



AGORA

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

La punta di Balbianello



S o m m a r i o

👉 Editoriale

👉 Comitato di Redazione

👉 **Il Codice Deontologico**

👉 Comunità Protetta "La Quercia"

👉 **Via... per un po'**

👉 Monitoraggio delle infezioni in terapia intensiva

👉 **Spazio Segreteria**

👉 Bacheca

👉 **Cives**

DIRIGENZA... AI BLOCCHI DI PARTENZA



Direttore
Responsabile
Barbara Mangiacavalli

Sede, Redazione,
Amministrazione:
Collegio IPASVI
viale C.Battisti,8
22100 Como

Proprietario:
Collegio IPASVI
Como

Fotolito:
SEE sas
Faloppio (Co)

Tipografia:
Luinostamp srl
Germignana (Va)

Trimestrale
informativo
del Collegio IPASVI
di Como

Pubblicazione autoriz-
zata dal Tribunale di
Como con decreto
1/98 del 09.02.1998.

Per contattarci:
Tel. 031.300218
Fax. 031.262538
E-mail: ipasvico@tin.it



Il pomeriggio del **19 luglio** resterà nella memoria della Sanità per lungo tempo. La Commissione Igiene e Sanità del Senato, infatti, ha approvato in tale data, in sede deliberante, la legge **“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”**.

Quali importanti innovazioni si intravedono?

Sicuramente, dopo 15 anni di attesa, è un segnale importante che il mondo politico e sociale lancia agli infermieri: la competenza e la peculiarità professionale trovano nel concreto, e non solo a parole, il riconoscimento che tardava ad arrivare.

Personalmente ritengo che tale risultato sia da ascrivere a **tutti** i professionisti che quotidianamente, nel rapporto con l'utente, mettono in gioco elevata professionalità e competenza.

Sul lungo periodo, dopo attese e speranze, questo importante servizio non è passato inosservato nel mondo politico e sociale che ha così preso atto delle istanze degli infermieri, oltre che di altri professionisti sanitari, sancendo un altro tassello nel cambio culturale a cui stiamo assistendo, di passaggio dalla “medicina” alla “sanità”.

Si propone ora, il testo di legge approvato, con evidenziati alcuni passaggi di particolare rilevanza.

Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica

ARTICOLO 1

(Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica)

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica **svolgono con autonomia professionale attività** dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, **espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.**

2. Lo Stato e le Regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione e amministrative, **la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche** al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione Europea.

3. Il ministero della Sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, **emana linee guida per:**
a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

ARTICOLO 2

(Professioni sanitarie riabilitative) omissis

ARTICOLO 3

(Professioni tecnico-sanitarie) omissis

ARTICOLO 4

(Professioni tecniche della prevenzione) omissis

ARTICOLO 5

(Formazione universitaria)

1. Il ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il ministro della Sanità, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, individua con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della presente legge, in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.

2. Le università nelle quali è attivata la scuola diretta a fini speciali per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica sono autorizzate alla progressiva disattivazione della suddetta scuola contestualmente alla attivazione dei corsi universitari di cui al comma 1.

ARTICOLO 6

(Definizione delle professioni e dei relativi livelli di inquadramento)

1. Il ministro della Sanità, di concerto con il ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4.

2. Il Governo, con atto regolamentare emanato ai sensi dell'articolo 18, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 19 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce la disciplina concorsuale, riservata al personale in possesso degli specifici diplomi rilasciati al termine dei corsi universitari di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, per l'accesso a una nuova qualifica unica del dirigente del ruolo sanitario, alla quale si accede con requisiti analoghi a quelli richiesti per l'accesso alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29.

ARTICOLO 7

(Disposizioni transitorie)

1. Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione

delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica e ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari di cui all'articolo 5 della presente legge l'incarico, di durata triennale rinnovabile, è regolato da contratti a tempo determinato, da stipulare, nel limite numerico indicato dall'articolo 5-septies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dal direttore generale con un appartenente alle professioni di cui all'articolo 1 della presente legge, attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. Li incarichi di cui al presente articolo comportano l'obbligo per l'azienda di sopprimere un numero pari di posti di dirigente sanitario nella dotazione organica definita ai sensi della normativa vigente. Per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche si applicano le disposizioni del comma 4 del citato articolo 15-septies. Con specifico atto di indirizzo del comitato di settore per il comparto sanità sono emanate le direttive all'Agenzia per la rappresentanza negoziale per le pubbliche amministrazioni (Aran) per la definizione, nell'ambito del contratto collettivo nazionale dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, amministrativo, tecnico e professionale del Servizio sanitario nazionale, del trattamento economico dei dirigenti nominati ai sensi del presente comma nonché delle modalità di conferimento, revoca e verifica dell'incarico.

2. Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle Regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.

3. La legge regionale che disciplina l'attività e la composizione del collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevede la partecipazione al medesimo collegio dei dirigenti aziendali di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo.

COMITATO DI REDAZIONE

IPAFD M.Luisa Bianchi - IP Oreste Ronchetti
IPAFD Rosabianca Sergeant - IPAFD Dorian Valle

Numero nuovo, articoli nuovi. Altri colleghi ci hanno portato altri contributi per continuare a riflettere su chi siamo e dove andiamo, è un altro passo per crescere. Per questo crediamo sia doveroso ringraziare chi scrive e chiedere a chi legge di fare altrettanto, perché solo leggendoci, confrontandoci e parlandoci, possiamo acquisire consapevolezza dell'importanza di una professione, necessaria a chiunque si trova nella necessità di vedere soddisfatti i propri bisogni di persona, che con dignità vuole vivere la propria vita. È questo il primo impegno che ci siamo assunti diventando professionisti dell'assistenza, ed è a questo impegno che dobbiamo rimanere fedeli anche attraverso questo spazio di informazione e confronto che è AGORA'.

Anche le tue idee, le tue riflessioni, le tue esperienze, sono importanti.

Fai uno sforzo e comunicale a tutti attraverso AGORA
per molti potrebbe essere importante!

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Riflessioni di un'infermiera

di I.P.A.F.D.
Pierluigia Verga

Eon queste righe voglio fare alcune riflessioni in relazione all'abrogazione del D.P.R. 225/74, meglio noto come Mansionario, e all'approvazione del nuovo Codice Deontologico avvenute l'anno scorso.

Nel processo di professionalizzazione degli infermieri, questi due atti ufficiali hanno rappresentato delle tappe in un percorso di crescita e maturazione sempre più consapevole ed esplicito, che non poteva che dare avvio ad un modo nuovo di intendere i documenti fondanti la professione stessa.

Ma sono la base, l'operatività quotidiana, lo specifico lavoro dei singoli infermieri, gli elementi in grado di dire quanto il cambiamento delle leggi e dei codici sia anche quello dei sistemi e delle organizzazioni.

E a questo proposito, quale parte in causa, mi sento appunto di dire qualcosa che rifletta non tanto i riguardi ufficiali ma il retroterra culturale che li può validare o disconfermare.

Inanzitutto l'ovvia considerazione preliminare su cui credo tutti gli infermieri e i cittadini si possono trovare d'accordo: una normatività definita che eviti la lista delle cose che si devono o non si devono fare e che nel contempo tratteggi il profilo etico e deontologico di una professione, è utile quale strumento che aiuti tutti a chiarirsi chi è e chi non è l'infermiere.

Ma al di là del fatto che tale strumento è - appunto - un mezzo e non un fine, confesso di aver provato una sorta di sconcerto per le parole, gli articoli e gli slogan parlati o scritti a proposito della "svolta epocale" avvenuta con l'abolizione del D.P.R. 225/74 e il parto del nuovo codice.

Mi spiego: frasi quali "Dalla mansione alla Responsabilità" (1), "Riferimenti per la nuova assistenza" (2), hanno fatto pensare - soprattutto a chi non fa parte della professione infermieristica - ad un nuovo modo di assistere - integrale e responsabilizzato - nato all'improvviso - quasi per partenogenesi - da un humus meramente dipendente ed esecutivo. Insomma, prima il buio e poi la luce.

Naturalmente non è così che la vedo. Sono infermiera dal 1984 e, pur con le debite differenze e i doverosi distinguo credo ci siano due ordini di considerazioni applicabili alla nostra professione.

Il primo attiene al fatto che anche quando si parlava solo di lavoro (fine anni '70 - inizi anni '80) il cosiddetto fare infermieristico è sempre stato - per almeno una parte dei suoi addetti - più vicino alla persona di quanto ora siamo portati a credere.

Cioè coloro che da sempre si sono impegnati nell'assistenza del malato e del morente (solo in tempi relativamente recenti parliamo dell'uomo sano quale ulteriore destinatario dei nostri interventi professionali) non solo non hanno svolto questo impegno per compartimenti, senza il pensiero e unicamente con le mansioni, ma hanno risposto alle necessità chiamate ora "bisogni di assistenza infermieristica" con la sollecitudine e la globalità che le persone che si DEDICANO a qualcun'altro sono solite avere.

In questo passato empirico non c'erano forse strutture teoriche a sostegno di un certo apparato disciplinare, e anche il codice deontologico per quanto molto presente e insegnato, veniva superato da un orientamento etico non meno rigoroso ma più personale, sviluppatosi in seno a ogni infermiere "di buona volontà" a fronte dei dubbi, delle incertezze e dei conflitti interiori che ogni reale relazione con l'altro implica.

Il secondo ordine di considerazioni vuole invece riprendere il famoso D.P.R. 225/74 e il rapporto che alcuna parte della professione ha avuto con esso. È chiaro, nessuno che eserciti in scienza e coscienza un intervento integrale al servizio della persona ama sentirsi vincolato da permessi e divieti; ma è anche vero che, come prima della sua abrogazione non era il mansionario a limitarci davvero, oggi non è la sua gradita assenza a riempire alcune nostre lacune.

Il fatto che sul piano legislativo l'infermiere venisse riduttivamente riconosciuto quale semplice esecutore di strategie decise da altri, ha spesso scatenato le giuste proteste di chi si sentiva relegato a torto in confini che stavano stretti. Altrettanto spesso, però, questo nemi-

co esterno che, tra l'altro, cambiava e cambia di volta in volta - il mansionario appunto, i politici, i medici ecc.- nel corso del tempo, ci ha impedito (o evitato?) un confronto autentico su alcuni contenuti più "interni".

9 primo di essi riguarda in modo particolare tutti noi infermieri in rete, che stiamo nei reparti, nei day-hospital, nei servizi, e che a volte tendiamo ad attribuire a restrizioni al di fuori di noi ciò che invece, per diversi motivi, è parcellizzato, burocratizzato e inaridito a causa nostra. La seconda riflessione attiene ai contenuti che solitamente vengono proposti nelle sedi formative e congressuali, e ai loro teorici, ovvero quegli autori di schemi concettuali (più o meno fruttuosi sul piano euristico-interpretativo) che - ricordiamocelo - non si possono definire "teorie" in senso scientifico, poiché da esse non scaturiscono ipotesi feconde da validare sul piano empirico attraverso seri progetti di ricerca: a questi creatori di modelli, di indubbie spinte in avanti, di documenti di largo respiro, vorrei ricordare che la sussistenza - nonché la vitalità di una disciplina - e lo sviluppo (scientifico, tecnico ed etico) dei suoi cultori passa certo attraverso una formazione di alto livello e la formulazione di una buona deontologia, ma soprattutto avviene grazie a una crescita umana della base che consenta, quale primo passo, di riconoscere le sue incapacità implementative, le sue insufficienze culturali e le sue insicurezze di identità.

L agire morale per l'infermiere è un percorso di cui il nuovo codice rappresenta l'arrivo. Ora come nel passato, chi tenta di raggiungere il traguardo lo fa perché ha una tensione ideale, perché sperimenta in prima persona e perché vive alcune cose sulla propria pelle senza che passino invano.

Chi fa questo - codice o non codice, mansionario o non mansionario - si impegna a dare al malato e al sano risposte concrete e disinteressate ogni giorno, perché è esattamente su questo che vuole fondare il proprio agire professionale ed umano.

Ancora mi chiedo, a un anno di distanza, cosa significhi che "è per tutti evidente come la formazione attuale sia gravemente lacunosa nel corpo docente, nei contenuti e nei metodi e come sia urgente porvi rimedio. La formazione alla riflessione etica e deontologica necessita di insegnamenti, di ricerca, di metodo multidisciplinare" (3), quando gli infermieri, probabilmente, hanno prima di tutto bisogno di essere aiutati a lavorare meglio, per avere maggior agio nei loro pensieri e nelle loro azioni, e perché non è su percorsi teorici ma è nella vita reale che si impara una giustizia più consapevole e comprensiva.

Oserei dire che l'agire morale per coloro che stanno nelle nostre avanguardie professionali e per tutti quelli che sono in ambito accademico è ancora più impegnativo: consiste, a mio parere, nel recupero del rapporto con la realtà delle cose, nel riaggancio a una base che è stanca di astrattismi e che forse è tendenzialmente più demotivata, anche a causa del contemporaneo inasprirsi del sistema in cui si trova ad operare.

Denso che allora, anziché essere inseguito, il dover essere della deontologia potrebbe seguire, magari non automaticamente, ma come naturale - seppur lenta - conseguenza di un assetto più sicuro e quindi maggiormente disponibile ai dubbi e alla ricerca sul campo.

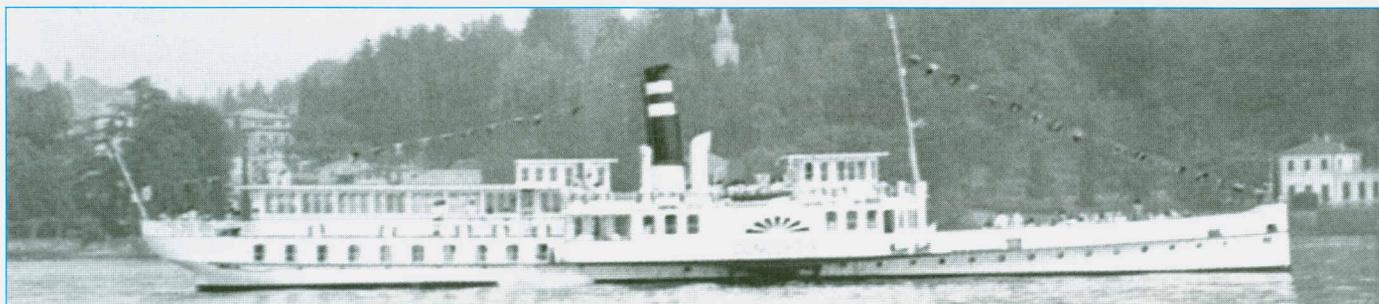
Ma prima di tutto questo, forse, occorre esserci per davvero e fare poi un sincero esame dello status quaestionis, con semplicità e coraggio.

.....

1 L'Infermiere, Notiziario Aggiornamenti Professionali, Anno XLIII, n° 2 - 1999.

2 A. Fedrigotti Colombo, C. Cortese Fausti, Riferimenti per la nuova assistenza, L'Infermiere, Notiziario Aggiornamenti Professionali, Anno XLIII, n°2 - 1999.

3 A. Fedrigotti Colombo, C. Cortese Fausti, in Riferimenti per la nuova assistenza, L'Infermiere, Notiziario Aggiornamenti Professionali, Anno XLIII, n° 2 - 1999, pg.31.



di IPAFD Soldati Paola
IP Sangalli Giovanni

La Comunità è situata in villa singola in via Carso 90,
nel parco dell'ex O.P., ristrutturata senza barriere architettoniche
con giardino e orto.

Può accogliere sino a 20 ospiti, è dotata di una stanza per unità di crisi e di una stanza
per terapie in semi residenzialità.

Tutte le camere sono a due letti con bagno/doccia ed un soggiorno ogni due camere; i
soggiorni sono arredati ed usati per leggere, ricevere amici o parenti. Ogni ospite ha così uno
spazio che può considerare come suo. Gli spazi in comune sono ampi ed accoglienti: il sog-
giorno con sala tv, sala fumatori, sala pranzo, il salone attività, sala palestra e tempo libero in
fase d'allestimento, ora usata come sede delle riunioni con gli ospiti. La struttura è stata aper-
ta il 15.02.1999 con tutti ospiti dell'ex OP, in attesa di diversa collocazione avvenuta poi in
strutture a loro più confacenti.

Abbiamo quindi lavorato con un turn over di ospiti alto ed attrezzandoci in itinere per
accogliere gli utenti del territorio. Gli ingressi sono proposti tramite una relazione dello pschia-
tra del territorio, o della struttura di appartenenza. Con l'inviante e l'utente si programma l'in-
serimento che prevede una visita alla comunità, e delle ore (caffè, pranzo, pomeriggio) da
passare insieme in comunità. Il nuovo ingresso è sempre presentato nelle riunioni d'équipe
che si tengono una volta al mese (in momenti critici ed all'inizio erano quindicinali) permetten-
do di risolvere e concordare nuove strategie o approcci agli ospiti. In prevalenza accedono
alla comunità ospiti psicotici. L'obiettivo della comunità è la riabilitazione. Si chiede all'ospite
un'adesione alle regole, il regolamento è appeso in ogni camera e viene presentato al collo-
quio di inserimento. Il regolamento (orari, permessi, divieti) è stato stilato dall'educatrice pro-
fessionale in collaborazione con gli ospiti. Gli interventi di base sono sull'igiene della persona ,
sulla cura di se e del proprio spazio vitale, sulla collaborazione nella gestione della quotidia-
nità: apparecchiare, sparecchiare, pulire, cucinare, lavare e stirare sempre con un operatore
di supporto. Ogni ospite ha un operatore di riferimento, un affidò che riguarda le abilità di base
ma che richiede anche un intervento attivo da parte dell'operatore nella stesura e nell'esecu-
zione dei progetti individuali.

La struttura è in grado di organizzare attività interne ed esterne il più vicino possibile
ad un contesto di vita reale. Ogni operatore è responsabile a turno di una serie di attività: giar-
dinaggio, espressive, manuali, musica, socializzazione interna, uscite e rapporti con la città,
cura di se, teatro, piscina, palestra, lavanderia, guardaroba, cucina. Non tutte le attività sono
organizzate dalla comunità, per esempio il teatro è un'attività dipartimentale e l'operatore col-
labora con l'équipe del territorio.

La struttura è anche sede di corsi (es. arti plastiche) gestiti da operatori del territorio; attività
alle quali possono partecipare anche i nostri utenti. L'operatore per ogni attività deve fare rife-
rimento all'educatrice della struttura ed insieme ne programmano i contenuti.

Settimanalmente l'educatrice tiene la riunione organizzativa con l'operatore in turno e gli ospi-
ti, dove si raccolgono le proposte sulle attività settimanali (es. cosa si cucina, dove si va in
gita, cosa acquistare), si stabiliscono le regole (orari tv ecc..) si discute dei problemi della vita
comunitaria (gestione dell'aggressività). Per le attività c'è a disposizione un budget di
L.250.000 per l'acquisto di materiale (giornali da leggere insieme, giochi di società, alimentari
per attività di cucina), mentre per attività esterne come la palestra paga l'utente.

Il lavoro dell'operatore è basato molto sulla relazione, sulla costruzione di rapporti
significativi, nell'essere responsabili e decidere in maniera autonoma nella gestione della quo-
tidianità e dei momenti di crisi. È chiaro quindi l'importanza della condivisione dei progetti tera-
peutici e delle regole da parte di tutti gli operatori. Il progetto
terapeutico individuale viene concordato con l'ospite dopo un
periodo di adattamento e di osservazione, viene sempre chiesta
la collaborazione dei familiari o delle figure importanti per l'ospite,
molto spesso vengono coinvolti attivamente gli assistenti
sociali del territorio perchè i loro interventi (gestione dei soldi,
richieste di invalidità ecc...) sono essi stessi parte del progetto.
La responsabile della comunità è una psichiatra che è presente
in comunità tutti i giorni, fa i colloqui con gli ospiti su richiesta
degli operatori o degli utenti, tiene le riunioni d'équipe, è la psi-
chiatra di tutti gli ospiti della comunità, stabilisce i programmi
terapeutici individuali, imposta il lavoro della comunità.



COMUNITA
PROGETTA
LA
RUERCA

Per gli inserimenti lavorativi lavora con noi un'educatrice dell'Agenzia Sociale, altre educatrici dell'agenzia collaborano con noi sui programmi individuali, di solito dove è richiesto un intervento specifico sui familiari. L'agenzia stessa ha creato un gruppo d'auto aiuto dei familiari ed organizza il lavoro del volontariato. La comunità può richiedere il supporto dei volontari tramite una scheda di presentazione dell'ospite e dei suoi bisogni. Anche a loro come a qualsiasi figura che interagisce con l'ospite è richiesto il rispetto delle regole e l'adesione o partecipazione ai programmi terapeutici individuali.

L'integrazione con il quartiere è data dalle strutture stesse del quartiere come la sede della circoscrizione come luogo dell'attività teatrale, la partecipazione alle messe delle chiese vicine, la frequentazione dei bar, dell'edicola, delle poste, banche, supermercati o negozi, il parrucchiere, la palestra, il cinema, il mercato, l'ambulatorio del medico di base.



VIA... PER UN PO'

di LUISA

PREMESSA: sono rimasta un po' sorpresa quando mi è stato chiesto di scrivere "qualcosa" sulle mie esperienze nel **TERZO MONDO**, ci provo, ma non so se riuscirò a soddisfare le aspettative, perchè non è per niente facile trascrivere in parole ciò che si sente "dentro" durante queste **ESPERIENZE**.

Inoltre non è semplice e non è giusto fare dei confronti tra la nostra realtà e la **LORO**, troppo diverse per porre dei paragoni.

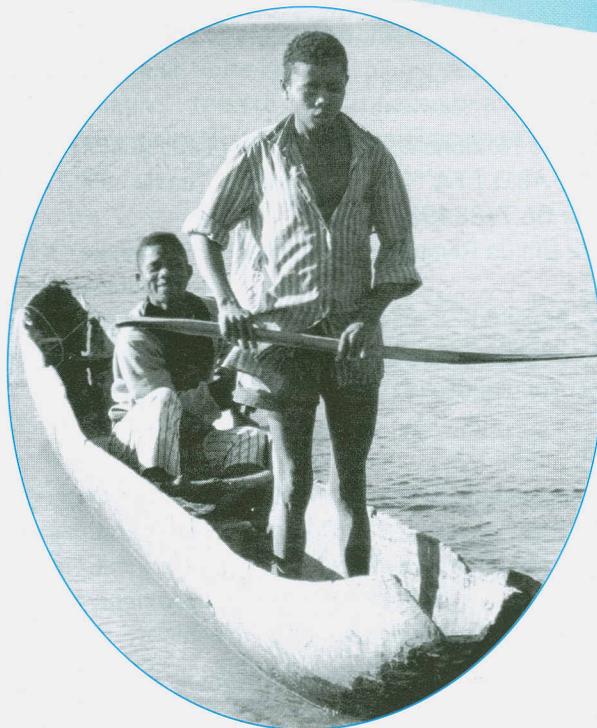
Sono Luisa e quando ho la possibilità mi piace recarmi nel **TERZO MONDO** o nei Paesi in via di sviluppo (così oggi vengono definiti) a fare che cosa, a volte me lo **CHIEDO** ancora io, perché quello che si fa è poco (una goccia) rispetto a quello che si dovrebbe fare o alle necessità.

Essere Infermieri in quel contesto richiede una ulteriore preparazione, perché alcune patologie da noi inesistenti, là sono presenti, oppure da noi non sono materia di studio. Spetta alla singola persona prepararsi autonomamente aderendo ai corsi di Medicina Tropicale, purtroppo a pagamento e non nelle immediate vicinanze.

Essere Infermieri in Asia e in Africa può essere molto difficile, perché i contesti ambientali sono diversi: lingua, usi, cultura, religione, governo locale, caste, ecc... Le lingue definite ufficiali non sono sufficienti: non basta sapere l'inglese o il francese per interagire ed essere autonomi; e a volte essere "bianchi" non vuol dire essere sempre accettati.

Per rendersi **VERAMENTE UTILI** bisognerebbe avere una buona preparazione di Medicina Tropicale, la conoscenza della lingua ufficiale e di un po' di "lingua locale". Ho un desiderio stupendamente bello: poter stare due anni consecutivi in un paese del **TERZO MONDO**, in modo da poter anche imparare la lingua locale e **VIVERE** con la **GENTE**, perché la **GENTE** più povera non parla la lingua ufficiale.

Stare **LA'** e lavorare **LA'** a volte può essere molto soddisfacente sia a livello Personale e Professionale forse perché quella realtà è ancora **SEMPLICE**



SOCIETA' ITALIANA PER LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA
XI CONGRESSO NAZIONALE - "LA QUALITA' NEL SSN ATTRAVERSO LE
PROFESSIONI E L'ORGANIZZAZIONE".

Saint Vincent 4-7 ottobre 2000.

Info: Tel. 02.76115147 Fax 02.7491855 E-mail: donama@comm2000.it



GRUPPO DI RICERCA GERIATRICA - Brescia

XI Corso nazionale - "IL DOLORE ACUTO E CRONICO NELL'ANZIANO"

Folgaria 5 - 8 ottobre 2000

Info: Tel. 0464.721733 Fax 0464.720071

C.N.A.I.

CONVEGNO ANNUALE - "LINEE GUIDA PER L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: STRUMENTI
PER L'AUTONOMIA PROFESSIONALE, GARANZIA PER LA QUALITA' DEI RISULTATI".

Marina di Massa 5 - 6 - 7 ottobre 2000

Info: Tel. 02.58306892 Fax 02.58308892

CNAI - Nucleo Associativo di Acqui Terme

"L'ASSISTENZA E LA RIABILITAZIONE AL PAZIENTE CON CARDIOPATIE ISCHEMICHE".

Novi Ligure. Info: Tel. 0348.8120856 Fax. 014.456851

CENTRO EUROPEO FORMAZIONE PERMANENTE

CONVEGNO PROVINCIALE - "PATOLOGIE DEL LAVORO, PATOLOGIE IATROGENE".

Nicolosi Etna 12 - 13 - 14 ottobre 2000

Info:

ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE

"LA GESTIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ED EMATOLOGIA" - Milano 9 - 10 ottobre 2000.

Info: Tel. 02.29517364 Fax. 02.2046169 E-mail: arbor@tin.it.

AIOSS

6° Convegno Nazionale "CODICE PIN DEL III MILLENNIO: FORMAZIONE RICERCA
RESPONSABILITA'". Salsomaggiore Terme - PR 13- 14 - 15 ottobre 2000.

Info: Fax 06.7188492.

Regione Emilia Romagna: II Convegno Nazionale "STAR BENE IN OSPEDALE - Idee nuove esperienze,
strumenti organizzativi sul comfort alberghiero". Bologna 20 - 21 ottobre

Info: 051.6644382 Fax 051.6644449.

Istituto di alta formazione sanitaria - Nuovi corsi di aggiornamento sanitario tecnico-professionale.

Roma . Info: Tel.06.4402700 Fax. 06.4404370.

CEREF - Centro ricerca e Formazione

La valutazione del personale infermieristico. 30 - 31 ottobre.

Metodologia della ricerca infermieristica: approcci qualitativo e quantitativo. 2-3, 28-29-30 novembre.

Aggiornamenti per l'assistenza infermieristica psichiatrica. 2 - 3 novembre.

Programmazione, budgeting e sistemi di controllo e di incentivazione. 8-9-10 novembre.

Statistica per la misurazione e il controllo della qualità sanitaria. 15-16-17 novembre.

Progettare la formazione e l'aggiornamento del personale nell'azienda sanitaria . 22-23-24 novembre.

Misura e valutazione dell'efficacia delle prestazioni di assistenza infermieristica. 4-5 dicembre.

Accreditamento professionale: criteri, indicatori, metodologia. 11-12 dicembre.

Info: Tel. 049.8804827 Fax 049.8803646

CEsPI - Centro Studi delle Professioni Infermieristiche - Calendario ottobre/dicembre

OTTOBRE : Infermieristica di famiglia e di comunità; Geriatria; Il training autogeno di Shultz;

Le pratiche terapeutiche; Metodologia clinico-assistenziale in Cure Palliative;

Comunicare con il massaggio.

NOVEMBRE : Geriatria; Infermieristica di famiglia e di comunità; La promozione dei servizi.

DICEMBRE : Geriatria; Naturopatia nell'assistenza infermieristica.

Info: CEsPI - Via XX Settembre, 76 10122 Torino Tel. e Fax 011.4366018

Istituto nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori

Convegno "Salute e medicina non convenzionale: quale rapporto con l'assistenza infermieristica".

Milano 18 ottobre 2000. Info: Tel. 02.2390750

Corso di Perfezionamento in Oncologia per Infermieri - 15° Edizione Novembre 2000

Info: Tel. 02.2390750 - 02.2664006

Università degli Studi Brescia

Corso di Perfezionamento " Malattie a trasmissione sessuale e AIDS" 23 - 27 ottobre 2000

Info: Tel. 030.3995737

AISLeC

PAVIA

"Elastocompressione e lesioni cutanee di origine vascolare" 6 - 7 ottobre 2000

"Acquisizione di beni di consumo e forniture nel campo delle lesioni cutanee croniche"
13 - 14 ottobre 2000

"Il processo di management applicato al problema delle Lesioni da decubito" 19 - 21 ottobre 2000

"La valutazione e la stadiazione delle lesioni cutanee croniche" 27 - 28 ottobre 2000

"Ricerca infermieristica in wound care" 2 - 3 - 4 novembre 2000

"La prevenzione delle lesioni da decubito: cambi di postura e corretto uso degli ausili"
10 - 11 novembre 2000

"La valutazione del rischio di contrarre lesioni da decubito" 17 novembre 2000

"Elastocompressione e lesioni cutanee di origine vascolare" 1 - 2 dicembre 2000

BOLOGNA

"Elastocompressione e lesioni cutanee di origine vascolare" 27 - 28 ottobre 2000

TORINO

"Trattamento dei pazienti con lesioni cutanee" 11 ottobre 2000

BRESCIA

"Trattamento dei pazienti con lesioni cutanee" 7 novembre 2000

ODERZO (TV)

"Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee di origine vascolare" 21 ottobre 2000

Info: AISLeC Via Flarer, 6 PAVIA Tel. 0382.422133 Fax 0382.523203

<http://www.aislec.it> E-mail: aislec.sede@venus.it

Accademia Nazionale di Medicina

Corso Residenziale "Il trapianto di cellule staminali emopoietiche nella patologia pediatrica oncoematologica e autoimmune" Trieste 17 - 18 novembre 2000

Info: Tel. 010.5458603 Fax 010.5450056 <http://www.accmed.net> E-mail: iscrizioni@accmed.net

Gruppo Formazione Triage

9° corso di formazione e addestramento per I.P. "Triage in Pronto Soccorso"

San Marino 4 - 7 dicembre 2000

Info: Tel. 0549.994230 0549.994231 Fax 0549.994253

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Perfezionamento in Wound-Care - novembre 2000/maggio 2001

Info: Dr. Alberto Ferrari Tel. 059.424895 Fax 059.424363 E-mail: ferrari.alberto@unimo.it

2° Corso di Perfezionamento nell' Assistenza Infermieristica all' utente con dolore e cure palliative -
ottobre 2000/maggio 2001

3° Corso di perfezionamento in Assistenza Infermieristica Geriatrica - ottobre 2000/giugno 2001

3° Corso di Perfezionamento nel Management e Leadership - ottobre 2000/maggio 2001

Info: Scuola di D.U.I. Tel. 059.422199 059.424597 Fax 059.424598

E-mail: dipl.univ.inferm@policlinico.mo.it

Coordinamento Collegi IPASVI Piemonte

Giornata studio "Ripensare la funzione dei quadri infermieristici: quale leadership per il futuro?" -

Torino 6 ottobre 2000.

Info: Tel. 011.4366008 Fax 011.4362295 E-mail: ipasvito@libero.it

A.I.S.A.C.E.

V Convegno regionale della Liguria "Le principali emergenze cardiologiche in area critici ca" -
Sampierdarena - Genova 19 novembre 2000

Info: 0187.22247 Fax. 0187.750584 E-mail: ipasvisp@cdh.it - www.ipasvi.laspezia.net

A.S.L. Varese - A.T.C.

Corso di aggiornamento per operatori psichiatrici di comunità terapeutiche - ottobre dicembre 2000.

Info. F.Consonni Tel. e Fax 0332.283699 0348.8013803 E-mail: villa.bernocchi@flashnet.it

Università degli Studi di Siena

Corsi di perfezionamento a.a. 2000/2001:

- Programmazione ed organizzazione dei servizi sanitari

- Direzione gestionale delle strutture sanitarie.

Info: Tel. 0577.232328 Fax 0577.232307 - www.unisi.it/ricerca/ist/igiene/corsi.htm

CIVES Savona - 1° Congresso Provinciale

"La Scelta - ovvero il Triage telefonico, extra ed intra-ospedaliero" - Allassio 7 ottobre 2000

Info: Tel. 0349.4073170 Fax 02.700418805 E-mail: savona@cives.it



S

P

A

Z

I

O

B

A

C

H

E

C

A



MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE IN TERAPIA INTENSIVA.

IP Roberta Chiuni
IP Luciano Predomo

di IPAFD Roni Votta

IP Cristina Garatti
IP Rosella Valsecchi

I reparti di Rianimazione costituiscono le aree dove si riscontra la maggior incidenza di infezioni ospedaliere (I.O).

Ancora oggi in molti ospedali italiani, la lotta alle infezioni ospedaliere (sia a livello culturale che organizzativo) è fatta su base empirica, adottando abitudini e comportamenti spesso privi di fondamento scientifico.

Considerando le notevoli implicazioni sanitarie ed economiche è opportuno, invece, che i programmi di controllo del rischio infettivo vengano definiti sulla base di regole che trovino e forniscano valide giustificazioni scientifiche in modo da rispondere inequivocabilmente a tre fatidiche domande:

1. le I.O costituiscono davvero un fenomeno così rilevante?
2. da cosa è influenzato il loro andamento?
3. cosa si può fare, dal punto di vista organizzativo ed operativo, per ridurre la loro diffusione?

Per quanto riguarda la nostra Unità Operativa non è

stato possibile attingere informazioni o confrontarci con lavori di ricerca precedenti.

Quindi le motivazioni che supportano la nostra decisione di intraprendere uno studio di prevalenza sulle I.O sono da ricercarsi nel desiderio comune di confrontarci continuamente per valutare la qualità dell'assistenza infermieristica per quanto concerne:

- * la conoscenza
- * la prevenzione
- * la monitorizzazione degli eventi dall'apertura
- * l'attuazione di protocolli operativi idonei.

Al fine di articolare in modo logico e sequenziale i diversi momenti di questo processo, è stato utilizzato un modello a cinque fasi per la ricerca infermieristica.

Le caratteristiche principali di questo modello sono:

- * la circolarità, in quanto ogni fase segue l'altra in modo predefinito e consequenziale. In caso di errore, è possibile il "salvataggio" di tutte le fasi preliminari all'errore.
- * la ripetizione, in quanto seguendo lo stesso modello vi è la possibilità di replicare lo studio per confermare o meno i risultati.



Le ipotesi alla base di questo studio derivano da percezioni soggettive e dati oggettivi su problematiche infermieristiche nella gestione del paziente critico in terapia intensiva.

Gli obiettivi sono:

- * identificare e quantizzare le I.O ,
- * identificare i fattori di rischio per elaborare adeguate strategie di controllo e di intervento (protocolli operativi).

MODELLO DI INDAGINE: studio di prevalenza.

CAMPIONE OGGETTO DI INDAGINE: le unità statistiche incluse nel campione sono rappresentate da tutti i pazienti ricoverati presso la nostra rianimazione dal 1 gennaio 1999 al 30 giugno 1999.

METODO E STUMENTO DI RILEVAZIONE: il metodo è costituito dalla raccolta dei referti colturali sui prelievi eseguiti durante tale periodo.

Lo strumento ritenuto più efficace per attuare questo tipo di rilevazione è rappresentato da una "scheda" di semplice compilazione (allegato n.1).

CONTROLLO DELLA QUALITA' DEI DATI: per verificare la qualità dei dati, ne abbiamo controllato la completezza e la rappresentatività

FASE 3: RACCOLTA DEI DATI.

Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è stata una scheda con gli estremi identificativi del paziente, i tre apparati (respiratorio, circolatorio, urinario) sottoposti allo studio, la data e la sede del prelievo e l'esito dell'esame colturale (allegato n.1).

La ricerca ha comportato le seguenti fasi:

- * preparazione della scheda per la raccolta dei dati
- * addestramento dei rilevatori: si è deciso di coinvolgere nello studio, dopo opportuna illustrazione della scheda e delle motivazioni della ricerca, tutti gli infermieri professionali della terapia intensiva
- * conduzione dello studio: nei primi sei mesi del 1999 è stata compilata una scheda di rilevazione (allegato n.1) all'ingresso di ciascun paziente, indipendentemente dal manifestarsi o meno di fenomeni di colonizzazione e/o infezione.

Si sono effettuati prelievi ed esami microbiologici secondo protocolli presenti in reparto:

- * prelievo colturale di broncoaspirato ed urinocoltura all'ingresso ed ogni lunedì
 - * coltura del tratto distale dei cateteri venosi centrali ed arteriosi alla loro sostituzione o al momento della rimozione
- tutto ciò tenendo conto delle necessità cliniche (ad esempio ipertensione protratta, alterazioni degli esami ematochimici...).

FASE 4: ANALISI DEI DATI.

Sono stati studiati 70 pazienti di cui 42 di sesso maschile e 28 di sesso femminile. L'età media dei maschi è risultata essere di 59 (\pm 20), quella delle femmine di 55 anni (\pm 20).

La durata della degenza è stata, in media, di 11,6 giorni per i maschi e 7,7 giorni per le femmine. L'insorgenza di I.O è stata riscontrata in 21 pazienti. Si sono registrate un totale di 91 infezioni che presentano la seguente distribuzione rispetto alla localizzazione (vedi grafico n.1: il grafico riporta l'incidenza dei microrganismi maggiormente rappresentati).

Per le variabili età e sesso il nostro studio non ha evidenziato differenze significative tra maschi e femmine e tra le diverse classi di età.

Menzione particolare merita la durata della degenza (vedi grafico n.2). L'incidenza più elevata nei pazienti che sono più a lungo ricoverati in rianimazione è motivata da diversi fattori:

- * maggior gravità delle condizioni cliniche
- * aumentato periodo di esposizione al rischio infettivo
- * insorgenza del fatto infettivo stesso che ha prolungato la degenza.

FASE 5: INTERPRETAZIONE DEI DATI.

La localizzazione più frequente delle I.O nel nostro studio, è stata rilevata a carico dell'apparato respiratorio (basse vie aeree, 70 positivi su 84 colture, 72%: vedi grafico n.1), esposto a fattori di rischio elevati come:

- * l'intubazione
- * la ventilazione meccanica
- * la gestione del circuito respiratorio
- * l'umidificazione dei gas respirati
- * le broncoaspirazioni
- * le broncoscopie.

Per quanto riguarda l'apparato circolatorio (6 positivi su 14 colture, 7%), il posizionamento e la gestione degli accessi ematici (CVC, arteria) aumenta sicuramente il rischio infettivo. Il nostro studio ha evidenziato un numero esiguo di positività, anche se i campioni raccolti non sono stati numericamente rappresentativi (perché spesso non venivano rimossi alla dimissione del paziente dalla nostra unità operativa).

Il medesimo risultato è stato ottenuto per l'apparato urinario (15 positivi su 85 colture, 15%), pur essendo i campioni numericamente rappresentativi.

Nello stesso periodo sono state eseguite 17 emocolture (su tre campioni di sangue) di cui 6 sono risultate positive (6%).

CONCLUSIONI.

Lo studio effettuato durante questi primi sei mesi permette di fare delle considerazioni.

La mancanza di lavori precedenti (vista la recente apertura della rianimazione, gennaio 1999) con cui confrontarci, ha sicuramente "limitato" il nostro lavoro di ricerca. Si sarebbero potuti prendere in considerazione molti altri aspetti che avrebbero definito maggiormente la definizione di I.O, ad esempio:

- * il riscontro radiografico
- * un punteggio che indicasse l'indice di gravità all'ingresso in rianimazione (punteggio SAPS) e numerose altre variabili:
- * intubazione o meno
- * posizionamento di accessi ematici o no
- * cateterizzazione o meno...

Nonostante ciò, l'incidenza di I.O nella nostra Rianimazione non si discosta in modo sostanziale dai dati riportati nella bibliografia ufficiale.

Nell'analizzare i dati occorre tener presente che lo studio riguarda, per la maggior parte, paziente con BPCO, patologie chirurgiche o alterazioni della funzionalità respiratoria e circolatoria gravi, tali da richiedere l'intubazione, la cateterizzazione vescicale con sistema chiuso, il posizionamento di cateteri venosi centrali ed arteriosi per il monitoraggio emodinamico continuo.

Considerando i sopracitati fattori di rischio ci si poteva forse aspettare un numero maggiore di infezioni, sottolineando anche il fatto che abbiamo avuto un paziente che per il tipo di patologia da cui era affetto ed il periodo di degenza (161 giorni) ha fortemente condizionato i risultati ottenuti. Questi ultimi sono da ascrivere ad una serie di fattori quali la sensibilizzazione e l'educazione degli operatori sanitari e l'elaborazione ed attuazione di protocolli specifici sulla:

- * sanificazione ambientale
- * disinfezione e sterilizzazione dei presidi sanitari
- * protocollo di pulizia, disinfezione e sterilizzazione del broncoscopio
- * protocollo operativo per l'incannulamento arterioso
- * protocollo operativo per l'incannulamento venoso centrale.

Nello stesso periodo sono stati effettuati esami colturali sull'ambiente, i quali non hanno evidenziato colonizzazioni batteriche tali da dover attuare misure "drastiche". È stato sufficiente modificare il prodotto utilizzato per la sanificazione ambientale ed aumentare la frequenza dei lavaggi (allegato n. 4).

Alla luce dei dati emersi ci si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1° coinvolgimento di tutta l'equipe infermieristica in un processo di valutazione della propria attività con corretta identificazione di comportamenti e metodiche da modificare.

Intervento: riunioni periodiche con il personale per la verifica dell'operatività in uso.

2° realizzazione di nuovi protocolli e revisione di quelli già in uso relativi alla gestione operativa di alcuni interventi infermieristici. Particolare attenzione sarà rivolta al tentativo di riduzione delle infezioni da Staphilococco aureo a livello dell'apparato respiratorio.

Intervento: realizzazione di nuovi protocolli e revisione di quelli in uso, a seconda di quanto visualizzato dalla raccolta dati.

Ci si propone quindi, ad intervalli predefiniti, di controllare nel tempo l'andamento delle I.O.

A tal proposito il nostro lavoro proseguirà anche nel periodo compreso tra l'1 luglio 1999 ed il 31 dicembre 1999 al fine di completarne l'esecuzione e poter essere il più rappresentativo possibile.

GIUGNO, 1999

SECONDO SEMESTRE 1999

FASE 4: ANALISI DEI DATI

Nella seconda fase del nostro studio sul monitoraggio delle infezioni in Terapia Intensiva, periodo compreso tra l'1 luglio 1999 ed il 31/12/1999, abbiamo analizzato 81 pazienti di cui 55 di sesso maschile e 26 di sesso femminile, con un'età media di 62 anni (± 20) per gli uomini e 62 anni (± 20) per le donne.

La durata della degenza è stata, in media, di 5,9 giorni per gli uomini e di 4,7 giorni per le donne (grafico n. 2).

FASE 5: INTERPRETAZIONE DEI DATI

La localizzazione delle infezioni ha avuto come distribuzione, rispetto ai tre apparati analizzati (respiratorio, circolatorio, urinario), quella descritta nel grafico n. 3 per un totale di 123 colture positive distribuite nei tre apparati.

La localizzazione più frequente è stata nuovamente a carico dell'apparato respiratorio con 73 positività su 82 colture (56%). Per quanto riguarda il sistema circolatorio abbiamo rilevato 26 positività su 45 colture (20%) e 24 su 83 colture (19%), a carico dell'apparato urinario (grafico n. 3).

Nello stesso semestre sono state eseguite 17 emocolture di cui 6 sono risultate positive (5%).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Analizzando i grafici, emerge quanto segue:

1. Si nota una sostanziale riduzione delle infezioni da

Staphilococco aureo (36 su 84 nel primo semestre, 16 su 82 nel secondo semestre) a livello dell'apparato respiratorio, anche se le infezioni a carico dell'apparato respiratorio sono ancora le maggiormente rappresentate;

2. vi è stato un incremento delle positività colturali a carico dell'apparato circolatorio ed urinario;

3. si è rilevato un aumento delle infezioni da Staphilococco epidermidis (da 4 a 10 nell'apparato respiratorio, da 0 a 12 nell'apparato circolatorio).

Nella prima parte della relazione venivano indicati obiettivi ed interventi:

1° OBIETTIVO: coinvolgere tutto il personale in un processo di valutazione della propria attività, attraverso riunioni periodiche per la verifica dell'operatività in uso, obiettivo pienamente raggiunto.

2° OBIETTIVO: prevedeva la realizzazione di nuovi protocolli e la revisione di quelli in uso.

Sulla base dei risultati ottenuti nella prima parte della nostra rilevazione, sono state introdotti i seguenti protocollo operativi:

* protocollo operativo per la broncoaspirazione e gestione del circuito respiratorio

* protocollo operativo per l'esecuzione di emocoltura

* protocollo operativo per il cateterismo vescicale

* protocollo infermieristico nella gestione degli accessi ematici.

A posteriori, si evince dai dati rilevati nella seconda fase della ricerca che la corretta e costante applicazione del protocollo per la broncoaspirazione e la gestione del circuito respiratorio ha permesso la sostanziale riduzione delle positività colturali a livello dell'apparato respiratorio ed in particolare per le positività da Staphilococco aureo.

D'altro canto si rileva un marcato incremento delle infezioni da Staphilococco epidermidis a carico dell'apparato circolatorio e da Escherichia coli ed Enterobacter fecalis a livello dell'apparato urinario.

Nonostante ciò, l'incidenza delle I.O. nella nostra Rianimazione non si discosta in modo sostanziale dai dati riportati nella bibliografia ufficiale.

SANIFICAZIONE AMBIENTALE: visto i risultati ottenuti (vedi allegato n.2 e n.3) si ritiene per il momento di non dover modificare in maniera sostanziale gli interventi di sanificazione dell'ambiente e dei presidi in sala, sia per quanto riguarda l'utilizzo dei prodotti che per la frequenza degli interventi (allegato n.4).

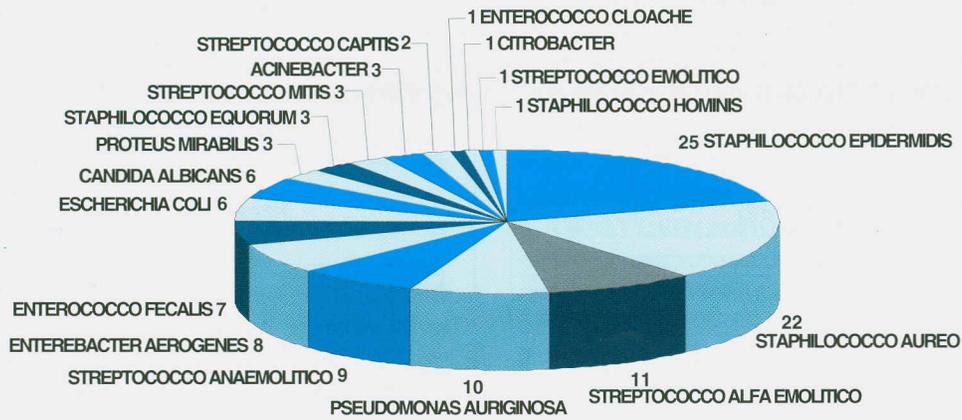
OBIETTIVI PER IL PROSSIMO SEMESTRE (GENNAIO-GIUGNO 2000)

1° OBIETTIVO: coinvolgere tutto il personale in un processo di valutazione della propria attività, attraverso riunioni periodiche per la verifica dell'operatività in uso.;

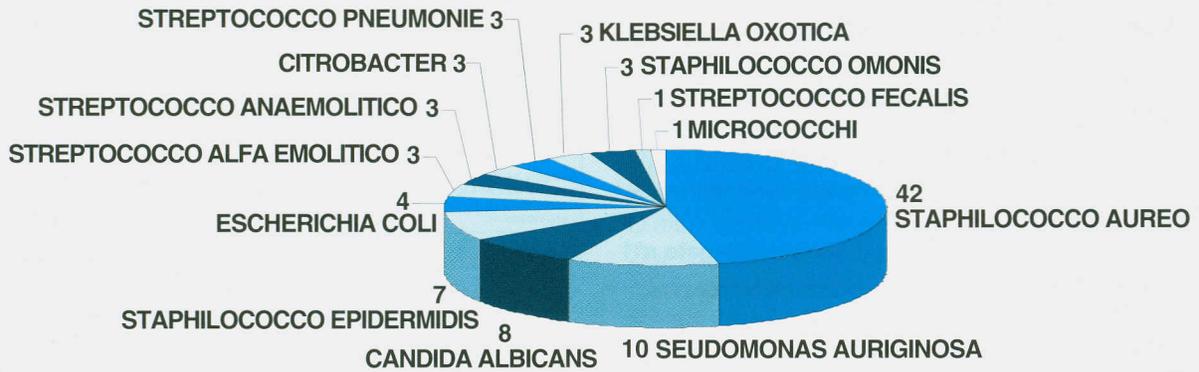
2° OBIETTIVO: vista la marcata incidenza di infezioni da Staphilococco epidermidis a livello dell'apparato circolatorio e di infezioni da Escherichia coli ed Enterobacter fecalis a carico dell'apparato urinario, ci si propone di:

* verificare in collaborazione con il servizio di Microbiologia la sterilità dei contenitori utilizzati per gli esami colturali

INCIDENZA DEI DIVERSI MICRORGANISMI NEI TRE APPARATI
ANALIZZATI NEL SECONDO SEMESTRE 1999



INCIDENZA DEI DIVERSI MICRORGANISMI NEI
TRE APPARATI ANALIZZATI NEL PRIMO
SEMESTRE 1999



FREQUENZA DELLE POSITIVITA'
NEI TRE APPARATI ANALIZZATI
NEL SECONDO SEMESTRE 1999

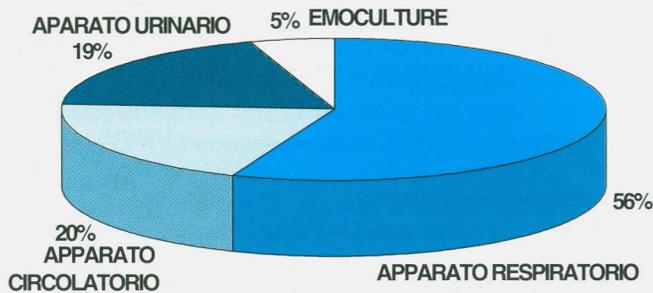


Grafico n°3

FREQUENZA DELLA POSITIVITA'
NEI TRE APPARATI ANALIZZATI
NEL PRIMO SEMESTRE 1999

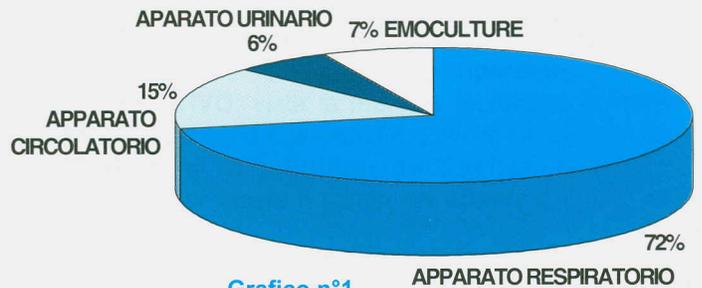


Grafico n°1

TESSERE MEDICAL CENTER

Si informano gli iscritti che hanno partecipato ai convegni svolti il 10 aprile 1999 e 12 maggio 2000 presso la Sala Congressi dell'Artsana di Grandate, che sono disponibili presso la Segreteria del Collegio le TESSERE SCONTO nominative del Medical Center di Grandate. Gli interessati sono pregati di recarsi PERSONALMENTE in Segreteria per il ritiro.

di D&D

BIBLIOTECA

Orari di apertura:

mercoledì 9.00/12.00 venerdì 9.00/12.00-14.00/17.00

NUOVI TESTI DISPONIBILI

- ✓ M. Cantarelli Contenuti e metodi dell'assistenza infermieristica del futuro
- ✓ Autori vari Atlante della sanità italiana
- ✓ L. Benci Aspetti giuridici della professione infermieristica 2
- ✓ Autori vari Prevenzione e cura delle lesioni da decubito
- ✓ Autori vari Autonomia, competenza, responsabilità infermieristica
- ✓ M. Casati La documentazione infermieristica
- ✓ Az. Osp. S. Anna Guida pratica allestimento farmaci citotossici ed assistenza infermieristica in terapia antitumorale
- ✓ Autori vari Protagonisti in Europa: esserci
- ✓ Autori vari Una vita di qualità per gli infermieri
- ✓ M. Lusignani, B. Mangiacavalli, M. Casati Infermieristica generale e organizzazione della professione
- ✓ Geri, Lo Biundo Metodologia della ricerca infermieristica.

COME CONTATTARCI

Orari di Segreteria:
da lunedì a venerdì
9.00/12.00-14.00/17.00
Tel. 031.300218
Fax 031.262538
E-mail : ipasvico@tin.it

Sede: Viale C. Battisti, 8
22100 COMO

Nurses of emergency

Con particolare piacere ospitiamo su Agorà il contributo che N.O.E. ha voluto inviarci. Intanto presentiamo l'associazione:

N.O.E. è un'associazione no profit fondata a Washington D.C. (Stato della Virginia) il 01.10.1999 ad opera di un gruppo di infermieri operanti nell'emergenza intra ed extra ospedaliera a cui si è integrata una componente medica ed i professionisti del soccorso. Persegue finalità statutarie comuni a tutte le associazioni nate per accrescere la cultura dell'emergenza, per tutelare e far emergere la figura dell'infermiere di area critica ed emergenza, per contribuire alla costruzione di programmi uniformi per la formazione infermieristica post-base in area critica, per accrescere e collaborare attivamente con altre associazioni similari e creare una fitta rete tra medici ed infermieri di emergenza affinché operino fianco a fianco incessantemente per divulgare e far evolvere la "cultura dell'emergenza" nel nostro paese. N.O.E. non è governativa ed è totalmente apolitica.

Le finalità istituzionali e statutarie principali comprendono la formazione, l'aggiornamento permanente, la tutela delle figure professionali operanti nel settore delle urgenze-emergenze, la ricerca scientifica, l'educazione sanitaria alla prevenzione primaria e secondaria, la cooperazione con enti pubblici e privati, il miglioramento continuo della qualità del servizio offerto al paziente, la divulgazione con l'educazione permanente della consapevolezza e della coscienza del saper essere e non solo del saper fare rispettando il malato nella sua globalità di uomo.

Chiunque, in possesso del diploma di infermiere, di laurea in medicina e chirurgia, di certificato di soccorritore professionista operante nel settore urgenza ed emergenza intra e/o extra ospedaliera e con un potenziale idoneo ad accrescere competenze di elevato livello nella gestione delle urgenze ed emergenze può diventare socio ordinario di N.O.E.

Molte sono le iniziative di N.O.E. nel campo dell'assistenza in emergenza e migliaia sono i professionisti che hanno usufruito di questa associazione per migliorare la propria professionalità. Oggi N.O.E. vuole proporre un'iniziativa estremamente interessante ed innovativa per darci modo di incrementare le nostre capacità in campo assistenziale

TRAUMA NURSING CORE COURSE - TNCC (EMERGENCY NURSES ASSOCIATION)

Il corso trauma nursing core course è un importante corso di gestione avanzata del paziente traumatizzato che N.O.E. sta importando dagli USA, dalla Emergency Nurses Association. Nel mese di ottobre (dal 19 al 5 novembre 2000) N.O.E. dovrà provvedere alla formazione di 16 provider e 16 istruttori TNCC. Il costo complessivo per l'importazione di tale corso è di circa 45.000.000 di lire. La Emergency Nursing Association ha riconosciuto alla N.O.E. i requisiti per lo svolgimento della TNCC che attualmente si svolge nei seguenti paesi: USA, Canada, Australia, Svezia, Olanda, Hong Kong, Giappone.

Iscriversi è semplice, basta contattare i seguenti numeri: 031.752395 (anche fax) 0347.7745045 0348.3245441 0349.6062290 E-mail: miangil@tin.it, noe@libero.it - indirizzo internet: www.nursesofemergency.org.

CIVES

Peruzzo Gavino
Segretario N.P. CIVES Como



In data 26 giugno u.s. si è svolta l'assemblea dei soci del nucleo provinciale di Como.

Dopo una breve presentazione, si è discusso sulle possibilità di inserimento, del nucleo provinciale di Como, nella realtà sanitaria di emergenza della provincia.

Si sono auspiccate collaborazioni con enti, sia pubblici che privati, al fine di elaborare una giusta pianificazione delle risorse sia tecniche che umane. Dal dibattito è scaturita la necessità di far conoscere alla cittadinanza la presenza di **Cives** a livello provinciale.

Giustamente, per priorità è stato fatto notare che sarebbe più idoneo far conoscere **Cives** a livello di istituzioni pubbliche come Prefettura e Coordinamento provinciale della protezione civile. Sono state prese in esame le idee concernenti la formazione permanente dei soci **Cives**.

Sicuramente la preparazione, sia teorica che pratica, dovrà essere molto attenta e meticolosa visto anche le innumerevoli problematiche legate ai compiti da svolgere se chiamati ad affrontare un'emergenza o una calamità naturale. Per questo si è deciso di organizzare al più presto, entro settembre se possibile, dei corsi sul primo soccorso (BLS, BTLS, defibrillazione precoce) e dei momenti di incontro con esperti sia laici che sanitari, sui problemi cui i soci si troveranno davanti una volta giunti sul posto. Questi corsi saranno svolti con cadenza fissa affinché i soci **Cives** siano sempre pronti in caso di chiamata reale.

L'ipotesi di collaborazione più attendibile e concreta fino ad ora è stata fatta dal servizio 118 di Como con il quale **Cives** potrebbe creare un'unità mobile di soccorso sempre reperibile in caso di disastro o calamità naturale.

Per finire, mi preme sottolineare in qualità di socio e segretario del nucleo provinciale di Como, che **Cives** non guarda solo verso l'emergenza primaria ma punta l'attenzione anche verso quelle aree intra ospedaliere, dove in caso di calamità, il flusso di pazienti aumenterebbe in modo esponenziale.

*A **Cives** non servono solo infermieri alla "E.R.", per intenderci, ma servono anche infermieri che sappiano lavorare in reparti di normale degenza, in condizioni critiche, e soprattutto capiscano cosa voglia dire essere socio **Cives** e con quale spirito farlo.*

SPAZIO CONVENZIONI

CENTRO STUDI DANTE ALIGHIERI

Viale Varese, 20 Como Tel. 031.269615

*Corso di preparazione agli esami di stato per
"DIRIGENTE DI COMUNITA"*

L'Istituto Dante Alighieri effettua uno sconto del 10% agli iscritti all'albo, previo esibizione della tessera di riconoscimento.

SCUOLA STUDIO E LAVORO

Viale C.Battisti, 2 Como Tel. 031.264284

*Preparazione per il conseguimento del Diploma di Maturità quinquennale
(attraverso corsi di recupero biennale o triennale) di
"RAGIONIERE E PERITO COMMERCIALE"*

La Scuola Studio e Lavoro sconta la tassa di iscrizione agli iscritti all'albo previo esibizione della tessera di riconoscimento.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria del Collegio.