



AGORA

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE CONVEGNO:

"STASERA MI BUTTO...
...infermieri e burn-out"

SABATO 7 APRILE 2001

9.00/9.30 Assemblea, di seguito convegno

sede Centro Socio Pastorale C.Ferrari
viale C. Battisti, 8 - COMO

S o m m a r i o

Relazioni consuntive e
programmatiche Commissioni:

- Redazione
- Formazione
- Libera Professione

RC professionale

Evidence-based nursing

Bacheca



RELAZIONI CONSUNTIVE

Relazione consuntiva anno 2000

L'anno appena concluso è stato, per la professione infermieristica, un anno denso di innovazioni e cambiamenti importanti.

Per tentare una sintesi ed identificare i principali eventi, vediamo di scorrere a livello nazionale, regionale e locale come il Collegio di Como si è inserito nel dibattito.

Nazionale

Il triennio 2000-2002 si è aperto, nel mese di Aprile, con il rinnovo del Comitato Centrale della Federazione Nazionale.

Tale cambiamento ai vertici (il rinnovo è stato di 4 membri su 7) ha comportato uno slittamento della predisposizione del programma annuale dell'attività di alcuni mesi. Tra gli obiettivi principali enunciati dal Comitato Centrale, vi erano quelli relativi all'iter dell'ex dd 4980 (ora legge 251/00) e quelli relativi alla definizione dei decreti di area per quanto riguarda le classi di laurea di primo livello e specialistico.

La legge 251/00 vede finalmente la luce durante l'estate, mentre la problematica universitaria è stata presidiata nel corso dell'anno fino alla promozione, il 30 novembre, di un convegno nazionale (Infermieri: la laurea che vogliamo) dove la Federazione ha dichiarato al MURST e al MS la propria posizione in merito ai contenuti didattici dei corsi di laurea.

Non è questa l'occasione per fare valutazioni in merito a tali contenuti; ciò che è opportuno evidenziare è la costante attenzione a tale problematica. Altre attività che hanno impegnato il Collegio sul piano nazionale, oltre alla partecipazione ai consigli nazionali (Aprile e Novembre) sono state legate alla problematica degli infermieri professionali extraeuropei e alla problematica della obbligatorietà di iscrizione all'albo.

Per quanto riguarda il primo aspetto si è trattato di applicare quanto contenuto nella circolare del Ministro della Sanità di Aprile contenente le modalità per iscrivere all'albo i cittadini extraeuropei; per quanto riguarda il secondo problema è stata presidiata l'istruttoria aperta a Sondrio per infermieri professionali non regolarmente iscritti all'albo.

Regionale

A livello regionale, la maggior difficoltà evidenziata è stata l'attivazione, in concomitanza con il rinnovo dei Consigli Direttivi Provinciali, del Coordinamento Regionale.

Dopo cinque incontri più o meno formali, finalmente si è giunti, il 27 Ottobre, ad eleggere le cariche del Coordinamento Regionale e quindi nella seduta del 12 Dicembre a presentare una proposta di programma di lavoro.

Questa debolezza strutturale ha reso più difficoltosa la gestione di alcune problemati-

che di rilevanza regionale: due su tutte le più importanti soprattutto per le ricadute professionali.

* La delibera del 12 Aprile avente per oggetto "Emergenza Infermieristica" dove l'Assessorato alla Sanità ha ipotizzato una serie di interventi per far fronte all'emergenza infermieristica su cui il Consiglio Direttivo ha preso una posizione formale dichiarata anche agli altri Collegi lombardi.

* La delibera del 5 Dicembre sulla straordinaria riqualificazione di ASA ed OTA in OSS dove, in assenza di un profilo nazionale di tale figura, la regione ha attivato corsi di riqualificazione; il Consiglio Direttivo ha espresso in seno al Coordinamento Regionale la propria posizione.

Anche in assenza della struttura del coordinamento c'è stata, in corso d'anno, una serie di incontri più o meno formali con componenti dell'Assessorato alla sanità e alla famiglia finalizzati a mantenere un canale informativo.

Locale

A livello locale il triennio si è aperto con il rinnovo del Consiglio Direttivo.

Nel segno della continuità sono state mantenute alcune linee di attività che avevano caratterizzato il triennio precedente: l'apertura della sede per cinque giorni, il servizio di consulenza legale e fiscale per gli iscritti, le consulenze e gli incontri con i colleghi per problematiche di ordine professionale, il servizio di biblioteca per gli iscritti all'albo.

Tra le novità introdotte ricordiamo le convenzioni stipulate con scuole ed agenzie per la frequenza a corsi sia scolastici che di perfezionamento.

Per quanto riguarda i rapporti con l'esterno, il Collegio è stato invitato il 5 Aprile ad un convegno sullo stato della sanità comasca dove è stato portato un contributo rispetto alla situazione infermieristica. Verso la fine dell'anno la sede del Collegio si è trasferita al primo piano del centro dove abbiamo a disposizione spazi più dignitosi per l'attività del Collegio; ciò ha comportato un onere economico diverso.

Per quanto riguarda l'attività delle commissioni consiliari, la parola passa ai responsabili delle commissioni.

Barbara Mangiacavalli

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE E RAPPORTI CON I MEDIA

RELAZIONE CONSUNTIVA 2000

La commissione ha lavorato per la prima parte dell'anno su una revisione dell'attività svolta nel triennio precedente e sull'elaborazione degli obiettivi dell'anno 2000 e del triennio.

Questo ha comportato un tempo di lavoro più limitato ma non per questo i risultati sono stati meno significativi.

Riguardo agli obiettivi posti abbiamo realizzato:

- * la revisione del censimento della professione infermieristica svolto dal Consiglio Direttivo nel triennio 1994/1997 e la elaborazione di un questionario per aggiornare i dati sulla professione infermieristica nella nostra provincia;

- * un censimento delle associazioni infermieristiche in vista di un coinvolgimento degli iscritti comaschi in una attività di sviluppo culturale professionale sul territorio della provincia di Como;

- * in occasione del dibattito sui media locali e nazionali sulla carenza di infermieri abbiamo promosso una conferenza stampa e numerosi interventi della Presidente Mangiacavalli allo scopo di non far mancare nel dibattito l'opinione di noi infermieri, diretti interessati alla vicenda;

- * abbiamo proseguito nella pubblicazione su Agorà di una serie di articoli sulla Cassa di previdenza e sulla neonata Associazione Nazionale dei Liberi Professionisti.

Paolo Tettamanti, Erina Malgesini, Adelaide Pina, Luisa Sormani.

COMMISSIONE FORMAZIONE

RELAZIONE CONSUNTIVA 2000

Si è concluso il primo anno di attività della Commissione Formazione ed è giunto il momento di effettuare la valutazione degli obiettivi prefissati.

Durante l'anno trascorso la Commissione Formazione ha voluto mantenere l'impegno costante di perseguire gli scopi stessi per cui il Collegio esiste, promuovendo e favorendo cioè le iniziative per facilitare il progresso culturale degli iscritti, richiamandosi anche ai pilastri che formalmente sostengono la professione infermieristica: il Profilo Professionale e il Codice Deontologico. Questo ambizioso obiettivo si è realizzato con l'organizzazione dei seguenti incontri di formazione:

sabato 15 aprile 2000 - "Infermieri: responsabilità di una professione" - 50 partecipanti;

venerdì 12 maggio 2000 - "Da qui all'alterità: l'assistenza infermieristica nella società multiculturale" - 100 partecipanti;

mercoledì 15 novembre 2000 - "Linee guida e protocolli per l'assistenza infermieristica" - 100 partecipanti;

martedì 12 dicembre 2000 - "Qualità e accreditamento per l'assistenza infermieristica" - 60 partecipanti.

Complessivamente, dei cinque incontri formativi previsti ne sono stati realizzati quattro. Di questi, non è possibile fornire dati sulla verifica sulla loro reale efficacia, sul gradimento dei partecipanti, sull'organizzazione... non essendo stati previsti né gli strumenti né gli indicatori atti a tale scopo.

Durante l'autunno la Commissione si è attivata per organizzare corsi a livelli differenziati di Inglese ed Informatica, non previsti nel piano annuale. Queste iniziative sono utili agli infermieri perché consentiranno di acquisire le conoscenze per "navigare" e per consultare la bibliografia straniera, così da migliorarsi professionalmente.

La Commissione Formazione si era posta anche l'obiettivo di svolgere specifici incontri di formazione per i componenti del consiglio direttivo del Collegio. In seguito alla rilevazione dei suoi bisogni formativi, erano state individuate le tematiche che sarebbero state sviluppate durante il periodo autunnale. Tali incontri, in realtà, non si sono mai realizzati. Alcuni dei temi scelti dai consiglieri sono stati però i medesimi proposti a tutti gli iscritti: si è pertanto provveduto ad usufruire della medesima occasione per l'aggiornamento.

È stato inoltre organizzato, a favore del personale dipendente del Collegio di Como, un corso di aggiornamento sulle nuove procedure relative all'iscrizione all'albo dei cittadini extracomunitari, secondo quanto previsto dalla circolare del Ministero della Sanità del 12 aprile 2000. Vista l'importanza del tema è stato esteso l'invito ai dipendenti dei Collegi lombardi.

Le conclusioni che si possono trarre ci permettono di affermare che l'impegno dei componenti della Commissione Formazione si è effettivamente concretizzato e che l'obiettivo principale dichiarato ad inizio relazione è stato raggiunto. Il primo anno dell'attività della Commissione può dirsi sostanzialmente positivo, pur presentando defezioni rispetto al raggiungimento degli obiettivi specifici prefissati. L'esperienza acquisita dai componenti della Commissione durante il primo anno di mandato è stato importante e permetterà nell'anno in corso di perfezionare ulteriormente la programmazione, la realizzazione e quindi l'aggiornamento degli iscritti al Collegio.

Luigia Caldera, Marina Baragiola, Rossana Cinelli, Rosella Maffia,
Daniela Paganini, Nadia Zuppa.

COMMISSIONE AGORA'

RELAZIONE CONSUNTIVA ANNO 2000

L'obiettivo che ci eravamo dati per l'anno 2000 era la pubblicazione di 4 numeri di Agorà e di 2 numeri relativi alla pubblicazione di atti di convegni.

In realtà abbiamo pubblicato regolarmente trimestralmente i numeri di Agorà mentre è stato pubblicato solo un numero relativo agli atti di convegni svolti: questo in quanto non abbiamo avuto il tempo materiale da dedicare alla revisione degli atti.

Per quanto riguarda il preventivo di spesa previsto - 26 milioni - dobbiamo dire che non è stato superato vista la ridotta pubblicazione.

Maria Luisa Bianchi, Oreste Ronchetti, Rosabianca Sergeant, Doriana Valle.

RELAZIONI PROGRAMMATICHE

RELAZIONE PROGRAMMATICA ANNO 2001

Anche per quanto riguarda gli obiettivi del 2001, vengono sintetizzati rispetto ai tre livelli di intervento del Collegio.

Nazionale

La relazione programmatica sarà presentata in occasione del Consiglio Nazionale del 24/25 febbraio. Sul prossimo numero di Agorà verrà pubblicata.

Regionale

Nell'incontro di coordinamento che si è tenuto il 25 gennaio è stata in linea di massima approvata la proposta di lavoro dell'anno 2001 che viene riportata di seguito:

AREA	ATTIVITA'	OBIETTIVI
Confronto tra Collegi IPASVI della Lombardia per definire posizioni unitarie.		Attivazione di un gruppo di lavoro regionale per approfondire, alla luce della nuova organizzazione sanitaria e dei cambiamenti legislativi, il ruolo, la funzione, l'allocazione e il sistema formativo della figura del caposala. Attivazione di un confronto tra Collegi per addivenire ad una posizione unitaria in merito al profilo ed al sistema formativo regionale.
Rapporti con l'Assessorato Regionale alla Sanità.	Profilo dell'OSS. Campagna informativa per l'iscrizione ai D.U. Borse di studio. Linee guida per l'applicazione della legge 251/2000. Ricerca/definizione di criteri per la identificazione del fabbisogno di personale infermieristico Ruolo della Regione nella formazione post-base	*Linee guida per la diretta attribuzione di responsabilità *Linee guida per modelli di assistenza personalizzata * Rivisitazione degli standard assistenziali per l'accREDITamento * Ruolo ed utilizzo del personale di supporto nelle aziende sanitarie
Rapporti con l'Assessorato alla Famiglia e Politiche Sociali	Presidiare l'attivazione della figura dell'O.S.S.	* Sperimentazione formativa * Inserimento dell'operatore nelle RSA e a domicilio * Attivare un percorso di formazione rivolto agli infermieri sul corretto utilizzo della figura di supporto
Rapporti con l'Università	Attivazione della formazione post-base	* Contenuti * Sedi formative * Protocolli di intesa Università Regione
Rapporti con i Consiglieri Regionali		Realizzazione di un dossier sulla professione infermieristica da inviare a tutti i consiglieri regionali
Rapporti con l'organizzazione infermieristica aziendale		Realizzazione di un report informativo da inviare a tutti gli uffici infermieristici, sedi formative universitarie, uffici aggiornamento delle Aziende
Attività pubblica a livello regionale	Convegno regionale sul CIVES Convegno regionale sulla legge 251/2000	

Tale documento rappresenterà l'orientamento operativo del Coordinamento Regionale.

Locale

A livello locale oltre a mantenere e potenziare tutte le linee di attività finora attivate, ci si propone di prestare particolare attenzione alla problematica dell'inserimento e della gestione della figura dell'OSS nelle strutture sanitarie; in particolare il Consiglio Direttivo ha elaborato un documento che è stato inviato all'Assessore provinciale ai servizi sociali; in un secondo momento verrà inviato alle strutture sanitarie al fine di offrire un orientamento per l'inserimento di tali figure finalizzato ad evitare problemi giuridici e di attribuzioni di competenza.

Per quanto riguarda i rapporti con l'esterno e le altre attività del Consiglio Direttivo, si lascia ancora la parola ai responsabili delle commissioni.

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE E RAPPORTI CON I MEDIA

RELAZIONE PROGRAMMATICA ANNO 2001

Per il secondo anno di mandato riteniamo che vada messo a frutto il lavoro prevalentemente preparatorio svolto dalla commissione nel 2000.

Abbiamo quindi in programma:

- * svolgere un ruolo attivo di stimolo e di coordinamento nella procedura di rinnovo del Tariffario Nazionale che quest'anno è giunto al suo quinto anno e quindi deve essere rinnovato;
- * intendiamo mantenere e, se possibile, arricchire la nostra presenza su Agorà garantendo almeno un intervento in ogni numero della rivista;
- * ovviamente andrà concluso il lavoro preparatorio del censimento della professione nella nostra provincia: il questionario è pronto andrà inviato agli enti dove lavorano infermieri, bisognerà curare e seguirne la compilazione e, infine, elaborarne i risultati perché siano utili ad orientare una politica professionale locale;
- * l'elenco dei liberi professionisti è stato anche quest'anno richiesto da numerosi provati; riteniamo che vada ulteriormente diffuso e promosso anche ad altri soggetti (medici di medicina generale, farmacie ed altri soggetti che potrebbero dare risonanza o utilizzare il registro dei liberi professionisti);
- * parteciperemo attivamente alla promozione della neonata associazione dei liberi professionisti (UNILP) promuovendo un incontro di promozione e di raccolta delle adesioni magari in collaborazione con altri Collegi IPASVI;
- * intendiamo poi proporre alla responsabile del corso D.U. di Infermiere un incontro seminariale per gli allievi del terzo anno di corso sull'attività libero professionale degli infermieri;
- * proseguiamo nell'impegno di porre in essere tutte le iniziative di tutela e di promozione della libera professione che rientrino nei poteri del Collegio IPASVI.

COMMISSIONE FORMAZIONE

RELAZIONE PROGRAMMATICA ANNO 2001

Durante l'anno 2001 la Commissione Formazione continuerà la propria attività implementando il numero dei "POMERIGGI INFERMIERISTICI". In allegato è stato stabilito un calendario provvisorio degli incontri per tutto il corso dell'anno: i temi individuati hanno valenza sia per gli infermieri dipendenti sia per i liberi professionisti e vogliono affrontare - a parere della Commissione - le tematiche attualmente più sentite e rilevanti.

Un ulteriore obiettivo è l'elaborazione e l'attuazione di un puntuale sistema di valutazione per ciascun incontro. Questa necessaria ed indispensabile fase dei processi formativi permetterà alla Commissione di verificare l'effettivo gradimento dei partecipanti e l'efficacia del corso; ulteriore scopo è quello di raccogliere i bisogni formativi dei partecipanti per guidare ed orientare le future scelte della Commissione formazione sulle tematiche professionali che i partecipanti evidenzieranno.

L'attività della Commissione sarà svolta in sintonia con la Commissione Marketing: questo permetterà di migliorare i risultati di ciascuna Commissione.

L'effettivo svolgimento degli incontri previsti sarà subordinato alla disponibilità finanziaria.

COMMISSIONE AGORA'

RELAZIONE PROGAMMATICA ANNO 2001

Per l'anno 2001 ci proponiamo di continuare la tiratura trimestrale della rivista e di recuperare la pubblicazione degli atti dei convegni organizzati dal Collegio e mai divulgati.

Pertanto, il preventivo di spesa per l'anno 2001 sarà ancora contenuto nei 26 milioni.

Il lavoro del Comitato di redazione si è tradotto in incontri più o meno quindicinali finalizzati alla presa visione e conseguente approvazione o meno degli articoli pervenuti al Collegio.

Spiace constatare che, nonostante le nostre sollecitazioni regolarmente rivolte agli iscritti lettori della rivista, i colleghi infermieri dimostrano ancora molte difficoltà nel far pervenire le proprie esperienze, ricerche, etc.

Siamo, pertanto, costantemente impegnati a raccogliere il materiale da pubblicare chiedendo personalmente a colleghi con i quali si hanno rapporti di amicizia o dei quali è nota una particolare esperienza lavorativa.

Per l'anno 2001 contiamo inoltre di proseguire l'arricchimento culturale della rivista attraverso la pubblicazione di articoli di rilevanza internazionale e, se le risorse umane ce lo consentiranno, vorremmo divulgare recensioni di articoli o libri di evidente rilevanza professionale.

Altro obiettivo che ci prefiggiamo è quello di portare alla conoscenza di tutti gli iscritti il lavoro svolto dai componenti il Consiglio Direttivo in ambito provinciale, regionale, nazionale.

Per concludere è superfluo rinnovare l'invito a tutti gli iscritti di collaborare attivamente facendoci pervenire le proprie esperienze e gli eventuali suggerimenti al fine di migliorare la rivista.

RESPONSABILITA'

CIVILE

PROFESSIONALE

di Barbara Mangiacavalli

Il 25 gennaio si è svolta, in seconda convocazione, l'assemblea straordinaria degli iscritti all'albo di Como.

In discussione il Consiglio Direttivo ha portato l'aumento della quota annua per la stipula, nominale, di una RC professionale.

Tale scelta, valutata attentamente da tutto il Consiglio Direttivo, deve essere letta all'interno del panorama dell'esercizio infermieristico che è notevolmente cambiato.

Il clima di tranquillità della "responsabilità protetta" dell'epoca mansionariale non esiste più.

Altra certezza che è venuta meno è che il pubblico dipendente è coperto, dal punto di vista assicurativo, dall'ente da cui dipende; questo non è più così vero perché in caso di "colpa grave" l'ente esercita il diritto di rivalsa, vale a dire che inizialmente liquida il danno alla persona ma poi si rivale su chi lo ha creato.

Considerando gli attuali preoccupanti orientamenti della giurisprudenza e della magistratura rispetto al tema della responsabilità civile professionale (sempre più spesso si ritrovano nella bibliografia giuridica citazioni, avvisi, rinvii a giudizio, processi di primo, secondo e terzo grado a carico di infermieri. Si citano solo i più importanti: errata somministrazione, somministrazione di farmaci scaduti, omessa cura delle piaghe da decubito, cattiva assistenza infermieristica....), il Consiglio Direttivo ha ritenuto di assumere, per una maggior tutela degli iscritti, la decisione forte di stipulare una polizza RC professionale per ogni iscritto all'albo.

Tale decisione ha comportato il contatto con broker (intermediario assicurativo) che, attraverso un'indagine di mercato, ha individuato il prodotto più rispondente alle nostre richieste.

La polizza assicurativa che andiamo a stipulare, per un costo annuo pro capite di 48.000 lire (4.000 lire al mese), prevede la copertura di un massimale di 1 miliardo e mezzo e la copertura anche in caso di colpa grave.

Ovviamente l'acquisizione di tale prodotto ha comportato la ridefinizione della quota annua a lire 130.000 che, in assemblea straordinaria, è stata votata all'unanimità dai circa 50 presenti.

Il dott. Luca Benci, giurista noto al mondo infermieristico, ha ben illustrato come tutte le certezze di qualche anno fa non esistano più alla luce dei nuovi provvedimenti normativi che riguardano la professione (DM 739/94, L.42/99, L.251/00).

Tale cambiamento impone anche una crescita culturale che ognuno di noi, come professionista è tenuto a fare.

In tale logica, il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI confida nell'utilità di una decisione che per gli infermieri risulta innovativa.

Viene di seguito pubblicata una sintesi della polizza stipulata.

POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONE DELL'INFERMIERE

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono il significato qui precisato;

- per "Assicurazione": il contratto di assicurazione;
- per "Polizza": il documento che prova l'assicurazione;
- per "Contraente": Collegio Ipasvi Como;
- per "Assicurato": l'iscritto alla spett.le Contraente;
- per "Società": B.P.B. Assicurazioni S.p.A.;
- per "Premio": la somma dovuta alla Società;
- per "Sinistro": il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per "Indennizzo": la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per "Cose": sia gli oggetti materiali sia gli animali;
- per "Danno Corporale": la morte o le lesioni corporali;
- per "Danno Materiale": la distruzione o il deterioramento di cose;
- per "Perdita patrimoniale": il pregiudizio economico non conseguente a danno corporale o materiale.

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892 1893 1894 C.C.

Art. 2 - Altre assicurazioni stipulate direttamente dall'assicurato (vedi anche art. 18).

In caso di esistenza o di successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, l'Assicurato è esonerato dalla preventiva comunicazione alla Società. In caso di sinistro si applica comunque quanto disposto dall'art. 1910 C.C.

Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 28/02/01 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione.

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio. Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Art. 6 - Obblighi del Contraente o dell'assicurato in caso di sinistro. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro quindici giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'articolo 1915 c.c.

Art. 7 - Recesso in caso di sinistro.

Dopo la definizione di ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dall'eventuale pagamento, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 60 giorni.

Qualora il recesso sia proposto dalla Società questa si impegna a valutare con la Contraente le possibili condizioni atte al mantenimento del rischio. Nel caso in cui non si raggiunga un accordo soddisfacente, la Società recederà dall'assicurazione nei termini previsti dal presente articolo. In tal caso, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, sarà rimborsata la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 8 - Proroga dell'assicurazione.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita

almeno due mesi prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno.

Art. 9 - Oneri fiscali.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10 - Rinvio alle norme di legge.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 11 - Gestione delle vertenze di danno - spese legali.

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede estragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La società non riconosce spese incontrate dal Contraente o dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 12 - Modalità di corresponsione del premio - Regolazione del premio.

Il premio pro-capite è stabilito in L.48.000 annue, comprensive di imposte governative.

Alla firma del presente atto la Contraente stessa corrisponde un acconto di L. 5.000.000 al fine dell'attivazione della copertura assicurativa per gli iscritti al collegio IPASVI. L'ultimo giorno di ogni mese successivo al 28 febbraio la contraente si impegna a comunicare al Broker il numero totale degli aderenti che hanno pagato la quota e a corrispondere il premio di competenza entro dieci giorni succes-

sivi alla comunicazione.

Per i nuovi iscritti, come pure nel caso di cessazioni, la Contraente comunicherà mensilmente alla Società i nominativi delle persone interessate e la data in cui si è verificata la variazione. Al termine dell'annualità assicurativa si procederà alla regolazione del premio, computando per ciascun mese o frazione di mese per il quale la garanzia è stata operante, un premio lordo di L. 4.000.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE

Art. 13 - Responsabilità Civile verso terzi.

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento per danni corporali e materiali involontariamente cagionati a terzi in relazione all'esercizio dell'attività indicata nel frontespizio di polizza. La garanzia è operante a condizione che l'Assicurato svolga l'attività nel rispetto delle leggi e dei regolamenti che la disciplinano.

Oltre a quanto sopra riportato la garanzia ha titolo esemplificativo e non esaustivo, è estesa anche ai danni derivanti:

- dall'effettuazione di prestazioni infermieristiche domiciliari o ambulatoriali;
- dall'effettuazione di interventi di pronto soccorso prestati in virtù dell'obbligo deontologico professionale;
- dall'attività prestata nell'ambito del servizio di pronto soccorso, anche gestito da associazioni di volontariato;
- da visite effettuate presso i pazienti o dalla partecipazione a Convegni, Congressi e Seminari;
- da attività libero professionale.

Art. 14 - Persone non considerate terzi.

Non sono considerate terzi, ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- il coniuge, i genitori ed i figli dell'assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente; tali persone sono comunque considerate terze, limitatamente ai danni corporali (morte o lesioni) quando subiscono il danno in conseguenza di prestazioni erogate da strutture pubbliche o private nelle quali l'assicurato si trova a svolgere la propria attività di dipendente.

Art. 15 - Esclusioni.

L'Assicurazione di responsabilità civile terzi (R.C.T.) non comprende i danni:

- a) derivanti da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e dall'impiego di aeromobili;
- b) da furto;
- c) a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'assicurato o da Lui detenute;
- d) a cose che l'Assicurato abbia in consegna o in custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- e) conseguenti a inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; ad interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti o corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- f) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente, (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici ecc.);
- g) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non derivategli direttamente dalla legge.

Art. 16 - Estensione territoriale.

L'Assicurazione vale per i danni che si verifichino nel territorio dei paesi dell'Unione Europea e della Confederazione Elvetica.

Art. 17 - Massimale.

Il massimale indicato in polizza rappresenta il massimo esborso da

parte della Società per ciascun periodo assicurativo annuo, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate dall'Assicurato nello stesso periodo.

Art. 18 - Validità temporale dell'Assicurazione.

L'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione.

Limitatamente a coloro che dovessero cessare l'attività professionale nel corso del periodo contrattuale, la copertura assicurativa avrà effetto anche per le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato entro il termine di dodici mesi dalla data di cessazione della polizza, a condizione che il fatto che ha originato il sinistro si sia verificato nel periodo di validità della polizza stessa.

Art. 19 - Altre assicurazioni.

Polizze I rischio.

Qualora esista polizza di responsabilità civile stipulata dall'Azienda sanitaria o da struttura privata, ove l'Assicurato esercita la professione, che assicura il personale, la presente polizza agirà in eccesso ai massimali garantiti da detta altra polizza, comunque fino a concorrenza del massimale del presente contratto. Resta inteso che in caso di non operatività dell'altra assicurazione, la presente polizza si intenderà operante "a Primo Rischio".

L'assicurazione vale anche per il caso di rivalsa esercitata dall'azienda sanitaria, struttura privata o da chi per essa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 20 - Danni a cose utilizzate dall'Assicurato.

A parziale deroga di quanto previsto al paragrafo d) dell'art. 15, la garanzia comprende i danni cagionati alle cose di proprietà o in uso all'Azienda sanitaria in conseguenza del loro utilizzo da parte dell'assicurato per lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata. Sono esclusi i danni da incendio, da furto o da smarrimento. La pre-

sente estensione di garanzia viene prestata con applicazione di uno scoperto del 10% di ogni sinistro, con un minimo non indennizzabile di £. 500.000., nell'ambito del massimale per danni a cose, e fino alla concorrenza massima di £. 50.000.000 per sinistro e per anno assicurativo.

Art. 21 - Macchine nucleari, acceleratrici e simili.

A parziale deroga di quanto previsto al paragrafo f) dell'art. 15, la garanzia comprende i danni corporali cagionati ai pazienti dagli assicurati quale diretta conseguenza dell'utilizzo di macchine nucleari, acceleratrici e simili per la somministrazione o dosaggio di cure ai pazienti.

Art 22 - Iscritti trasferiti.

Se l'assicurato viene trasferito dal collegio di Como ad altro collegio infermieri italiano, esso rimane assicurato fino alla prima scadenza di polizza.



EDITORIALE DI EVIDENCE BASED NURSING 2/98

PORRE DOMANDE A CUI È POSSIBILE RISPONDERE

Gli infermieri, negli ultimi anni, si sono dovuti confrontare con molti cambiamenti, uno dei quali è l'incremento dell'aspettativa che la lettura di un vasto numero di pubblicazioni li tenga aggiornati nella pratica professionale. Questa aspettativa e le pressioni determinate dalla necessità di formazione continua vanno di pari passo, aumentano sempre il carico di lavoro e diminuiscono il tempo per lo studio.

Cosa dobbiamo fare per alleggerire qualche pressione? EBN offre almeno alcune risposte. In poche parole, lo scopo di EBN è di rendere più facile includere le migliori attuali evidenze scientifiche, dalla ricerca alle decisioni cliniche e di cura della salute.

CHE COS'È EBN?

EBN è un processo di 5 fasi:

- * Il bisogno di informazioni, che deriva dalla pratica professionale, viene convertito in domande mirate e strutturate
- * Le domande mirate sono usate come base per la ricerca in letteratura allo scopo di identificare rilevanti evidenze scientifiche provenienti dalla ricerca
- * L'evidenza scientifica è valutata criticamente per validità e generalizzabilità
- * La migliore evidenza scientifica a disposizione viene utilizzata, valutando sia la sua pertinenza clinica sia il punto di vista del paziente, per la pianificazione dell'assistenza

* La performance viene valutata attraverso un processo di autoriflessione, di verifica o di valutazione espressa dall'équipe

Lo scopo di questo giornale è di lavorare attraverso il primo grado: la formulazione di domande strutturate, mirate.

Il tipo di bisogno di informazione che si presenta regolarmente dalla nostra pratica clinica sono le domande quali "perché lo facciamo in questo modo?" o "qual è il modo migliore per...?" per le quali né voi né i vostri colleghi avete una risposta pronta. Se vi è possibile andare in una biblioteca, quali strategie potete usare per trovare risposte efficienti a questo tipo di domande? In quale modo potete trovare ricerche rilevanti e di buona qualità senza procedere faticosamente nella lettura di centinaia di saggi?

Formulare la domanda in modo idoneo per la ricerca, mentre si sta ancora riflettendo sullo specifico paziente e sulla pianificazione della sua assistenza, è un passo nella giusta direzione. A quel punto, quando inizierete a cercare l'evidenza scientifica dell'argomento che avete scelto, la ricerca sarà fattibile.

Da molte situazioni cliniche o manageriali possono sorgere problemi o domande. Per esempio, una domanda che proviene dal periodo in cui ho lavorato in un reparto di cure palliative, è in relazione all'evoluzione e all'uso di diari del dolore per pazienti affetti da cancro in stato avanzato. Ho realizzato che non ho saputo se effettivamente i diari del dolore fossero una cosa utile nelle cure palliative dei pazienti con cancro. È stato tempo speso a sviluppare qualcosa che era già stato identificato come inutile o addirittura dannoso? Dopo tutto, è concepibile che il controllo del dolore di qualcuno in un diario accresca effettivamente la propria consapevolezza ed esperienza del dolore. Avevo necessità di cercare materiale per scoprire se c'era una ricerca in proposito.

Per centrare la mia ricerca ho sviluppato la seguente domanda: l'uso di diari del dolore nelle cure palliative a pazienti con cancro, porta a migliorare il controllo del dolore?

La seconda domanda sorta dal mio lavoro nelle cure palliative, era una sollevata di frequente dai pazienti: l'assunzione di morfina influirà sulla capacità di guida?

Generalmente ci sono tre elementi su cui interrogarsi: la situazione, l'intervento, la conseguenza. Nel primo esempio sono: la cura palliativa del paziente con cancro, l'uso dei diari del dolore ed il miglioramento del con-

trollo sul dolore. Nel secondo sono: la cura palliativa del paziente con cancro, l'uso della morfina e la sicurezza nella guida.

La situazione è il paziente o i problemi a lui connessi. Può trattarsi di un singolo paziente o di un gruppo di pazienti in particolari condizioni o problemi di salute. In entrambi gli esempi la situazione è la cura palliativa dei pazienti affetti da cancro. La situazione può anche trattare di individui con caratteristiche demografiche simili. Alternativamente, il campo della situazione potrebbe essere un aspetto molto più ampio dell'erogazione della cura della salute ed occuparsi di aspetti più manageriali dell'organizzazione dei servizi.

Altri esempi di situazioni sono:

- * Un paziente affetto da pressione di grado due - singolo paziente
- * Pazienti affetti da ipertensione - gruppo di pazienti in una particolare condizione
- * Bambini di età inferiore ai dieci anni - una popolazione con caratteristiche demografiche simili
- * La cura primaria della salute degli anziani - un aspetto di erogazione della cura della salute
- * L'organizzazione di pazienti esterni - aspetti manageriali dell'organizzazione della cura della salute.

L'intervento è la dimensione della cura della salute di rilevanza. Nel primo esempio, la domanda era se l'uso di diari del dolore per la registrazione del dolore, fosse utile nella cura palliativa del paziente affetto da cancro.

Nel secondo esempio, l'intervento era la morfina. Gli interventi hanno aspetti diversi ed il loro riconoscimento può aiutare a sviluppare una strategia di ricerca dell'evidenza scientifica.

Gli interventi possono essere (Richardson e al):

- * Terapeutici, per esempio differenti medicazioni di ferite
- * Preventivi, per esempio vaccino antinfluenzale
- * Diagnostici, per esempio la misura della pressione arteriosa
- * Manageriali, per esempio l'adozione di un sistema computerizzato per gli appuntamenti
- * L'aspetto economico della salute, per esempio il costo relativo all'efficacia del trattamento delle ulcere venose agli arti inferiori nella cura primaria contro quella secondaria.

Domande poste frequentemente sono se una cura o una terapia siano più efficaci di altre, per esempio se "lo stivale di Unna" è meglio del "bendaggio a quattro strati" nel trattamento delle ulcere venose alle gambe. Alternativamente la domanda potrebbe essere: il bendaggio ha valore? In ciascun caso ci sono due strategie da confrontare; nel secondo l'alternativa è il non bendaggio. Perciò domande inerenti all'intervento richiedono l'unione di "interventi opposti". L'intervento opposto potrebbe essere un trattamento standard o un non trattamento del tutto. Il primo esempio potrebbe così essere espresso: l'uso dei diari del dolore nelle cure palliative di pazienti affetti da cancro comparato con il non uso dei diari, conduce a migliorare il controllo del dolore?

L'intervento opposto è qui il "non usare un diario" o non curare. Nell'esempio della guida, l'intervento contrario è non usare morfina.

Un altro esempio che unisce interventi contrari potrebbe essere: l'uso di medicazioni "hydrocolloid" su una piaga sacrale aumenta il comfort del paziente rispetto all'uso di medicazioni con garza?

Questa domanda implica la comparazione tra due trattamenti: medicazioni "hydrocolloid" e medicazioni con garza. La situazione è il paziente con una piaga sacrale e il risultato (il risultato a cui siamo interessati dalla prospettiva clinica e da quella del paziente) è l'aumento del comfort del paziente. Nel caso di pazienti che ricevono cure palliative, il risultato che ci interessa è se il controllo del dolore è migliorato o la capacità di guida indebolita. Nell'esempio dell'ulcera alle gambe, il risultato che ci interessa è la guarigione dell'ulcera.

METTENDO TUTTO INSIEME

Le singole parti della domanda sono essenziali da ricordare quando si cerca l'evidenza scientifica. Uno dei modi più facili è di usare una tabella.

Mettere ogni parte della domanda nella colonna appropriata, facilita il compito di sviluppare qualcosa di esaminabile. È importante ricordare che l'ordine delle domande non deve seguire l'ordine delle colonne - vale a dire, situazione, intervento, risultato. Man mano che ogni elemento si presenta nella domanda, possono succedersi in qualsiasi ordine come mostra la tavola del seguente esempio: la vaccinazione anti influenzale somministrata alle persone di età superiore ai 75 anni, porta alla riduzione della percentuale di malati?

Situazione	Intervento	Intervento opposto	Risultato
Persone > 75 anni	vaccino anti influenzale	no vaccinazione	riduzione dei malati

RICERCA " VELOCE E GROSSOLANA "

Fino a quando non si sono letti alcuni giornali di ricerca, può essere difficoltoso centrare la domanda; la lettura può aiutare a definire la domanda e una ricerca "veloce e grossolana" può essere tutto ciò di cui si ha bisogno per iniziare.

Un esempio di domanda inizialmente poco centrata potrebbe essere: l'uso di diari del dolore porta ad un aumento del controllo del dolore?

Non c'è una descrizione sulla popolazione e una ricerca produrrebbe un gran numero di informazioni sull'uso dei diari del dolore in ogni tipo di ambiente, ma questo materiale di fondo potrebbe essere di aiuto e potrebbe essere tutto ciò che c'è a disposizione se non fosse stata intrapresa una ricerca nelle cure palliative.

CERCANDO LE RISPOSTE

Ho usato una moltitudine di risorse per ricercare risposte ad ogni domanda concernente le cure palliative. Ho consultato uno specialista di informazioni della salute che mi ha aiutato a trovare i migliori brani da cercare e a sviluppare una strategia di ricerca. Ho cercato prima nei data base di Medline, CINAHL, e PsycLIT e poi in Progress in Palliative Care, un giornale che identifica e riassume ricerche pubblicate ovunque. Finalmente, sono arrivata in vari siti internet che sapevo contenere informazioni sulle cure palliative.

Ho ottenuto differenti livelli di successo. Per la ricerca sull'uso dei diari del dolore, ho trovato molti articoli attraverso la ricerca elettronica ed uno attraverso quella manuale. Degli articoli, 3 erano sufficientemente interessanti da esaminare a fondo. Nonostante la pertinenza apparente dei giornali, nessuno mi ha direttamente dato una risposta. A causa di questa mancanza di prove scientifiche pubblicate, la domanda è diventata una domanda di ricerca e una valutazione sull'uso dei diari del dolore è ora in fase di studio.

La seconda ricerca, tuttavia, ha prodotto risultati più soddisfacenti. Un documento rilevante è apparso in due database. Il documento ha esaminato gli effetti dell'assunzione continua di morfina sulla abilità di guida ed era pubblicato sul Lancet. Le conclusioni hanno mostrato che i pazienti affetti da cancro che assumono morfina e che hanno assunto una dose stabile per 2 settimane, potevano guidare senza la paura di un deterioramento dell'abilità. Dai risultati di questa ricerca sono stata in grado di comunicare ai pazienti che la morfina non avrebbe deteriorato la loro abilità di guida una volta che essi ne avessero assunto una dose stabile per un paio di settimane.

PER CONCLUDERE

La formulazione della domanda è fondamentale per l'EBN, in quanto trasforma situazioni e problemi che derivano dalla pratica professionale nel centro d'interesse, per una ricerca basata su prove scientifiche. Le parole chiave della domanda diventano i termini principali per una ricerca e il tempo speso ad identificare una domanda focalizzata può far risparmiare molto tempo alla ricerca. Forse, fra tutti i professionisti che si occupano di cura della salute, gli infermieri passano molto tempo "al fianco del letto" e hanno frequentemente difficoltà a frequentare le biblioteche. Sviluppando domande centrate, il tempo passato a cercare le prove scientifiche sarà speso efficacemente certi che gli infermieri, date le idonee risorse, potranno sempre più basare la loro pratica professionale sull'evidenza scientifica.

KATE FLEMMING, MSc, RGN
Centre for Evidence-Based Nursing,
Department of Health Studies
University of York,
York, YO1 5DG, UK

ATTUARE L'EVIDENCE-BASED NURSING: ALCUNI MALINTESI

Durante il breve tempo in cui ci siamo occupati dello sviluppo di EBN siamo stati affascinati dalle reazioni di amici, colleghi e media. La maggioranza schiacciante delle reazioni sull'idea dell'evidence-based nursing e sulla creazione di questo giornale sono state positive. Ma ci sono stati anche dei dubbi, qualche volta generati da equivoci. Questo editoriale affronta le seguenti critiche che ci sono state rivolte sia di persona, sia tramite la stampa:

- 1) L'evidence-based practice non è nuova;
- 2) L'evidence-based practice conduce ad un "ricettario" del nursing e all'indifferenza verso la cura individualizzata del paziente;
- 3) nella cura della salute evidence-based c'è un'enfasi esagerata per le prove controllate casualmente e per le riviste metodiche.

Noi ci proponiamo un giornale che generi, piuttosto che chiudere, un dibattito.

L'EVIDENCE-BASED PRACTICE NON È NUOVA: È QUELLO CHE STIAMO FACENDO DA ANNI

La dichiarazione che "ogni infermiere deve preoccuparsi sufficientemente della propria professione per voler far sì che essa sia basata sulle migliori informazioni" non è nuova. Fu scritta più di 15 anni fa. Nello stesso articolo Hunt notò che la frase "la professione infermieristica dovrebbe diventare una professione basata sulla ricerca" era già diventata un cliché. Più di 20 anni fa, Gortner et al lamentava la mancanza della ricerca fondata sull'evidenza scientifica in molte aree della professione infermieristica, e l'anno dopo, Roper parlò della performance infermieristica "troppo lontana dalle sue funzioni, basata sulla tradizione e non all'interno di una struttura di verifiche scientifiche".

Siccome il riconoscimento dell'importanza dell'evidence-based practice non è nuova, molti dei 20 anni passati si sono focalizzati nell'identificazione delle barriere contro la pratica evidence-based e nella formulazione di strategie per superarle. Queste barriere includono limitazione di tempo, accesso limitato al materiale bibliografico, mancanza di addestramento nella ricerca di informazioni e nella valutazione critica della professione, una ideologia professionale che enfatizza la conoscenza pratica piuttosto che quella intellettuale, ed un ambiente di lavoro che non incoraggia la ricerca di informazioni.

Abbiamo imparato che non è sufficiente tenere agli studenti poche lezioni su come fare ricerca e poi aspettarci che usino questa conoscenza durante la loro carriera con un crescente processo di raccolta ed interpretazione dei dati e di perfezionamento dei risultati. Gli infermieri e le ostetriche hanno detto per anni ai ricercatori che essi vogliono erogare cure basate sulla ricerca, ma che hanno trovato difficile avere accesso alla stessa. In uno studio su agenzie sanitarie in Ontario, Canada, Mitchell ha trovato che solo il 35% dei piccoli ospedali (> di 250 posti letto) hanno, nelle loro biblioteche, giornali di ricerca infermieristica; il 38% delle agenzie sanitarie hanno fondato i cambiamenti della pratica infermieristica sul processo di ricerca; il 15% ha implementato l'utilizzo di programmi di ricerca per infermieri; e il 97% ha voluto un'assistenza per l'insegnamento ai loro infermieri sull'utilizzo della ricerca.

Sebbene sosteniamo l'evidence-based nursing da molti anni, abbiamo dovuto lottare per come realizzarlo. Questa battaglia non è solo della professione infermieristica ma è comune a tutte le altre professioni sanitarie, inclusa quella medica. Sfidato ad approcciarsi a questa importante discussione, un coinvolgimento internazionale per la cura della salute evidence-based ha portato alla nascita di numerose iniziative per migliorare l'accesso ai risultati dei lavori di ricerca come la Cochrane Collaboration, The Evidence-Based Medicine Working Group, ad una valutazione critica dei programmi di insegnamento, centri per l'evidence-based practice, conferenze sull'utilizzo della ricerca e riviste evidence-based.

L'EVIDENCE-BASED NURSING CONDUCE AD UN "RICETTARIO" DEL NURSING ED ALL'INDIFFERENZA VERSO LA CURA INDIVIDUALIZZATA DEL PAZIENTE.

Praticando l'evidence-based nursing, l'infermiere deve decidere se l'evidenza scientifica è rilevante per quel particolare paziente. La competenza clinica dovrebbe essere bilanciata con i rischi ed i benefici di trattamenti alternativi per ciascun paziente e dovrebbe tener conto suo stato clinico che include le condizioni patologiche e le preferenze. Coloro i quali giudicano l'evidence based nursing come un ricettario, stanno ignorando questa componente importante.

Un modello semplice per le decisioni cliniche ha 4 componenti che potrebbero influenzare la gestione dei problemi del paziente: competenza clinica, preferenze del paziente per forme alternative di cura, l'evidenza scientifica e risorse disponibili. È importante notare che la competenza clinica e le preferenze del paziente potrebbero sovrapporsi alle altre componenti del modello per una decisione prestabilita. Per esempio, la competenza clinica deve prevalere se l'infermiere decide che il paziente è troppo debole di salute e moralmente per un intervento specifico che è d'altronde "il meglio" per la sua condizione e la preferenza del paziente sarà dominante quando rifiuta un trattamento che le circostanze cliniche e la ricerca scientifica indicano come il meglio per la sua condizione. Tutti questi fattori, tuttavia, devono essere considerati alla luce del fatto che le risorse per la cura della salute sono limitate. Molte decisioni, nella cura della salute, sono connesse alle risorse disponibili; ci sono probabilmente casi dove il beneficio potenziale di un intervento è considerato sorpassato per i suoi costi potenziali. Fino a quando ogni singolo infermiere non potrà fare questa valutazione, avrà bisogno di essere consapevole di questa importante dimensione.

Nella formazione professionale ed oltre, insegniamo i meccanismi di base delle malattie e la fisiopatologia, acquistiamo destrezza nell'accertamento, nella pianificazione, nell'intervento e nella valutazione. Affiniamo queste abilità con l'accumularsi dell'esperienza clinica attraverso l'osservazione delle correlazioni e conseguenze delle nostre azioni nelle relazioni con molti pazienti. Molti elementi di valutazione e gestione clinica richiedono la conoscenza avanzata che fornisce la formazione professionale e la competenza che proviene dall'esperienza.

La prova scientifica può aiutare a perfezionare la competenza ma non può verificare o classificare le

miriadi di informazioni, quantitative e qualitative, che gli infermieri acquisiscono durante le visite. La competenza clinica è l'elemento cruciale che separa l'evidence-based nursing dall'assistenza infermieristica tratta dal libro di ricette e l'irragionevole applicazione di regole e direttive.

I pazienti hanno sempre esercitato le loro preferenze di cura scegliendo trattamenti alternativi, rifiutando trattamenti, preparando in anticipo delle istruzioni (testamento) e richiedendo una seconda opinione. I pazienti di oggi hanno più che mai un grande accesso alle informazioni cliniche e alcuni sono più informati sulle loro condizioni di coloro i quali provvedono alla loro cura; particolarmente i pazienti cronici. Il ruolo del paziente è una componente importante nella maggior parte delle decisioni cliniche anche se non è, di norma, formalizzato e qualche volta è ignorato da chi provvede alla sua cura. Chiaramente, la situazione migliore è quella dove il paziente è in grado di decidere in merito alla propria cura, avendo ricevuto accurate informazioni sul suo stato di salute.

Immaginate la persona anziana in ospedale dopo una sincope. L'infermiere che ha cura di questa persona ha una capacità di comunicare ben sviluppata, intuizione ed esperienza clinica per conoscere il paziente e la sua famiglia. L'infermiere inizia con il comprendere come si sente il paziente in relazione a ciò che gli sta accadendo, e quale potrebbe essere il suo obiettivo per la riabilitazione. Avendo stabilito questo rapporto, l'infermiere è nella posizione di poter determinare se il paziente è depresso, ansioso e/o impaziente di conoscere le sue condizioni. La relazione che un infermiere costruisce con i pazienti è importante per i pazienti, come mostra Kralik in questa rivista. Tuttavia, questa relazione è accresciuta se l'infermiere è anche capace di assicurare che le pratiche e gli interventi che ha effettuato sono senza rischi ed efficaci. Conoscere quali esercizi sono efficaci per pazienti con emiplegia, come prevenire le loro ulcere e come insegnar loro a spostarsi dal letto alla sedia, contribuirà ad innalzare la qualità della cura del paziente.

NELLA CURA DELLA SALUTE EVIDENCE-BASED C'È UN'ENFASI ESAGERATA PER LE PROVE CONTROLLATE CASUALMENTE E PER LE RIVISTE METODICHE.

La cura della salute evidence-based si occupa di applicare la miglior prova scientifica disponibile ad una domanda clinica specifica. Le prove controllate casualmente (RCT) sono il progetto più appropriato per la valutazione dell'efficacia di un intervento infermieristico; per esempio l'efficacia degli inalatori di nicotina nell'aiuto dei pazienti che hanno abbandonato il fumo (Hjalmarsen in questa rivista) o l'efficacia di differenti rilevazioni della pressione per la prevenzione di ulcere (Vyhlidal in questa rivista). La ragione per cui RCT è il progetto più appropriato è che con una assegnazione casuale di pazienti ad un gruppo campione, perplessità conosciute e sconosciute sono distribuite uniformemente tra i gruppi assicurando che ogni differenza nel risultato è dovuta all'intervento.

In un articolo del 1997 del British Journal of Nursing, White affermava: "Forse l'ipotesi più evidentemente errata è che esaminare la ricerca usando RCT sia il modo migliore per valutare l'efficacia degli interventi e una base migliore per le decisioni cliniche dell'esperienza clinica dei professionisti."

Non siamo affatto d'accordo con l'affermazione di White. La storia ha mostrato numerosi esempi di interventi sulla salute che, su un paziente, potrebbero apparire benefici, ma quando valutati usando prove casuali si sono dimostrati come di dubbio valore o addirittura dannosi. Gli esempi includono l'uso di copri camici da parte degli infermieri che si occupano di neonati nella nursery e la tricotomia prima di un intervento chirurgico. Pochi di noi desidererebbero iniziare ad assumere medicinali di cui non è stata provata la sicurezza e l'efficacia in RCT.

Più recentemente, c'è stata un'enfasi per la panoramica sistematica delle pubblicazioni di ricerca. In una visione d'insieme, gli studi idonei alla ricerca sono considerati come un universo da campionare e da sorvegliare sistematicamente. Le caratteristiche e i risultati di studi individuali sono poi riassunti, quantificati, codificati e assemblati in un database che, se appropriato, è analizzato statisticamente più di qualsiasi altro dato quantitativo. La combinazione statistica dei risultati di più di uno studio, o meta - analisi, aumenta effettivamente il volume dei campioni e i risultati in una valutazione degli effetti dei trattamenti molto più precisa di quella ottenuta da qualsiasi studio individuale usato nella meta - analisi. Ci sono 3 panoramiche in questo numero di EBN che si occupano dell'efficacia della tecnologia nella medicina a distanza (Balas), del trattamento di compressione per le ulcere venose alle gambe (Fletcher), e degli interventi psicosociali per bambini con malattie croniche (Bauman). Attraverso panoramiche rigorose e sistematiche, gli infermieri hanno a disposizione il sommario di tutti gli studi relativi ad uno specifico argomento. In molti casi, questo è molto più utile dei risultati di ogni singolo studio.

Così come le prove casuali e le panoramiche sistematiche sono i modelli migliori per la valutazione dell'intervento infermieristico, gli studi qualitativi sono il modello migliore per capire meglio le esperienze, gli atteggiamenti e le convinzioni dei pazienti. I risultati degli studi sull'intervento possono informare gli infermieri circa gli effetti di un intervento su un campione di pazienti, ma non esplorano e spiegano le barriere e l'adesione

del paziente all'intervento, né come il trattamento ha effetto sulla sua vita di tutti i giorni, il significato della malattia per lui, o gli aggiustamenti richiesti per adattare un regime di trattamento lungo quanto la vita. Una ricerca rigorosa e qualitativa si basa su strategie chiare e finalizzate, sull'analisi approfondita dei dati, e sull'impegno di esaminare spiegazioni alternative. In questo numero di EBN, gli studi qualitativi esaminano le esperienze dei genitori di bambini con una malattia critica in una unità pediatrica di cure intensive (Mu e Tomlinson); come è vissuta l'assistenza infermieristica dai pazienti (Kralik); la pratica dell'ossigeno terapia a lungo termine (Ring e Danielson); esempi di violenza subita da donne maltrattate, senza dimora (Clarke).

Attraverso EBN speriamo di trasmettere l'idea che una buona evidenza scientifica implica molto più di RCT e della panoramica sistematica. Ogni progetto di ricerca ha il suo scopo, la sua forza, i suoi limiti. La chiave è quella di assicurare che si usa il giusto progetto di ricerca per rispondere alle domande poste.

Il risultato finale della professione infermieristica è di fornire al paziente la miglior cura disponibile. Nonostante le numerose barriere contro l'uso della ricerca, continua ad esserci una forte richiesta, dagli infermieri, di imparare le abilità richieste per praticare l'evidence-based nursing. L'applicazione dei risultati della ricerca nella pratica va di pari passo con l'esperienza clinica e con le preferenze ed i valori del paziente. I tipi di progetti per gli studi che costituiscono le basi per la pratica evidence-based varieranno secondo la natura della domanda posta.

Abbiamo tentato di identificare e di rivolgerci ai più comuni malintesi sull'evidence-based nursing. I lettori sono invitati a commentare e a farci sapere se ci sono ulteriori ostacoli nei confronti di questa iniziativa, relativamente nuova di nursing.

ALBA DiCANSO, RN, PhD
School of Nursing,
Faculty of Health Sciences,
McMaster University,
Hamilton, Ontario, Canada

NICKY CULLUM, RN, PhD
Centre for Evidence-Based Nursing,
Department of Health Studies,
University of York, UK

DONNA CILISKA, RN, PhD
School of Nursing,
Faculty of Health Sciences,
McMaster University,
Hamilton, Ontario, Canada

CONVENZIONI TALENT SCHOOL

Como - via Garibaldi, 30 Tel. 031.241944
Corsi di lingue ed informativa

Talent School effettua uno sconto del 20% agli iscritti
all'Albo previo esibizione della tessera di riconoscimento.

SPAZIO SEGRETERIA

* Orari di Segreteria

Da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 - 12.00 / 14.00 - 17.00

* Quota 2001

Chi non avesse ancora ricevuto o avesse smarrito il bollettino di pagamento per la quota associativa 2001 è pregato di prendere contatti con la segreteria del Collegio.

SPAZIO BACHECA

CIVES

I CONVEGNO REGIONALE LOMBARDO

Corso di aggiornamento:

"L'Infermiere e la solidarietà: il volontariato dei professionisti"

Brescia 4 maggio 2001

Info: 030.291478

DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA
UNIVERSITÀ DI PADOVA
7° CONVEGNO INTERNAZIONALE
"Pediatría d'urgenza e terapia Intensiva pediatrica"
Lido di Venezia 7-9 giugno 2001
Info: Tel. 055.2480242 Fax 055.2480245
E-mail: css@css-congressi.it

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI CARDIOLOGIA IV CONGRESSO NAZIONALE

"NURSING CUORE"

Montecatini Terme
30-31 marzo 01

Info: Tel. 031.748814

Fax 031.751525

E-mail: info@expopoint.it

www.gitic.it

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

1° CONVEGNO REGIONALE MARCHIGIANO

"Il volontario e l'infermiere di area critica...sinergia o semplice collaborazione?"

Montalto delle Marche 22 aprile 2001

Info: M.Cespi Tel./Fax 0736.828512 cell. 0328.8522586

E-mail: cmanrico@tiscalinnet.it marche@aisace.org www.aisace.org

CEDIPROS

4° CONVEGNO NAZIONALE

Corso di aggiornamento

"Il medico e l'infermiere a giudizio"

Firenze 7-8 maggio 2001

Info: Tel. 055.4224393/055.4221201

Fax 055.417165

E-mail: aliwest@iol.it

CeF - CULTURA E FORMAZIONE Calendario Moduli Formativi 2001

"La formazione dei formatori"

Milano 5-6-7 aprile

"La competenza relazionale del personale addetto al pubblico"

Milano 10-11-12 maggio

"Per una leadership efficace"

Milano 31 maggio 1-2 giugno

"L'enneagramma: alla scoperta della propria personalità"

Milano 14-15-16 giugno

Info: Tel/Fax 02.93549225/
02.93542802

Cell. 0338.8497833

E-mail: info@cef-bassetti.it

www.cef-bassetti.it

VIDAS - CORSI DI AGGIORNAMENTO 2001
"La clinica nel paziente in fase terminale: l'approccio e gli obiettivi"
Milano 21 settembre 2001
Info: Tel. 02.72511218 Fax 02.72511237
E-mail: segreteria,csf@vidas.it

AIASCE LIGURIA 6° CONVEGNO REGIONALE

"Il trapianto d'organo, aspetti etici, tecnici, sociali"

Fiera del Mare di Genova 4 giugno 2001

Info: Tel. 0347.9309431

A.N.I.P.I.O.

CORSO DI AGGIORNAMENTO RESIDENZIALE

"La prevenzione delle Infezioni Ospedaliere"

Massa Marittima 23-26 maggio 2001

Info: P.Galoppini Tel. 0586.614395 Fax 0586.614397

IV CONVEGNO NAZIONALE DI AGGIORNAMENTO PER INFERMIERI DI SALA OPERATORIA

Repubblica di San Marino 10-11-12 maggio 2001

Info: Tel. 0549.907034 Fax 0549.907056

E-mail: ht@omniway.sm

congrex@tin.it

CORSO PER INFERMIERI SULLE CURE PALLIATIVE

Palermo 3 aprile 2001

Info: Tel. 091.302876/091.341126

Fax 091.303098

E-mail: congrpal@tin.it

www.kenes.com/eapc

www.eapcnet.org