano a mano che la pedalata diventa più intensa, in salita, in velocità, sempre con il limite dei 25 km/ora. La pedalata è più armonica e la durata della batteria maggiore.

Il computer di bordo è solitamente montato sul manubrio. Ci sono modelli semplici che indicano solo lo stato di carica della batteria e altri via via più complessi con indicazioni di velocità, distanza, cadenza di pedalata, stima autonomia residua, grado desiderato di assistenza da parte del motore, per poter avere maggiore autonomia.

I top di gamma presentano un monitor centrale e pulsantiera di comando vicino alle manopole del manubrio, in modo da



facilitare la visione e la sezione delle funzioni.

Forse a questo punto vi direte: "perché no?". Basta con le code, la ricerca affannosa dei parcheggi, lo stillicidio dei parchimetri, le strisce sulla carrozzeria da parte di chi in sosta ci è passato troppo vicino, le multe per una sosta un po' naiva.

Se siete pronti al grande passo possono essere utili ancora alcuni consigli.

Innanzitutto cercare di prevedere l'utilizzo che vorremmo farne: tutti i giorni per andare a lavorare? Per le commissioni al pomeriggio? Il fine settimana per divertirsi, magari su sentieri impervi?

Sono un neofita oppure con già chilometri nelle gambe? In questo caso diverso sarà il sensore di pedalata. Il percorso previsto è di pochi chilometri o più impegnativo? In questo caso la valutazione della capacità della batteria è fondamentale.

La fascia di prezzo raccomandata è tra i 1000 – 1300 euro. In questo range si trovano mezzi di circa 25 kg, motore brushless, batterie al litio. Sono da evitare accuratamente bici inferiori agli 800 euro che possono lasciare letteralmente a piedi dopo poche settimane.

Nella scelta del rivenditore fondamentale è verificare il grado e il tipo di assistenza post vendita in grado di fornirvi. Le bici elettriche sono affidabili, ma i problemi possono sempre presentarsi.

È anche importante provare a noleggiare la bici, magari più modelli con caratteristiche diverse: posizione del motore, sensore di pedalata, tipo di bicicletta, così da poter scegliere consapevolmente il mezzo che risponde maggiormente alle aspettative.

Ora un ultimo consiglio: fornitevi anche ... di un buon lucchetto!

Per approfondire: Paolo Volpato "Guida alla bici elettrica, acquisto, uso, manutenzione" Ediclo Editore 10,20 euro

Le tipologie di "obiettivi" presenti in Azienda

di Adelaide Paolone (Segreteria/Ufficio in staff alla Direzione Strategica)

Cerchiamo di fornire una panoramica sulle differenti tipologie di "obiettivi" presenti in Azienda, al cui raggiungimento è chiamato a contribuire il personale che opera al suo interno. La codificazione di obiettivi di attività/prestazionali rappresenta la base del processo di misurazione e valutazione della performance - individuale ed organizzativa - dei dipendenti del servizio sanitario che la normativa nazionale (D.Lgs. 150/2009 - c.d. decreto Brunetta) e la sua applicazione a livello regionale (DGR n. 1529 del 20/12/2013) hanno posto in particolare rilievo al fine di favorire il miglioramento della qualità dei servizi, della crescita delle competenze professionali dei dipendenti e della valorizzazione del merito.

Le tipologie di obiettivi possono essere distinte in due principali categorie: quelli assegnati al dipartimento/struttura nel suo complesso e quelli di tipo individuale. Quando parliamo di **obiettivi individuali** facciamo riferimento a:

- **obiettivi assegnati ai titolari delle Posizioni Organizzative (P.O.) del personale del comparto.** Per ciascun anno del triennio di conferimento dell'incarico, il direttore di dipartimento/struttura interessato è chiamato (congiuntamente al SITRA per quanto attiene alle P.O. sanitarie) ad assegnare al titolare della P.O. degli obiettivi specifici e, successivamente, a valutarne, in prima istanza, il raggiungimento. La valutazione di seconda istanza è, invece, affidata all'OIVP (Organismo Indipendente di Valutazione della Performance). In caso di valutazione positiva il titolare di P.O. viene confermato per l'anno successivo, in caso contrario il titolare decade dall'incarico. La procedura di conferimento e valutazione degli incarichi di P.O. è dettagliata nell'apposito regolamento aziendale, adottato con deliberazione n. 233 del 25/02/2015.
- **obiettivi di performance individuale dei dirigenti gestionali.** Come previsto dalle linee guida regionali, a partire dall'anno 2014, la Direzione provvede ad assegnare annualmente, ai direttori di struttura complessa/SSD/distretto, i c.d. *obiettivi di performance individuale* (trattasi solitamente di obiettivi trasversali). Gli obiettivi in questione, aggiuntivi a quelli di budget, incidono per il 10% sull'ammontare della retribuzione *individuale* di risultato dei dirigenti summenzionati. Negli anni 2014 e 2015, gli obiettivi di performance individuale ver-



tevano sulla collaborazione con la figura del responsabile dell'Anticorruzione e con il Responsabile della Trasparenza per la corretta applicazione delle normative di riferimento (rispettivamente il Piano anticorruzione e il Programma per la trasparenza). Per l'anno 2016, invece, è stata posta in capo ai dirigenti gestionali, la trasmissione alla Direzione di rendicontazioni infra-annuali sulla stato dell'arte degli obiettivi di budget e di quelli legati alle Risorse Aggiuntive Regionali; questo al fine di dare evidenza, in itinere, di eventuali criticità che si dovessero riscontrare nel raggiungimento degli stessi, sia in ordine ai contenuti che ai tempi di esecuzione, permettendo, di conseguenza, la tempestiva messa in atto di azioni correttive.

Parlando, invece, di **obiettivi assegnati al dipartimento/struttura**, nel suo complesso, si fa riferimento a:

- **obiettivi di budget.** La metodica di budget è lo "strumento che determina i programmi di attività, ne verifica la fattibilità, alloca le risorse in maniera coerente e proporzionata agli obiettivi da perseguire". La negoziazione di budget, in cui Direzione strategica e responsabili di ciascun dipartimento/struttura concordano gli obiettivi annuali di riferimento, si svolge in specifici incontri che si tengono a inizio anno e comunque dopo la formalizzazione degli obiettivi strategici impartiti dalla Regione all'Azienda, nell'ambito delle indicazioni per la definizione dell'accordo di programma. Le schede relative agli obiettivi di budget, vengono adottate annualmente con deliberazione del direttore generale nell'ambito del Piano triennale della Performance. A consuntivo, entro giugno dell'anno successivo, l'Azienda adotta la "Relazione sulla performance" che evidenzia i risultati raggiunti nell'anno precedente rispetto ai singoli obiettivi programmati, con rilevazione degli eventuali scostamenti. Sia il Piano della Performance

che la Relazione sui risultati conseguiti vengono pubblicati sul sito istituzionale al fine di rendere trasparente l'intero processo di misurazione e valutazione della performance. Al raggiungimento degli obiettivi di budget è legata la retribuzione di risultato/produktività collettiva che viene erogata mensilmente in acconto (50% per la dirigenza e 95% per il comparto) e a saldo, l'anno successivo, dopo la verifica da parte dell'OIVP del grado di raggiungimento degli obiettivi.

- **obiettivi RAR.** A partire dal 2015 vengono assegnati ulteriori obiettivi, aggiuntivi rispetto a quelli di budget, legati all'erogazione delle Risorse Aggiuntive Regionali; si tratta di risorse economiche che non attingono a fondi contrattuali bensì a specifici finanziamenti regionali quantificati nell'ambito della legge finanziaria regionale. Tali risorse sono state corrisposte anche prima del 2015 (il c.d. "fondo Braghetto"), ma a partire dallo scorso anno le linee guida regionali sulla materia (DGR 185/2015) hanno previsto che le stesse, sempre nell'ottica di un continuo miglioramento dei sistemi di valutazione e di erogazione delle risorse aggiuntive in modo "premiante", vengano vincolate al raggiungimento di obiettivi di attività quali-quantitativi. La Regione, per gli anni 2015 e 2016, ha fornito indicazioni all'Azienda in merito alle finalità prioritarie a cui gli obiettivi RAR devono rispondere, in particolare: contenimento dei tempi d'attesa, riduzione della mobilità passiva, screening, pronto soccorso e dipartimentalizzazione dell'uso delle risorse. L'assegnazione ai dipartimenti/strutture degli obiettivi RAR avviene annualmente, dopo la fase prevista di contrattazione sindacale che definisce, per ciascuna area di contrattazione (comparto/dirigenza medico-veterinaria/dirigenza sanitaria, professionale, tecnico ed amministrativa) i criteri di distribuzione delle risorse in questione. Così come per la retribuzione di risultato/produktività collettiva, tali risorse vengono erogate al personale dipendente con un acconto mensile (50% per la dirigenza e 95% per il comparto) e a saldo, l'anno successivo, dopo la verifica da parte dell'OIVP del raggiungimento degli obiettivi nonché dopo verifica del debito orario aggiuntivo, se dovuto. Per la trattazione puntuale sulle Risorse Aggiuntive Regionali si veda l'articolo pubblicato nel numero di dicembre 2015.

L'aforisma di oggi

(a cura di Pierluigi Berti)

«Quando dibattiamo un argomento, essere leali significa che tu mi dai la tua onesta opinione, sia che tu pensi che mi piaccia oppure no. Ma una volta che la decisione viene presa, il dibattito finisce. Da quel momento in poi, lealtà significa eseguire la decisione come se fosse la tua propria» (Colin Powell)

Derivata da *Legalitas* (quindi con una radice comune a "legge", "legame", "religione"), la parola lealtà significa obbedienza a particolari valori di correttezza, sincerità, capacità di mantenere le promesse iniziali e di comportarsi seguendo un codice prestabilito, ed indica anche il grado di coerenza tra un comportamento e gli ideali a cui ci si attiene. La lealtà si mostra nei momenti di difficoltà, con la vittoria del rispetto delle regole sulla volontà personale di ottenere il miglior risultato per sé stessi.

La lealtà si differenzia quindi dalla fedeltà, che presuppone un vincolo fra le persone o le collettività, un impegno morale affinché un legame o un obbligo verso altri siano validi e reciproci. La fedeltà esiste quindi sempre rispetto ad altre persone e presuppone la *fides*, la mutua fiducia, e non esclude la prevalenza del tornaconto personale sugli ideali, mentre la lealtà discende prevalentemente dai principi; ed è in riferimento ad essi, anche a prezzo del sacrificio personale, che determina comportamenti virtuosi nei confronti di altre persone. La lealtà quindi è qualità umana: non a caso per gli animali, che non possono riferirsi a valori morali, si usa la parola fedeltà. Cosa significa per noi, operatori della Sanità pubblica, essere leali? Ci sono

diversi piani. Esiste la lealtà ai principi fondanti della nostra professione (*Primum non nocere*), ma esiste anche la lealtà ai principi morali di ciascuno; esiste la lealtà legata al codice di comportamento verso gli utenti, ma anche la lealtà rispetto ai colleghi ed ai collaboratori; esiste la lealtà all'Istituzione sanitaria nella quale lavoriamo, ma anche, al suo interno, la lealtà alla specifica struttura dove materialmente siamo chiamati a prestare la nostra opera. Possono le diverse dimensioni della lealtà entrare in conflitto fra loro e creare disagio e sofferenza?

Accade talvolta che la lealtà rispetto a questi diversi elementi abbia per noi un valore se non pari almeno non rinunciabile. Ciò provoca psicologicamente una situazione di stallo e sofferenza, il che può indurre comportamenti disfunzionali, indecisi, ansiosi. Tale situazione viene denominata *conflitto di lealtà*, analogamente a quando si chiede ad un bambino se voglia più bene al papà o alla mamma.

Un conflitto di lealtà potrebbe ad esempio generarsi se ci venisse richiesto di anteporre l'interesse dell'equilibrio economico dell'Azienda a quello del paziente; o se ci venisse richiesto di seguire pedissequamente regole (ad esempio quelle sulle condizioni di prescrivibilità di alcuni ac-



certamenti diagnostici) in contrasto con il nostro giudizio professionale e l'interesse di quel singolo paziente.

Può un medico, un infermiere, un operatore sanitario, continuare ad esercitare dignitosamente la propria professione, senza conflitti di lealtà, quando gli viene richiesto di compiere azioni contrarie ai propri principi? Si pensi ad esempio a recenti movimenti di opinione che vorrebbero escludere l'obiezione di coscienza per i dipendenti delle strutture pubbliche. Possono coesistere l'autonomia e l'indipendenza professionale con l'esercizio di una "medicina amministrata" (I. Cavicchi), cioè eterodiretta ed eteronormata, senza causare un conflitto di lealtà?

Sono domande aperte e quesiti legittimi, e personalmente credo che ad essi non si possa dar risposta efficace senza riportare al centro del sistema un valore non negoziabile: la lealtà di medici, infermieri, operatori sanitari ai valori fondativi della propria professione, da sempre aventi come prima regola il beneficio del paziente.

La Direzione strategica e tutti i colleghi e amici salutano la dott.ssa **Fulvia Grasso** (oncologa e responsabile della Brest Unit) e il dott. **Giorgio Begliuomini** (cardiologo) che da quest'anno si godono la meritata pensione



Quando il dipendente è in vacanza - Parole leggere di cinema e estate

di Anna Castiglioni (Ufficio innovazione e Ricerca / SC Comunicazione)

L'estate scandisce un tempo rallentato e sospeso che condiziona ritmi e abitudini.

Le città rallentano, gli uffici si svuotano e persino i palinsesti televisivi cambiano volto, sospendendo trasmissioni che – per tutto l'anno – segnano i ritmi della giornata.

Questo cambio di passo diffuso avvolge anche chi, per scelta o necessità, non va in vacanza: magicamente la frenesia quotidiana diminuisce per lasciare spazio a momenti di relax, riposo e evasione. Andare al cinema può essere il modo giusto per passare uno di questi momenti, anche se l'estate non è una bella stagione per il cinema. Nelle sale o nelle arene all'aperto, per quei fortunati che le possono godere, non sono proposte grandi novità ma, molto più spesso, film di seconda visione, già in programmazione sulle pay TV o venduti come inserti da riviste varie. Ma come il cinema racconta l'estate?

Molti film "estivi" sono piacioni e ammiccanti, tutti sole, cuore e amore miscelati sapientemente per divertire ma, soprattutto, per impedire allo spettatore, bruciato dal sole, di uscire dal mood vacanziero. In questi film gli ingredienti base sono sempre gli stessi, cambiano, però, le ricette e, certamente, la mise en place.

Si passa da **Sapore di mare (1 e 2)** a **Dirty Dancing**, virando per **Mama Mia** fino ad approdare a **Quando la moglie è in vacanza**, film di Billy Wilder del 1955.

Il film di Wilder, a cui occhieggia il titolo di questo pezzo, è per me lo spartiacque tra i film costruiti per chi è in vacanza e i film che, invece, raccontano i vizi e le virtù di chi va in vacanza.

'Quando la moglie è in vacanza' è il film che ha fatto di Marilyn Monroe il mito che è ancora oggi.

Ci sono scene e immagini che sono entrate nella storia del cinema, eppure racconta piccole storie e voli di fantasia dei protagonisti, tra desideri, paure e gelosie.

Sono molti altri i film, nuovi e d'antan, che mostrano la trasformazione antropologica di chi va in vacanza: **Dove vai in vacanza**, film collettivo del 1978 con un indimenticabile episodio di e con Alberto Sordi, **Un'estate al mare** di Carlo Vanzina del 2008, oppure **Ferie d'agosto**, film di Paolo Virzì del 1995, che racconta la storia di due gruppi di persone separate dalla "fede" politica, ma accomunate dalla voglia di apparire, ognuna dentro i propri stereotipi e pregiudizi.

Una citazione a parte merita **Pranzo di ferragosto**, un film "sui generis" di Gianni Di Gregorio (2008) che, teneramente e con molta divertente grazia, ci conduce in un'altra Roma, tra vecchiette che in vacanza non possono (o vogliono) andare e chi di loro deve (o vuole) occuparsi.

Tanti film, tante storie... Se avete voglia di vederne altre al cinema, la casa dei film, il primo luglio al **De La Ville** inizia una bella rassegna che ci accompagnerà fino al 17 agosto.

Alcuni sono film usciti anche in Valle d'Aosta (da non perdere i



super premiati **Perfetti Sconosciuti** e **Lo chiamavano Jeeg Robot**), altri sono per noi prime visioni che meritano di essere gustate al cinema.

Buona visione e buona estate.



Insegnamento della rianimazione cardiocerebrale In Valle d'Aosta ad opera de Les Amis du Cœur

a cura del dott. G. Ciancamerla e della dott.ssa F. Ciancamerla (Les Amis du Cœur du Val d'Aoste)

Dal 1986 l'associazione di volontariato "Les amis du coeur du Val d'Aoste" si occupa della lotta alla morte improvvisa. Riguardo al metodo di insegnamento dal 2001 si è adottata la rianimazione cardiocerebrale, cioè portata avanti col solo massaggio cardiaco, con lo scopo di sostituirsi al cuore per salvare il cervello. Gli allievi sono gli studenti dell'ultimo anno delle scuole medie superiori. Ad oggi i ragazzi istruiti sono 8000, cioè il 6% della popolazione valdostana.

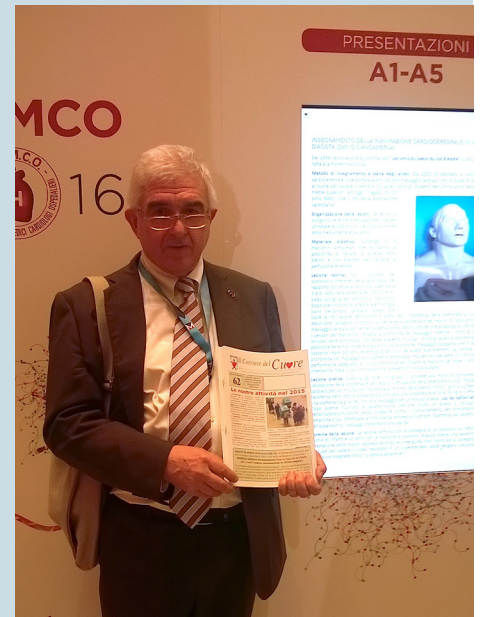
Le lezioni si svolgono nelle ore di educazione fisica per un totale di 100 minuti. Le classi coinvolte sono mediamente 40 all'anno. Come materiale didattico gli studenti dispongono di quattro manichini Ambuman, che danno la possibilità di variare la durezza dello sterno e uno Brayden per valutare la perfusione cerebrale.

Come avvengono le lezioni teoriche? Lo chiediamo direttamente al dott. Giuseppe Ciancamerla. "Con i volontari del soccorso o infermieri della cardiologia, nel rapporto istruttore-allievo non superiore a 1 a 8, vado

nella palestra dell'istituto e mi siedo con gli allievi attorno al manichino. Dopo brevi nozioni di anatomia e fisiologia parlo dell'arresto cardiaco, spiego che cos'è la fibrillazione ventricolare e sottolineo l'importanza della telefonata al 118 per descrivere l'accaduto. Dimostro la ricerca della coscienza e del respiro, mi posiziono per il massaggio cardiaco con le mani appena sopra l'apofisi xifoide, che propongo di individuare. I sensori del manichino indicano la profondità del massaggio, mentre il ritmo di 100 al minuto viene dimostrato ricorrendo a esempi musicali. Invito gli allievi a concentrarsi su posizione delle mani e delle braccia e sulla velocità del massaggio spiegando che in caso di soccorso reale possono essere giudicati solo da questi due elementi. La validità della profondità del massaggio è ovviamente enfatizzata, ma per non deludere chi non ha una performance adeguata, lo invito comunque ad iniziare la manovra se fosse il primo a intervenire. Sta a lui poi individuare tra i presenti chi lo può aiutare".

Segue una lezione pratica? "Certamente.

Suddivisi gli allievi in gruppi si procede alla manovra completa con valutazione della coscienza e del respiro, simulazione della telefonata al 118, massaggio cardiaco per un minuto con resistenza al minimo dello sterno. Finito il giro si aumenta la resistenza dello sterno portandola a simulare una corportura di circa 90 kg e si effettua una



staffetta tra gli allievi con solo massaggio per un minuto a testa. Per quanto riguarda l'uso del defibrillatore, dopo averne illustrato le caratteristiche tecniche invito un allievo a utilizzare il defibrillatore-simulatore senza spiegarne prima il funzionamento, per dimostrarne la semplicità d'uso. Effettuata la finta scarica procedo a illustrare, ripartendo dall'accensione dell'apparecchio, i passaggi che portano alla scarica"

Viene consegnato del materiale informativo? "Sì, al termine della lezione vengono consegnati due opuscoli: uno sui fattori di rischio da infarto, l'altro con le manovre di soccorso. Rilascio inoltre una tesserina di attestazione delle nozioni apprese secondo le linee guida Ilcor. Invito poi a collegarsi su youtube per vedere il video realizzato in un supermercato, dove vengono riassunte le procedure insegnate (titolo "si poteva salvare se")".

Paola

a volte capita di recarsi in segreteria ma non ci sei. Eppure eri sempre così presente: ben fiera nel portamento ed orgogliosa del tuo lavoro che conoscevi a menadito. I primi giorni, per reprimere il dolore della tua mancanza, ti pensavamo in ferie ... poi, con un solo anno di anticipo, nella condizione di fortunata pensionata.

Purtroppo non è così. Tutte le tue cose sono rimaste al loro posto, immobili. Nessuno ha osato toccare nulla, anche tuo figlio è entrato, ha visto il posto di lavoro della mamma, ma ha solo sfiorato delicatamente gli effetti personali che avevi esposto. Perché una donna, una collega, un'amica si è spenta in modo tanto imprevedibile quanto immediato? Ci hanno detto che è stato il tuo cuore che ha deciso di non battere più ... ma noi vogliamo immaginare che fossi necessaria lassù come quaggiù e siamo sicuri che verrai stimata almeno in egual misura.

I colleghi del Dipartimento di Prevenzione



NEWSL

Direttore Responsabile

Giorgio GALLI
ggalli@ausl.vda.it

Segretaria di Redazione:

Paola BOCCO
ustampa@ausl.vda.it

Grafica

Pier Francesco Grizi

Hanno collaborato a questo numero

Corrado Allegri	Vincenzo Lamartora
Maria Paola Antonietti	Paola Meneghini
Pierluigi Berti	Maria Sabina Modesti
Paola Bocco	Anita Mombelloni
Maurizio Castelli	Gabriella Morelli
Anna Castiglioni	Roberto Novati
Giuseppe Ciancamerla	Nives Paroli
Rossella Cristaudo	Adelaide Paolone
Gianluca Del Vescovo	Giuliana Vuillermin
Giorgio Galli	