

N. 21

DICEMBRE

2003

# Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



## S o m m a r i o

- Editoriale di B. Mangiacavalli
- Sanità e Federalismo: cosa ne pensano gli italiani. Indagine CENSIS
- Intervista a: Adriana Alborghetti – Responsabile Osservatorio delle Professioni - Regione Lombardia
- Linee guida regionali Servizi Infermieristici
- Rapporto tra cultura e patologia malformativa: il diverso nella diversità culturale. Modalità di risposta in T.I.N.
- Rubrica sui siti Web
- Commissione libera professione:
  - Incontro del 16 ottobre u.s. tra liberi professionisti
  - Infermieri in nero o sanità nera?
- Commissione formazione, sviluppo e ricerca

## *Il sistema di protezione professionale IPASVI ovvero la copertura assicurativa della Federazione Nazionale*

I.I.D. Barbara Mangiacavalli

*Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Como da anni è attento all'evoluzione della responsabilità professionale sanitaria in Italia dove, dal 1970 in avanti, si è assistito ad una profonda rivoluzione dei criteri posti a fondamento della responsabilità del sanitario con la necessità di individuare nuove diverse e globali soluzioni, tenendo presente un punto fermo: bisogna temere i precedenti giurisprudenziali.*

*In questa prospettiva ciascun infermiere deve rendersi conto che la sua qualità di vita professionale dipende direttamente, sotto ogni profilo, dal comportamento di tutti i suoi colleghi ovunque si trovino: se un infermiere di Bologna subisce una sentenza specifica negativa, questa si riverbererà sull'attività svolta dal suo collega della Lombardia o del Lazio.*

*Questo comporta la necessità che l'Ordine di categoria modifichi il proprio atteggiamento nei confronti dei propri iscritti. In Italia è dimostrato che su 10 cause di responsabilità 8 sono infon-*

*date: a fronte di un'aggressione costante è necessario rispondere con una aggressione costante di tutte quelle domande infondate o giuste.*

*L'Ordine deve centralizzare il problema ed individuare soluzioni globali; se il problema del singolo è il problema di tutti, occorre assicurare a tutti gli iscritti una valida, efficace e duratura copertura assicurativa, stipulando una convenzione appropriata alle necessità e realizzando una "lotta ai precedenti giudiziari" attraverso la creazione di un "pronto intervento giuridico".*

*Tale modalità serve ad evitare che, una volta ricevuto l'eventuale atto giuridico, l'infermiere, in attesa di essere contattato dal legale incaricato, possa ulteriormente peggiorare la sua situazione mettendo in essere personali e spesso dannose soluzioni al problema (modifiche della documentazione).*

*Coerentemente con queste riflessioni, a livello provinciale era stata stipulata una*

polizza assicurativa per tutti gli iscritti con la finalità di garantire sia la copertura assicurativa in caso di sinistro (lo ricordiamo, anche il pubblico dipendente, in caso di dolo o colpa grave, non è coperto dall'azienda che esercita il cosiddetto diritto di rivalsa) sia la copertura delle spese legali.

Adesso questo progetto, più esteso, più solido e con una valenza sul territorio nazionale, è anche progetto della Federazione Nazionale.

Abbiamo già accennato qualcosa nel numero precedente. In particolare il Comitato Centrale ha firmato il preaccordo con la società di brokeraggio Willis. Al raggiungimento di **5000 adesioni volontarie** sul piano nazionale parte la copertura assicurativa vera e propria (**febbraio 2004**) con le seguenti caratteristiche:

- Premio di 26 euro massimale di 1.000.000 di euro (opzione di 30 euro)
- Premio di 30 euro massimale di 2.000.000 di euro
- Copertura delle spese legali e peritali
- Attivazione del pronto intervento giuridico

- Copertura retroattiva di tre anni dalla data della polizza
- Copertura di 10 anni dopo la scadenza pagando altre tre annualità (10 anni sono i termini di prescrizione per la giustizia)

A fronte di questo progetto il Consiglio Direttivo di Como ha deliberato di modificare il contratto in essere chiedendo di trasformarlo in facoltativo: in questo modo **gli iscritti a Como possono volontariamente aderire al progetto nazionale o mantenere la polizza provinciale**, sempre che la compagnia assicurativa accetti la modifica di contratto chiesta.

La scadenza naturale del contratto provinciale è il 28 febbraio 2004: per quella data è sicuramente già attivo il progetto nazionale, quindi non si verifica un'interruzione nella copertura assicurativa ma vi è la continuità con la nuova polizza.

Chi fosse interessato a maggiori chiarimenti può contattare la sede del Collegio negli orari e con le modalità note.

## FIRMATO IL CONTRATTO DEL PER- SONALE DEL COMPAR- TO SANITÀ PUBBLICA

AL MOMENTO DI ANDARE IN STAMPA APPRENDIAMO CHE IL 25 NOVEMBRE 2003 È STATA SOTTOSCRITTA L'IPOTESI DI CONTRATTO NAZIONALE DI LAVORO PER IL PERSONALE DEL COMPARTO DELLA SANITÀ PUBBLICA RELATIVO AL PERIODO 2002-2005 E PER LA PARTE ECONOMICA DEL BIENNIO 2002-2003

## SPAZIO BACHECA:

### CORSO DI FORMAZIONE

La metodologia di apprendimento attraverso il problem based learning - Modena 12/16 gennaio 2004

Info: Tel. 059/2055225

fax 059/2055588

### AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri)

5° Congresso Regionale -  
Milano 22 gennaio 2004

Info: info@alphastudio.it

tel. 040/7600101

fax 040/7600123

# Sanità e federalismo, cosa ne pensano gli italiani: indagine Censis

A cura di Stefano Citterio - IID, Vicepresidente IPASVI Como

## Introduzione

L'evoluzione dello stato italiano in senso federale è ormai un processo inarrestabile, così come la consapevolezza che le risorse a disposizione non sono infinite è ormai un dato evidente ai più.

Questi sono due degli elementi che pongono il Servizio Sanitario Nazionale di fronte all'ennesima, fondamentale svolta.

Questa svolta comporta la ridefinizione dei confini, dei ruoli e delle relazioni fra i diversi livelli istituzionali e l'individuazione di un nuovo equilibrio fra la natura universalistica e il carattere egualitario del SSN (tutto a tutti), e le esigenze di personalizzazione dei servizi e delle diversità di preferenze delle comunità locali.

Per aiutare a comprendere questo dibattito in corso nel mondo della Sanità riportiamo una sintesi di una indagine effettuata dal CENSIS sul Federalismo e Gradimento del Sistema Sanitario Nazionale "Le garanzie per la salute tra globalizzazione e localismo" pubblicata nel luglio scorso, che tra l'altro riporta una analisi più approfondita su quattro regioni, tra cui la Lombardia.

Le parti pubblicate sono tratte dal sito [www.censis.it](http://www.censis.it).

## 1. I Principali risultati dell'indagine

Fiducia in un federalismo temperato dal riequilibrio finanziario dello Stato centrale, giudizio negativo sull'esercizio dell'attività privata nel settore pubblico da parte dei medici, crescente attenzione agli stili di vita salutari.

Sono questi gli aspetti che, più di altri, caratterizzano le opinioni ed i comportamenti degli italiani in materia di sanità, quali emergono dall'indagine annuale del Monitor Biomedico 2003, realizzata su un campione di italiani nel mese di marzo 2003.

Inoltre, i risultati evidenziano che:

- esiste una relazione piuttosto stretta tra la qualità percepita dei servizi sanitari e le opinioni sul federalismo, con una più alta propensione pro-federalista tra coloro che beneficiano di servizi più efficienti;
- la libertà di scelta degli utenti è ormai principio condiviso, mentre per reperire risorse aggiuntive per finanziare la spesa sanitaria il ticket è preferito all'introduzione di ulteriori tasse;
- il farmaco, che gli italiani vorrebbero finalizzato alla cura di patologie specifiche, nei fatti è chiamato ad assolvere una gamma più ampia di funzioni. Ad esempio, nelle aree dove i servizi sanitari sono inadeguati, il farmaco rappresenta la risposta più rapida e diffusa all'insorgere di piccoli malesseri. Opera, in sostanza, come "ammortizzatore sanitario" che integra la carenza dei servizi sul territorio;
- l'alimentazione è l'epicentro della torsione salutare dei comportamenti di consumo degli italiani, senza diete continue e stressanti, ma in un rapporto sobrio ed equilibrato con il cibo, dove la tutela della salute e la voglia di stare bene con se stessi coesistono in un circuito virtuoso.

Un dato di natura generale riguarda, inoltre, l'alta percentuale di persone

che non ha opinioni definite o semplicemente non risponde sui temi relativi al federalismo sanitario, a testimonianza di un dibattito che accende gli animi nelle aule politiche, ma arriva sfocato nella società, producendo segnali molto concreti di estraneità.

Quello che conta per gli utenti è la qualità dei servizi erogati e non è un caso che siano le Regioni che per tradizione hanno un buon governo della sanità, piuttosto che tutte quelle ove il carisma del "Governatore" è alto, a registrare aspettative più favorevoli verso la piena responsabilità regionale sul Servizio Sanitario.

## 2. La spesa sanitaria

Notoriamente l'Italia ha una spesa sanitaria totale inferiore a quella di molti tra i principali paesi industrializzati; infatti, essa nel 2002 è risultata pari a 101.849 milioni di Euro (**l'8,1% del Pil**) e, in particolare, la quota pubblica di spesa sanitaria è risultata inferiore alla media dei paesi Ocse.

Con riferimento alla spesa sanitaria dai dati si evidenzia che:

- la spesa sanitaria totale è aumentata, nel 2002 rispetto al 2001, del +5,4%, confermando l'incremento degli investimenti in salute dello stato e dei cittadini (tab. 1);
- la quota pubblica è aumentata del +5,1% nel 2002 rispetto all'anno precedente, rappresentando una quota del 77,3% del totale (sostanzialmente in linea con i valori degli anni precedenti);
- la spesa sanitaria privata è aumentata nel passaggio dal 2001 al 2002 del +6,5% con una netta inversione di tendenza rispetto

all'anno precedente. È da sottolineare che nel 2002 ha toccato la quota del 22,7% su quella totale con una lieve inversione di tendenza verso l'alto rispetto al trend al ribasso del periodo 1999-2001.

[...]

In sostanza, la componente privata della spesa sanitaria e, soprattutto, quella della spesa farmaceutica, dopo un fase di relativo rallentamento soprattutto come quota del totale, ha ripreso un trend crescente. Ovviamente, ciò è in sintonia con la tendenza degli utenti ad investire direttamente di tasca propria sulla tutela della salute.

È da sottolineare che per il 2003 è previsto un netto calo della spesa farmaceutica pubblica (-6,3%): in definitiva l'obiettivo, posto dall'accordo tra Stato e Regioni dell'8 agosto 2001, di mantenere fisso il proprio tetto di spesa al 13% verrà sostanzialmente rispettato (Tab. 1).

## 3. Cosa pensano gli italiani del federalismo

Il Monitor Biomedico 2003 ha consentito di verificare le opinioni degli italiani relativamente ai principali aspetti del federalismo, con riferimento non solo ai rapporti tra istituzioni diverse (centrali e regionali), ma anche a quelli tra istituzioni e cittadini. Con riferimento alla prima dimensione, dai dati dell'indagine è emersa la conferma della tendenziale accettazione a livello sociale del nuovo ordinamento federalista della sanità, anche se va evidenziata la presenza di aree di rifiuto esplicito e di altre aree che esprimono perplessità.

Tab. 1 - Spesa sanitaria totale, pubblica e privata 1999-2002 (v.a. in milioni di Euro, var. %, val. %)

	Spesa sanitaria totale			Spesa sanitaria pubblica			Spesa sanitaria privata		
	v.a.	Incremento % rispetto all'anno precedente		v.a.	Incremento % rispetto all'anno precedente	% sulla spesa sanitaria totale	v.a.	Incremento % rispetto all'anno precedente	% sulla spesa sanitaria totale
1999	82.144,00	1,1	60.520,00	0,4	73,7	21.624,00	2,9	26,3	
2000	89.939,00	9,5	67.575,00	11,7	75,1	22.364,00	3,4	24,9	
2001	96.635,00	7,4	74.957,00	10,9	77,6	21.678,00	-3,1	22,4	
2002	101.849,00	5,4	78.769,00	5,1	77,3	23.080,00	6,5	22,7	

Fonte: Elaborazione FBM-Censis su dati Farmindustria

## AZ. OSPEDALIERA LODI

Le figure di supporto all'assistenza infermieristica - Lodi 30 gennaio 2004

Info:

Gianluca.gazzola@ao.lodi.it  
tel. 0371/372978

## SERVIZIO SAN. NAZIONALE ASL N. 1 TORINO

Il progetto: le vaccinazioni, uno strumento insostituibile di promozione della salute - Torino 1<sup>a</sup> ed. 4 e 5 febbraio 2004 2<sup>a</sup> ed. 20 e 21 ottobre 2004

Le malattie infettive: un problema ancora attuale - Torino febbraio/marzo 2004

Info: episan@inwind.it  
tel. 011/5663025 fax  
011/5663016

## CENTRO ITALIANO DI IPNO- SI CLINICA SPERIMENTALE

XXVI Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica - Torino (crediti ECM n. 50).

I periodo 5-7 febbraio 2004

II periodo 1-3 aprile 2004

III periodo 20-22 maggio 2004

Info: ciics@seleneweb.com  
tel. 011/5683534  
fax 011/5681010

## RESPIRO TRIESTE 2004

I Pneumocorsi - Convegno "Dubbi e certezze in medicina respiratoria" Trieste 16-18 febbraio 2004

Info: [info@alphastudio.it](mailto:info@alphastudio.it)

tel. 040/7600101

fax 040/7600123

## AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI

Corso interattivo Assistenza Infermieristica e riabilitazione in UTIR - Firenze 2 marzo 2004  
Respiratory high dependency care units - Firenze 1-3 marzo 2004

Info: [info@alphastudio.it](mailto:info@alphastudio.it)

tel. 040/7600101

fax. 040/7600123

## G.I.T.I.C.

VII Congresso Nazionale "Nursing Cuore" 1-2-3 aprile 2004

Info: [info@gitic.it](mailto:info@gitic.it)

tel. 031/748814

fax 031/751525

Infatti, il 49,1% degli intervistati esprime una valutazione positiva sull'attuale articolazione dei poteri tra Stato e Regioni in materia di sanità, a fronte del 27,4% che esprime una valutazione negativa. Mentre ben il 22,3% non sa esprimere valutazioni, delineando un'area di sostanziale estraneità rispetto al dibattito sulle grandi riforme.

È da sottolineare che nel nuovo ordinamento Stato-Regioni i cittadini vogliono che siano operativi strumenti redistributivi da parte dello Stato; infatti tale idea è sostenuta dal 54,1% degli intervistati, mentre l'autosufficienza finanziaria delle Regioni è condivisa dal 29,4%.

Al Nord-Ovest (39,7%) ed al Nord-Est (34,1%) la tentazione della totale autonomia finanziaria è molto forte, anche se la voglia di una rete compensativa nazionale prevale. Spicca il dato relativo al Centro, dove il 31% dei residenti non esprime un'opinione sul tema, valore di molto superiore anche a quello del Sud-Isole (19,2%).

Con riferimento al rapporto tra istituzioni e cittadini dentro gli assetti federalisti, la maggioranza degli intervistati esprime giudizi di segno positivo (56,9%), a fronte di una quota del 26,2% che, invece, esprime valutazioni negative, mentre i "non so" sono il 15,6%.

### 4. Quello che conta è la qualità

Il progressivo affermarsi di un utente informato, consapevole, capace di esercitare scelte rispetto ai servizi e ai

professionisti cui rivolgersi, magari investendo di tasca propria, rende cruciale in ambito sanitario l'analisi delle valutazioni che i cittadini esprimono della qualità dell'offerta; in pratica, laddove la sanità genera utenti mediamente più soddisfatti, la propensione favorevole alla regionalizzazione delle competenze è più alta. Le differenze territoriali di opinione sul federalismo, dunque, non rinviano tanto a posizioni ideologiche, quanto ad una dimensione molto concreta, quella della qualità percepita dei servizi.

### 5. Quattro Regioni a confronto

Per quanto riguarda gli aspetti di apprezzamento e valutazione nei confronti della devoluzione sanitaria, le risposte raccolte nelle 4 Regioni campione (**Lombardia, Toscana, Lazio e Campania**) presentano interessanti differenze.

In particolare:

- i campioni della Regione Toscana e della Regione Lombardia giudicano positivamente le potenzialità della Regione a gestire i compiti loro affidati dal nuovo ordinamento e giudicano positivamente le funzioni rimaste in capo allo Stato;
- i campioni della Regione Lazio e della Regione Campania giudicano, in prevalenza, negativamente le potenzialità di governo della Regione.

Rispetto, invece, alle valutazioni sulla adeguatezza dei servizi sanitari al di là

Tab. 52 - L'adeguatezza dei servizi sanitari: confronto tra le quattro Regioni (val. %)

	Lombardia	Toscana	Lazio	Campania	Totale
Medicina di base	72,0	72,4	76,3	69,1	74,5
Assistenza farmaceutica	71,2	65,2	56,2	53,0	71,5
Medicina specialistica	64,0	46,0	58,5	49,4	56,8
Pronto soccorso	70,4	62,4	48,2	41,4	56,3
Ricovero ordinario	58,0	59,6	38,7	34,9	52,7
Day hospital	64,4	63,6	44,3	34,5	52,1
Servizi domiciliari	43,6	42,8	28,5	20,5	38,8
Tutela degli alimenti	44,8	43,2	30,8	14,9	37,3
Servizi territoriali (Sert, Cim)	46,0	44,8	16,6	10,4	31,3
<b>Totale servizi</b>	<b>59,4</b>	<b>55,6</b>	<b>44,8</b>	<b>36,3</b>	<b>52,4</b>

Fonte: indagine FBM-Censis, 2003

dei rapporti tra tipologie di servizio, ciò che immediatamente colpisce è la rilevante variabilità regionale nei giudizi di adeguatezza. Pur con qualche eccezione, le percentuali di adeguatezza diminuiscono drasticamente quando dai dati di Lombardia e Toscana, i cui campioni risultano tendenzialmente omogenei nell'espressione della valutazione, si passa ai dati del campione laziale e, soprattutto, di quello campano (tab. 52).

Tra le quattro regioni analizzate la Lombardia vanta la maggior percentuale di cittadini soddisfatti dei servizi

(59,4%), mentre il fanalino di coda spetta alla Campania. Per la Lombardia i servizi sanitari più critici risultano essere quelli domiciliari, i servizi territoriali, di tutela degli alimenti e il ricovero ordinario che sono sotto la media di gradimento dei servizi sanitari regionali.

L'indagine ha permesso di ricostruire attraverso i dati raccolti a livello regionale quattro scenari differenti che caratterizzano le Regioni analizzate rispetto al complesso dei fattori studiati. Gli scenari sono riassunti nella tavola 5.

Tav. 5 - Caratteristiche prevalenti dei quattro campioni regionali

<p><b>I Lombardi</b> "La tentazione dell'autonomia totale"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorevoli alla regionalizzazione e all'autosufficienza finanziaria regionale e soddisfatti della qualità dei servizi sanitari.</li> <li>• Puntano ad adeguare l'assistenza sanitaria alla quantità limitata di risorse attraverso la sperimentazione di modelli innovativi e la riduzione della componente pubblica.</li> <li>• Guardano al ticket come strumento migliore di finanziamento aggiuntivo della spesa.</li> <li>• Adottano stili di vita efficientisti e curano le piccole indisposizioni rimanendo a casa.</li> <li>• Praticano poca attività di prevenzione primaria, tranne una certa attenzione all'alimentazione.</li> </ul>
<p><b>I Toscani</b> "Federalisti totali"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Federalisti "di ferro", vogliono strumenti perequativi nazionali.</li> <li>• Valutano positivamente i servizi sanitari nazionali, considerano la razionalizzazione dei modelli di offerta e la riduzione della tutela per i redditi più alti gli strumenti migliori per ridurre la spesa sanitaria.</li> <li>• Giudicano il ticket il mezzo migliore per reperire risorse aggiuntive per la sanità.</li> <li>• Prestano poca attenzione alle piccole indisposizioni che fronteggiano rimanendo a casa e consultando il medico.</li> <li>• Ricorrono poco ad attività specifiche di tutela della salute, anche se prestano attenzione al mangiar sano, in particolare ai cibi biologici.</li> </ul>
<p><b>I Laziali</b> "Federalismo sì, ma non subito"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Federalisti, anche se non giudicano la situazione matura, attendono che il nuovo ordinamento porti ad una sanità più vicina ai cittadini.</li> <li>• Considerano ancora le Regioni non sufficientemente attrezzate.</li> <li>• Vogliono strumenti perequativi e valutano adeguati i servizi sanitari.</li> <li>• Avvertono molto i piccoli malesseri o i disturbi legati all'umore che affrontano con una forte autoregolazione.</li> <li>• Vita all'aria aperta, controllo dell'alimentazione e frequentazione di centri termali e beauty center sono le attività maggiormente messe in atto.</li> </ul>
<p><b>I Campani</b> "L'estraneità al federalismo"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estranei al dibattito sul federalismo e insoddisfatti dei servizi sanitari.</li> <li>• Vogliono modelli di assistenza più efficaci e meno costosi e la riduzione della copertura pubblica per i redditi più alti.</li> <li>• Prediligono il ticket come forma di compartecipazione.</li> <li>• Considerano il farmaco strategico e fondamentale per la autoregolazione e praticano diffusamente attività di tutela della salute.</li> </ul>

Fonte: indagine FBM-Censis, 2003

## VII CONGRESSO NAZIONALE

La persona nel processo di valutazione: rappresentazioni, metodo, efficacia  
- Torino 22-23 aprile 2004

Info:

[ilmelograno@wpweb.com](mailto:ilmelograno@wpweb.com)

tel. 011/505730

fax 011/590940

## A.I.I.O. (Associazione Italiana Infermieri in Oncologia)

Congresso Nazionale  
"Nursing Oncologico: nuovi orizzonti - Alba (Cuneo)  
23/24 aprile 2004

Info:

[riccione@adriacongrex.it](mailto:riccione@adriacongrex.it)

tel. 0541/691150

fax. 0541/692232

## SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE

XI Congresso nazionale della società italiana di cure palliative - Forlì 31 marzo-3 aprile 2004

Info. [info@oscbologna.com](mailto:info@oscbologna.com)

tel. 051/224232

fax. 051/226855

**LA SEGRETERIA DEL  
COLLEGIO RESTERÀ  
CHIUSA PER LE FESTI-  
VITÀ NATALIZIE DA MER-  
COLEDÌ 24 DICEMBRE  
2003 A MARTEDÌ 6  
GENNAIO 2004.**



#### AGORÀ

*Direttore Responsabile:*  
Barbara Mangiacavalli

*Comitato di Redazione  
Responsabile:*  
Citterio Stefano

*Componenti:*  
Belluschi Valeria, Mafia Rosella, Pastori  
Silvana, Pozzi Paola, Rubino Vitale

*Segreteria di Redazione:*  
Sereni Daniela, Zanini Daniela

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

*Proprietario:*  
Collegio IPASVI - Como

*Tipografia:*  
Sea - Via Adamo del Pero, 6 22100 Como

Trimestrale informativo  
Del Collegio IPASVI di Como

Publicazione autorizzata dal Tribunale  
Di Como con decreto 1/98 del  
09/02/1998

**Per contattarci:**  
tel. 031/300218  
fax 031/262538  
e-mail: info@ipasvicomo.it

## Intervista a...

### IID A. Alborghetti - Responsabile Osservatorio delle professioni - Regione Lombardia

a cura di IID Stefano Citterio, Vice Presidente Collegio IPASVI Como

*La prima domanda può sembrare ovvia, ma qual è la finalità dell'Osservatorio delle professioni?*

«La funzione primaria dell'Osservatorio delle professioni sanitarie è la costruzione di un sistema di monitoraggio regionale sull'evoluzione delle professioni sanitarie, e di divenire un centro d'elaborazione di proposte e linee d'indirizzo sulle varie tematiche professionali e organizzative, a supporto della definizione della politica regionale di sviluppo delle professioni, della contrattazione regionale e della definizione dei fabbisogni regionali per le professioni sanitarie».

*A più di un anno dall'istituzione ci puoi fornire alcuni elementi significativi sull'attività dell'osservatorio?*

«Fin dai primi mesi dalla sua attivazione, l'OPS si è occupato di costruzione di linee guida e indicazioni orientative che potessero uniformare situazioni organizzative su tutto il territorio lombardo. Questo proprio a significare che una delle principali funzioni dell'OPS per le quali anche la Regione si aspetta risultati concreti è quella riguardante l'elaborazione di proposte e linee d'indirizzo sulle varie tematiche organizzative e professionali, a supporto della definizione della politica regionale di sviluppo delle professioni. I gruppi di lavoro dell'OPS hanno collaborato in questo primo anno di attività soprattutto alla produzione di indicazioni orientative, linee guida e suggerimenti (formalizzati sempre con atti ufficiali della Direzione Generale sanità) al fine di **guidare, supportare e modulare gli interventi dei Servizi Infermieristici nell'affrontare la carenza infermieristica**. Uno degli ambiti presidiato dall'OPS riguarda il processo d'inserimento del personale di supporto, innescato e regolato a livello regio-

nale attraverso la capillare riqualificazione OTA in OSS, e dagli accordi con le OO.SS. sindacali regionali che nell'ottobre 2002 hanno sancito un utilizzo del personale di supporto OSS fino ad un limite massimo del 50% nel computo dei minuti di assistenza».

«In successione cronologica le indicazioni emanate dalla DGS, avvalendosi dei lavori prodotti dall'Osservatorio, sono riportate di seguito:

#### □ 15 Ottobre 2002 - prime linee guida dell'OPS

Tali linee guida hanno rappresentato un primo indirizzo fornito dall'OPS in merito alle tipologie d'intervento suggerite alle Aziende Sanitarie Regionali, per gestire la carenza di personale infermieristico. **In particolare l'obiettivo è stato quello di rappresentare come spesso le carenze di personale siano spesso sintomi di una patologia organizzativa.**

Le linee guida individuano i seguenti 4 ambiti d'intervento:

- 1) Inserimento efficace degli operatori di supporto.
- 2) Interventi sulla logistica ed investimenti tecnologici.
- 3) Interventi sull'organizzazione del lavoro.
- 4) Interventi sulla tipologia delle prestazioni e sui tempi di erogazione.

□ **Maggio 2003 - prime indicazioni orientative per l'inserimento degli OSS nelle attività assistenziali**, a garanzia che il processo d'inserimento di tali operatori nell'équipe assistenziali, già avviato, possa incidere positivamente sulla qualità delle prestazioni rese.

Tali indicazioni sono state trasmesse ai Direttori Generali delle AO, ASL, IRCCS di diritto pubblico e il mese successivo anche ai legali rappresentanti delle Case di Cura, Ospedali

Classificati e IRCCS di diritto privato. In allegato alle "indicazioni" è stato inviato alle aziende un modulo di richiesta adesione ad una sperimentazione regionale la cui partenza è prevista entro dicembre 2003, progettata e guidata dall'OPS, riguardante: "Inserimento del Personale di supporto (OSS) nelle attività assistenziali". Le adesioni sono pervenute numerose».

### Quali sono stati gli obiettivi prioritari perseguiti e, se possibile, quali i risultati raggiunti?

«Gli obiettivi perseguiti, in ordine prioritario, sono quelli previsti dalla stessa delibera di costituzione dell'Osservatorio, **DGR 9490 del 21.06.02**. Se ne citano di seguito alcuni.

Analisi dell'esistente mediante rilevazione della presenza dei vari profili professionali nelle dotazioni di personale delle singole aziende, anche con riferimento alla previsione di sviluppo e di fabbisogno nei prossimi anni.

Per raggiungere questo obiettivo l'OPS ha partecipato ad un progetto ministeriale ex art 12 d.lgs. n. 502/92. Titolo del progetto: "Implementazione di strumenti di pianificazione e programmazione delle risorse umane nel S.S.N. e costo del lavoro". Il progetto a valenza interregionale, coordinato dall'ASSR, vede coinvolta solo la Regione Lombardia in un sotto-progetto per la **"creazione di una banca dati e di un sistema di monitoraggio regionale sulle professioni nel comparto sanitario, il cui modello potrà essere trasferito anche ad altre Regioni"**.

L'Osservatorio delle professioni ha collaborato alla costruzione e validazione del modello di analisi con il contributo di gruppi di lavoro che rappresentano le professioni sanitarie. Il sistema progettato riceve i dati dalla U.O. Risorse umane del SSR e propone loro eventuali modifiche e integrazioni relative al data base delle professioni. Analizza e monitorizza i fabbisogni e le esigenze delle risorse sanitarie anche per orientarne

i sistemi di gestione e sviluppo. La struttura Risorse umane del SSR garantisce l'alimentazione del data base da parte delle aziende sanitarie e ne presidia la manutenzione e l'aggiornamento. La Banca dati dell'Osservatorio produrrà le prime elaborazioni non appena l'applicativo "FLUPER" funzionerà a regime (tra qualche mese).

Rilevazione dei modelli organizzativi di assistenza infermieristica presenti nelle diverse realtà regionali ed elaborazione di proposte innovative nella definizione dei modelli organizzativi assistenziali.

Un'altra attività svolta fin dai primi mesi di vita dell'OPS dal gruppo di lavoro dei dirigenti dei servizi infermieristici riguarda il succitato obiettivo.

Nel considerare le modalità con cui dare una prima risposta a questo secondo obiettivo prioritario il gruppo ha ritenuto utile partire dall'analisi dei progetti sollecitati dalle note regionali e prodotti dalle Aziende nel febbraio 2002.

L'Accordo sulle risorse finanziarie aggiuntive della Regione Lombardia per il personale non dirigenziale del comparto per il biennio 2000-2001, andava a prevedere la distribuzione di nuove risorse economiche sulla base di progetti aziendali d'interesse regionale sviluppabili in aree predefinite dall'accordo stesso. Un'area riguardava: **progetti di ricerca e sperimentazione per un innovato utilizzo delle risorse umane e definizione dei ruoli delle nuove figure dell'operatore socio-sanitario, delle posizioni organizzative, e delle nuove posizioni di dirigente sanitario previste dalla Legge 251/2000.**

L'obiettivo del Gruppo di Lavoro è stato quello di **evidenziare e sistematizzare le progettualità presenti nel territorio regionale, per diffondere i contributi in termini di idee e di esperienze utili alla definizione di nuovi modelli organizzativi per l'assistenza.**

I Progetti pervenuti alla Regione

Lombardia e analizzati sono stati 14 provenienti da 14 Aziende Ospedaliere operanti nel territorio regionale. L'eterogeneità nella struttura dei Progetti presentati ha comportato una certa difficoltà nella elaborazione delle informazioni, ovviata solo in parte dalla scelta di una metodologia di analisi che consentisse di evidenziare ed organizzare più livelli di informazione in loro contenuti.

Le conclusioni di questa prima analisi sono state presentate pubblicamente in occasione del convegno all'interno del MOSAN a novembre 2002 che ha ufficializzato la nascita dell'Osservatorio.

Gli elementi raccolti **evidenziano un ancora scarso consolidamento e riconoscimento delle posizioni di responsabilità infermieristica** che rispecchiano incertezze strutturali ancorate a modalità ormai obsolete di intendere la funzione del personale sanitario non medico nelle aziende; tutto ciò nonostante le chiare indicazioni nazionali e regionali volte ad applicare gli istituti contrattuali (riconoscimento delle posizioni organizzative) e nazionali (applicazione della Legge 251/00 con l'individuazione del Dirigente Infermieristico Aziendale). I dati confermano, anche se ciò non era tra gli obiettivi del gruppo di lavoro, una correlazione positiva tra la progettualità espressa e la presenza delle condizioni sopra citate.

Questo spaccato, ricordo, rappresentava la realtà organizzativa regionale dei primi mesi del 2002. A questa prima analisi l'Osservatorio ha fatto seguire un'ulteriore indagine effettuata esattamente un anno dopo attraverso l'invio di un **questionario nel febbraio 2003 rivolto ai responsabili/dirigenti dei SIA delle 15 ASL, 29 AO e 5 IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia.**

I dati sono stati raccolti con la finalità d'**evidenziare aspetti strutturali, organizzativi e gestionali della funzione infermieristica aziendale nel suo complesso all'interno del panorama regionale e nel contempo raccogliere anche informazioni**

**riguardanti le potenzialità d'inserimento delle nuove figure di supporto (OSS)** che andranno a modificare i modelli organizzativi e assistenziali. La percentuale di risposta ai questionari è stata del 100%.

I risultati di questa importante indagine sono stati presentati nel mese di ottobre u.s. ai Dirigenti/Responsabili dei S.I.T.R.A. e ai colleghi IPASVI Lombardi».

#### Esistono altre esperienze in altre regioni?

«Non possiedo informazioni esaustive in proposito, in alcune occasioni ufficiali (tavoli tecnici interregionali in preparazione della conferenza Stato-Regioni) ho potuto constatare che qualche regione ha una struttura con denominazione simile (Emilia Romagna) ma con composizione, funzioni e obiettivi diversi. Non ho avuto ancora disponibilità di tempo per fare un verifica a tappeto. Credo però che l'OPS della Regione Lombardia sia unico nel suo genere».

#### All'interno del necessario confronto sui vari "temi caldi" della professione fra Regione e Collegi Professionali, che ruolo riveste l'osservatorio?

«I temi "caldi" della professione infermieristica ovviamente interessano sia i Collegi sia l'osservatorio, ma è bene ricordare che gli ambiti d'intervento, sono diversi. L'OPS è uno strumento tecnico a supporto della politica regionale, mentre i Collegi hanno una valenza più di strumento di politica professionale. Esistono possibili sinergie, esistono obiettivi comuni, ma gli strumenti utilizzati e/o utilizzabili sono diversi.

I punti di vista professionali sono tanti e tali da richiedere una dovuta diversificazione degli ambiti d'intervento. L'OPS in quanto organo tecnico regionale si avvale quando lo ritiene necessario della collaborazione/consulenza di specifiche competenze sia in ambito strettamente disciplinare infermieristico sia di altre professionalità. I Collegi sono organi di politica professionale e in quanto tali è necessario che mantengano un sistematico confronto con l'OPS,

soprattutto per quanto riguarda alcune particolari tematiche che potrebbero modificare le scelte strategiche regionali con forti ricadute professionali; vedi ad esempio l'istituzione dell'OSS.

Per quanto riguarda gli attuali obiettivi perseguiti dall'OPS, in particolare quello riguardante l'analisi e la revisione dei modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica, il rapporto tra OPS e Collegi è di confronto/collaborazione, infatti i primi risultati scaturiti da un questionario somministrato ai responsabili dei Servizi infermieristici sono già stati trasmessi al Coordinamento regionale dei Collegi nell'ottobre u.s.

Il Coordinamento regionale dei Collegi può a sua volta attivare gruppi di lavoro tecnici su tematiche d'interesse comune e trasmettere eventuali risultati che saranno utilizzati dall'OPS nell'esercizio del ruolo istituzionale».

#### A proposito di "temi caldi": le Aziende Sanitarie sono state chiamate a ridefinire i propri assetti organizzativi e di funzionamento, i c.d. P.O.A., sulla base delle linee guida regionali (vedi pagine successive) pubblicate l'8 agosto u.s). In questo documento compare l'oramai famoso S.I.T.R.A.: ci potresti commentare questa decisione della Regione?

«Ci vorrebbe molto più spazio per commentare le vicende che hanno accompagnato la costruzione delle linee guida per i POA. L'OPS non ha formalmente partecipato al gruppo di lavoro regionale che ha prodotto tale documento, ma è stato coinvolto per un parere tecnico. È quindi chiaro che il capitolo riguardante il SITRA è stato concordato con l'OPS. Forse sarebbe bene definire "negoziato". Vi sono proposte che l'OPS elabora che nascono molto diverse da quelle definitivamente autorizzate. Per ragioni di spazio editoriale concludo dicendo che il SITRA è frutto di una proposta "negoziata" ma che soddisfa l'OPS in quanto rappresenta un'evoluzione del sistema attuale (documentata anche dal que-

stionario somministrato ai responsabili dei servizi infermieristici nel Febbraio 2003). Sta succedendo, però, qualcosa di strano in quanto da una parte il SITRA sembra non soddisfare le attese di alcuni dirigenti infermieristici e nello stesso tempo la stampa anche nazionale sta riportando posizioni polemiche di altre professioni (es: fisioterapisti) che accusano la Lombardia di sviluppare una politica totalmente a favore degli infermieri. Forse invece delle sterili polemiche si dovrebbe pensare agli sforzi fatti per giungere a questo traguardo, che se anche non si può considerare finale è sicuramente una tappa intermedia importante nell'attesa che maturino i tempi per chiedere e ottenere un livello superiore».

#### Tra i dati in tuo possesso esiste la possibilità di comprendere più a fondo la questione "emergenza infermieri"? C'è davvero? Di che emergenza si tratta? Puoi indicarci qualche dato significativo?

«Com'è già stato scritto nel primo documento ufficiale dell'OPS (15 ottobre del 2002) nessuno nega una mancanza di personale infermieristico sul territorio regionale, dovuta sia alle nuove regole del sistema formativo, sia alla mancanza di un'adeguata valorizzazione della professione che ha caratterizzato il recente passato. Un altro nodo cruciale è però rappresentato da un mancato "svecchiamento" dei modelli assistenziali, che sono strutturati per assorbire risorse anche esagerate in quanto provocano un utilizzo improprio della professionalità infermieristica (e non solo) e conseguentemente sono una forte fonte di demotivazione professionale e disincentivazione alla scelta formativa. Spesso la carenza è solo un sintomo di una patologia organizzativa che, se corretta, potrebbe non dico annullare ma almeno ridimensionare i numeri dichiarati da più parti in questi ultimi anni».

#### Esiste un fenomeno emergente all'interno della professione infermieristica, che è l'avanzare delle forme di lavoro autonomo. Ci puoi fornire alcuni dati sui liberi professionisti per capire se questa sensazione è vera?

«Credo che qualche dato potremo averlo, quando il sistema FLUPER funzionerà a regime e alimenterà la Banca dati dell'Osservatorio, anche recuperando tutte le informazioni del privato. Allo stato attuale però posso affermare che non mi preoccupa il fenomeno del lavoro autonomo in quanto tipologia d'erogazioni di prestazioni di un professionista inserito nel mercato anche disancorato da un'organizzazione aziendale, segno d'evoluzione della professione stessa. Mi preoccupa invece il fenomeno che pare stia prendendo piede nella nostra regione del doppio lavoro spesso non autorizzato e incompatibile con la tipologia del lavoro dipendente (tempo pieno). Questo fenomeno, sommerso fino ad ora, comincia ad essere evidenziato da procedimenti disciplinari che le aziende stanno mettendo in atto in questi casi. Tale fenomeno comporta una serie di rischi non solo inerenti le ricadute giuridiche e sanzionatorie ma anche e soprattutto la qualità dei servizi erogati».

**Un'ultima domanda sul futuro, quali sono i progetti, le priorità che l'Osservatorio intende perseguire?**

«Tutti gli sforzi dell'Osservatorio sono ora concentrati sulla sperimentazione che partirà entro fine anno in 17 Aziende pubbliche e private della regione, progettata e guidata dall'OPS, riguardante l'elaborazione di una proposta di modello organizzativo dell'assistenza infermieristica per Inserimento del Personale di supporto (OSS).

Il progetto scaturisce dai seguenti presupposti:

- Impegno assunto dalla Regione Lombardia in merito all'istituzione e formazione delle nuove figure di supporto (O.S.S.) e alla definizione dettagliata delle competenze (DGR 5428 del 6/7/01), **quale elemento indispensabile del processo di valorizzazione delle professioni infermieristiche e sanitarie.**
- Sottoscrizione dell'accordo con le OO.SS. Regionali in data 22 otto-

bre 2002 riguardante "Inserimento lavorativo del personale con qualifica d'OSS" e conseguente necessità di governare tale inserimento nell'attività assistenziale secondo una modulazione più aderente alle effettive necessità assistenziali e salvaguardando la qualità dell'assistenza infermieristica.

- **Necessità improrogabile di ridefinire nuovi modelli organizzativi/assistenziali che rispondano da un lato alle nuove aspettative di sviluppo professionale degli infermieri e professionisti sanitari in genere (valorizzazione del ruolo), e dall'altro dall'esigenza di riprogettare spazi operativi per il personale di supporto al fine di trasformare l'impegno regionale in merito all'istituzione e formazione di tali operatori in un'opportunità di sviluppo**

### **professionale a livello operativo degli infermieri.**

La sperimentazione partirà dall'utilizzo di una griglia d'analisi che permetta di misurare il livello di complessità dell'intervento infermieristico e il correlato utilizzo di personale di supporto. Dall'elaborazione dei dati raccolti, al termine della stessa, si procederà alla formulazione di **linee guida da distribuire su tutto il territorio regionale al fine di modulare la percentuale d'utilizzo del personale OSS, in relazione alla complessità dell'intervento infermieristico richiesto nelle diverse aree operative.**

Le Aziende scelte dalla Regione che parteciperanno alla sperimentazione seguiranno lo stesso percorso metodologico per rendere confrontabili i risultati della sperimentazione stessa».

**IID ADRIANA ALBORGHETTI  
DIRIGENTE SANITARIO RESPONSABILE SITRA  
AO BOLOGNINI DI SERIATE BG**

**RESPONSABILE OSSERVATORIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
REGIONE LOMBARDIA - UO PROGRAMMAZIONE DGS**

#### *BREVE CURRICULUM PROFESSIONALE*

DAL LUGLIO 1982 A NOV. 1993	OSTETRICA USSL N. 26
DA NOV. 1993 A MARZO 1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OPERATORE PROFESSIONALE DIRIGENTE - DIRETTORE DIDATTICO SCUOLA II.PP. USSL N.65 SESTO SAN GIOVANNI MILANO</li> <li>• OPERATORE PROFESSIONALE DIRIGENTE - CSSA USSL N. 65 SESTO S.GIOVANNI</li> <li>• RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO AZIENDA USSL N. 31 CINISELLO B.</li> </ul>
DA MARZO 1997 A DICEMBRE 1998	OPERATORE PROFESSIONALE DIRIGENTE - CSSA UFFICIO INFERMIERISTICO A.O. SAN GERARDO MONZA
DAL 1.1.99 AL 1.03.02	OPERATORE PROFESSIONALE DIRIGENTE - RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO AZIENDALE A.O. BOLOGNINI SERIATE (BG)
DAL 1.03.02 A TUTT'OGGI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIRIGENTE SANITARIO (L 251/00) RESPONSABILE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO AZIENDALE</li> <li>• DIRIGENTE SANITARIO CONVENZIONATO (PART-TIME), PRESSO REGIONE LOMBARDIA, DIREZIONE GENERALE SANITÀ, U.O. PROGRAMMAZIONE IN QUALITÀ DI RESPONSABILE DELL'OSSERVATORIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE</li> </ul>

## Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia

Regione Lombardia – Stralcio della Deliberazione Giunta Regionale 8 agosto 2003 – n. 7/14049

### S

... omissis 10.3.2

ervizio Infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale.

Il Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale (S.I.T.R.A.) è una struttura a valenza Aziendale, dotata d'autonomia gestionale, che opera "in line" alla Direzione Sanitaria aziendale. Il S.I.T.R.A. è una Struttura titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto che operano nell'Aziende Ospedaliera; si propone di assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti/clienti garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

Il Dirigente Sanitario Responsabile del S.I.T.R.A. è un operatore appartenente

alle professioni di cui alla legge 251/00 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente.

È nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura selettiva, ai sensi dell'art. 7 della legge n. 251/00, con il conferimento di un incarico triennale rinnovabile.

Il Dirigente del S.I.T.R.A. collabora con gli altri membri della Direzione Strategica.

Il servizio è articolato in:

funzioni in line: Responsabili Infermieristici di Presidio (laddove previsti); Responsabili Infermieristici e Tecnici di Area Dipartimentale; Coordinatori di Struttura Complessa (Caposala – Capostetrica – Capotecnico);

funzioni in staff: Responsabile Ricerca Formazione e Sviluppo.

Si individuano le seguenti funzioni:

- partecipazione al processo di budget per quanto attiene alla definizione e alla attribuzione delle risorse infermieristiche ed assistenziali in relazione agli obiettivi fissati;

- progettazione e sviluppo di modelli organizzativi assistenziali, innovativi coerenti con l'organizzazione aziendale;
- individuazione dei fabbisogni di risorse infermieristiche, tecniche ed assistenziali;
- definizione dei criteri per la gestione del personale relativamente a: selezione, accoglimento, inserimento, valutazione, sviluppo e mobilità del personale;
- analisi del fabbisogno formativo, definizione di piani formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali;
- partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema informativo aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi alle attività infermieristiche, tecniche e riabilitative;
- definizione dei sistemi di verifica e di indicatori delle prestazioni infermieristiche tecniche e riabilitative e delle attività alberghiere;
- partecipazione all'elaborazione e all'implementazione dei progetti relativi alla qualità e alla ricerca sull'assistenza infermieristica tecnica e assistenziale;
- partecipazione alla definizione degli indirizzi concernenti l'applicazione del contratto di lavoro, l'identificazione di sistemi premianti ed un sistema di valutazione delle prestazioni professionali.

## Rapporto tra cultura e patologia malformativa: il diverso nella diversità culturale. Modalità di risposta in t.i.n.

Inf. G. Colombo, inf. C. Ceccarello, inf. D. Colombo  
U.O. di Terapia Intensiva Neonatale Az. Ospedaliera S. Anna - Como

### L

a tematica del confronto con le diverse culture riveste un significato quanto mai di attualità all'interno di ogni singola U.O., in particolare in Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.) dove i destinatari dell'assistenza infermieristica non sono solo i singoli neonati

ma tutti gli appartenenti al nucleo familiare che rappresenta per l'infermiere la reale possibilità di identificazione della cultura di appartenenza. Intendiamo affermare che lo scopo della nostra ricerca non è quello di dare risposte certe ai vari quesiti che sono sorti e non può

rivestire una valenza scientifica non avendone le prerogative necessarie, ma semplicemente di migliorare concretamente le modalità di risposta infermieristica ai neonati e alle loro famiglie.

Assume dunque importanza considerevole definire che cosa è la cultura. "La **cultura** di una società comprende forme di ordinamento quali la costituzione, le istituzioni, gli usi e i costumi, le forme linguistiche e simboliche dell'interpretazione degli uomini, della tradizione orale fino agli ordinamenti giuridici scritti e alle arti liberali". Manara citando C. Taylor definisce "la **cultura** come quel complesso unitario che include la conoscenza, le credenze, l'arte, la

morale, le leggi e ogni altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo come membro di una data società". Sempre Manara afferma che "la **cultura** è una caratteristica intrinseca della natura umana, fatta dall'uomo e per l'uomo, verso il quale assolve una triplice funzione di adattamento all'ambiente, di socialità, di formazione della singola identità personale. La cultura svolge inoltre una funzione sociale essenziale creando un universo simbolico e mentale fatto di azione, di maniere di pensare e di agire, di credenze".

"Il contesto culturale del mondo occidentale entro cui viviamo, dunque entro cui l'infermiere si trova ad operare, cioè la condizione del sapere nelle società più sviluppate, risente delle trasformazioni subite dalle regole dei giochi, delle scienze, della letteratura e delle arti a partire dalla fine del XIX secolo. Infatti, negli ultimi decenni è aumentato nelle società più sviluppate un cambiamento della condizione del sapere che è caratterizzato dalla crisi delle narrazioni e dal sopravvento di un sapere di tipo tecnico-scientifico". "Queste trasformazioni hanno condizionato anche l'identità culturale degli infermieri di oggi che si trovano a confrontarsi sempre più frequentemente con culture molto dissimili".

Partendo dunque dalla disamina del concetto di cultura, si evidenzia come quest'ultima determina la considerazione delle tematiche relative ai vari aspetti della vita e condizionano le modalità di comportamento. In particolare, riferendosi ai valori relativi alla considerazione della maternità, del ruolo e delle aspettative ad essa legate, della nascita e dell'eventuale presenza di patologia malformativa, dei rituali legati alla nascita e alla morte.

"In prima analisi ci siamo preposti di stabilire se esistano riferimenti precisi di carattere scientifico e normativo per definire chi viene considerato **neonato malformato**. La nostra ricerca ha avuto esito negativo, tuttavia l'aiuto di un dismorfologo ci ha consentito di venire a conoscenza del fatto che esiste una distinzione tra il neonato con alterazioni cromo-

somiche e o organiche intrinseche anatomiche e funzionali, il neonato che presenta invece delle deformazioni legate a forze meccaniche che hanno agito in utero (posture, masse esterne) e il neonato che presenta delle semplici varianti dalla norma. Da quest'analisi emerge che il primo gruppo di neonati citati richiede un iter diagnostico spesso lungo e difficile ma che tutti e tre i gruppi, anche in relazione all'appartenenza a culture diverse, potrebbero evidenziare complesse modalità di manifestazione dei bisogni di assistenza infermieristica e richiedere quindi un approfondimento ulteriore nell'attuazione della risposta infermieristica. Il neonato affetto da patologia malformativa è comunemente considerato come **diverso**; il significato etimologico del termine diverso viene espresso dal vocabolario della lingua italiana come "differente da, che non è simile". "Anche il diffondersi nella società moderna del culto per la bellezza e per l'efficienza rende sempre più difficile l'accettazione di persone che non rispondono a canoni di normalità".

Inoltre occorre dare a questo termine una valenza più ampia tenendo in considerazione il significato che gli viene attribuito dagli operatori sanitari, in particolare dagli infermieri, e dai genitori di un neonato. Per gli infermieri, "l'incontro con la diversità", se rispetto alla patologia malformativa non dovrebbe costituire una discriminante, rispetto alla diversità culturale "potrebbe portare ad attivare naturali meccanismi di difesa verso ciò che è sconosciuto. È allora importante prima di tutto riflettere sulle reazioni che provoca l'incontro con chi è diverso da noi, e incominciare a rendere lo sconosciuto meno sconosciuto e più noto". Secondo Andrews e Boyle, "Ogni volta che interagisci con clienti in contesti ambientali (ospedali, ambulatori, comunità) c'è una rete complessa di fattori che influenza il vostro rapporto. Poiché ogni persona è un essere culturale, tutte le relazioni infermiere/cliente sono di conseguenza transculturali".

"Per i genitori, invece, la nascita di un neonato malformato comporta:

- La presa di coscienza che il figlio reale non corrisponde all'immagine del figlio a lungo desiderato.
- Sarà necessario quindi per loro rendersi conto che dovranno prendersi cura di un neonato **diverso** che dovrà diventare l'oggetto del loro amore".

La nostra esperienza nell'assistere neonati con patologia malformativa, di famiglie appartenenti a culture diverse dalla nostra ci ha fatto riflettere sulle modalità di risposta che deve rivestire i canoni della personalizzazione. "Il problema della diversità culturale dell'assistito è connotato dalla dimensione soggettiva del bisogno d'assistenza infermieristica. Il concetto di diversità e quindi d'unicità della persona è confermato anche nel Modello delle Prestazioni Infermieristiche di M. Cantarelli che noi intendiamo adottare come modello concettuale di riferimento e che definisce "una persona unica con proprie caratteristiche". Ma l'infermiere che non ha la conoscenza di tutte le culture con quali strumenti può ampliarla? Quello più immediato e facilmente reperibile è quello del colloquio con i mediatori culturali rappresentanti le culture che più frequentemente afferiscono al nostro centro T.I.N.

Siamo consapevoli che il colloquio ha dei limiti in quanto può essere influenzato da vissuti, esperienze e caratteristiche della personalità del mediatore culturale ma rappresenta l'unica risorsa sempre disponibile e di immediata consultazione anche nella fase operativa.

Le culture prese in considerazione sono quella Araba, dei paesi dell'Africa Occidentale e quella Cinese. Durante il colloquio abbiamo formulato loro delle domande relative a valori, credenze, usi e costumi tipici della loro cultura. Esporremo ora i principali elementi che potrebbero essere determinanti ai fini di evitare pregiudizi e indurre cambiamenti nell'erogazione delle prestazioni infermieristiche.

Gli elementi emersi dal colloquio con le mediatrici culturali sono:

**per la cultura araba** (la mediatrice culturale proviene dal Marocco):

- ❑ L'inizio della vita coincide con il momento in cui la donna sa di attendere un figlio. È importante il rito religioso dell'imposizione del nome che avviene in 7a giornata. Se un neonato è affetto da patologia malformativa avrà caratteri di maggior intimità per proteggere il bambino dagli "sguardi di pietà".
- ❑ La nascita è importante, anche se il neonato è affetto da patologia malformativa perché permette la realizzazione della maternità per la donna.
- ❑ La gestione del neonato è prevalentemente affidata alla mamma e alle donne appartenenti alla famiglia materna.
- ❑ Il sesso del nascituro non è discriminante in alcuni paesi, maggiormente in altri (Medio Oriente)
- ❑ La patologia malformativa è più difficilmente accettata dai padri
- ❑ Non esiste aiuto di organismi istituzionalmente preposti
- ❑ Notevole sfiducia nelle strutture sanitarie pubbliche dei paesi di origine
- ❑ L'infermiere è visto nei paesi di origine come una figura che fa da tramite con il medico, è facilmente corruttibile. Nel nostro paese è visto spesso come portatore di pregiudizi nei loro confronti
- ❑ Viene utilizzata la medicina alternativa
- ❑ In caso di morte del neonato, vengono effettuati dei riti particolari legati a questo momento. È importante disporre di un ambiente appartato
- ❑ È utile l'aiuto di associazioni che agevolino il rimpatrio delle salme dei bimbi deceduti in Italia

#### Per la cultura dei paesi dell'Africa occidentale (la mediatrice culturale proviene dal Ghana):

- ❑ Il momento dell'inizio della vita è diverso a seconda della religione d'appartenenza in quanto esiste una molteplicità elevata di credo religiosi
- ❑ La gestione del neonato è lasciata, oltre che alla madre, all'intera famiglia e a conoscenti e amici
- ❑ Rispetto alla patologia malformativa, alcuni gruppi etnici danno interpretazioni rispetto al credo

religioso di appartenenza

- ❑ Il sesso non è discriminante
- ❑ Spesso i mariti abbandonano le mogli. Viene, a volte, attribuita la colpa alla donna per la patologia malformativa. La mamma si trova sola a gestire il neonato
- ❑ Importante, per la mamma, la presenza dopo il parto della nonna materna o paterna
- ❑ L'aiuto viene dato dalle famiglie di amici, a volte, da quella materna; non c'è aiuto da parte degli organismi istituzionalmente preposti
- ❑ In caso di morte del neonato, la gamma di comportamenti è molto vasta e dipende dal credo religioso di appartenenza. Spesso i parenti desiderano accompagnare il neonato in obitorio
- ❑ L'infermiere, nei paesi d'origine, è visto come una figura che spesso "dà giudizi", colpevolizza i genitori, nella nostra realtà come una figura che "non ascolta"
- ❑ Viene utilizzata la medicina alternativa

#### Per la cultura cinese (la mediatrice culturale è italiana)

- ❑ Il momento dell'inizio della vita coincide indicativamente con la nascita.
- ❑ Vengono riservate più attenzioni alla mamma rispetto che al neonato, sia in gravidanza, sia dopo il parto, anche per quanto riguarda la dieta. La puerpera ha diritto a 40 giorni di riposo
- ❑ Del neonato si occupa tutto il clan familiare, più frequentemente da parte materna, per lasciare riposo alla mamma.
- ❑ Si predilige il sesso maschile, nel nascituro; esiste, in Cina, l'indicazione piuttosto prescrittiva da parte dello Stato ad avere il "figlio unico"
- ❑ Le aspettative durante la gravidanza sono di un figlio sano
- ❑ Quasi sempre il neonato malformato viene abbandonato alla nascita
- ❑ Non c'è sostegno alla famiglia da organismi istituzionalmente preposti.
- ❑ Esistono pochissime strutture sanitarie private

- ❑ Si può fornire sostegno alla famiglia del neonato, offrendo la consulenza psicologica mediata dall'aiuto di persone di fiducia (mediatore culturale)
- ❑ Non ci sono aspetti particolari rispetto alla figura dell'infermiere. C'è maggior considerazione dell'infermiere più anziano rispetto al giovane.
- ❑ Non vengono eseguiti riti particolari in caso di nascita e di morte
- ❑ Più le persone invecchiano, più vengono tenute in considerazione
- ❑ La bellezza è un valore importante ed è un dato oggettivo. Vengono fatti notare direttamente eventuali difetti fisici in modo oggettivo, ma non critico. Più una persona ha carnagione chiara, più è bella
- ❑ Viene utilizzata la medicina alternativa

I colloqui con i mediatori culturali hanno rappresentato un valido aiuto per individuare in parte la risposta infermieristica che deve considerare l'unicità dell'uomo anche in quanto appartenente ad un'identità culturale ben definita. Secondo Manzoni "l'assistenza infermieristica ha una grossa componente culturale, o meglio, è di fatto un evento culturale". Sia dunque l'infermiere che l'assistito sono portatori della propria identità culturale. Se da un parte l'infermiere **non deve avere un atteggiamento di chiusura nei confronti dell'identità culturale dell'assistito, dall'altra non deve rinunciare alla propria:** deve saper individuare le differenze e svolgere un ruolo di mediatore tra l'identità culturale dell'assistito e i principi che regolano la professione infermieristica. Come afferma Manara "si tratta di valutare ogni volta e, soprattutto, in base a quali criteri, tali differenze costituiscono motivo di lecita tolleranza o intolleranza". E ancora Manzoni afferma che "non avrà successo alcuna proposta di assistenza infermieristica che provoca conflitto culturale". Entrando nel vivo dell'attuazione della risposta infermieristica, possiamo affermare che gli strumenti che ne stabiliscono le caratteristiche sono da ricercare nei riferimenti nor-

mativi, etici e deontologici. Per i riferimenti normativi, in primis la ormai nota **legge 26/2/1999 n° 42** che identifica le caratteristiche per definire chi è l'infermiere e "gli affida una responsabilità totale per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica". Assunzione di responsabilità significa anche "capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito mantenendo un comportamento congruo e corretto attenendosi al rispetto dei presupposti scientifici delle attività e delle funzioni proprie: rispetto di norme di riferimento (penali, civili, amministrativo-disciplinari, etiche); rispetto di valori etici condivisi ed indicazioni che derivano dalla coscienza morale.

Proseguendo:

□ **legge della regione Lombardia 8/5/1987 n° 16:** "la tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale"

□ **legge della regione Lombardia 16/8/1988 n° 48:** "norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali"

□ **carta dei diritti dei bambini e delle bambine in ospedale** promulgata dall'U.N.E.S.C.O.,

□ **articolo n°32 della Costituzione italiana**

□ **decreto-legge 25/7/1998 n°28,** meglio conosciuto come legge Turco-Napolitano

Il riferimento deontologico è costituito dal **Codice Deontologico dell'infermiere**, con particolare riferimento agli articoli:

□ **articolo n° 1: Premessa,** ai commi n°1-1/ 1-3

□ **articolo n° 2: Principi etici della professione,** ai commi n°2-4/ 2-5/ 2-6

□ **articolo n° 3: Norme generali,** al comma n° 3-4

□ **articolo n° 4: Rapporti con la persona assistita,** ai commi n° 4-2 /4-3 /4-4/ 4-5/4-15/ 4-16

Oltre al Codice Deontologico un ulteriore riferimento è costituito dai quattro fondamentali principi dell'etica (stabiliti da Commissione Salute Europea-1996) citati da Lusignani che rappresentano una valida guida

sia in condizioni di normalità ma soprattutto in caso di conflitto con l'assistito e sono:

□ **principio di benevolenza**

□ **principio di non malevolenza**

□ **principio del rispetto per la dignità e l'autonomia dell'individuo**

□ **principio di giustizia**

Avendo analizzato i riferimenti teorici che l'infermiere deve tenere presenti per l'attuazione della risposta, andiamo ora a prendere in esame l'aspetto operativo che può essere suddiviso in due momenti:

il **primo** riferito alla fase della raccolta-dati che "è stata considerata come la *conditio sine qua non* per ogni forma di personalizzazione" che pur essendo una fase precedente all'attuazione della risposta ne determina alcune caratteristiche. Gli strumenti che l'infermiere può utilizzare, sono:

□ Aiuto di un interprete

□ Aiuto di un mediatore culturale al fine di poter evidenziare tramite l'ascolto e il colloquio con i genitori le caratteristiche della manifestazione dei b.a.i..

□ Presenza di persone di riferimento importanti per la famiglia del neonato

□ Possibilità di avvalersi della consulenza di un infermiere esperto di infermieristica interculturale. L'infermiere, infatti, in base alla nostra esperienza, dovrebbe avere conoscenze infinite rispetto alle molteplici problematiche legate all'assistenza infermieristica proprio perché, consci dei nostri limiti, vogliamo sottolineare l'importanza del confronto con colleghi esperti;

il **secondo** riferito alla fase operativa che può essere suddiviso in due parti: la prima di esclusiva attuazione in piena autonomia e che implica:

□ Capacità di tenere, come precedentemente affermato, un comportamento congruo e corretto e quindi mettendoci in evidenza come professionisti al fine di evitare, da parte loro, pregiudizi nei nostri confronti.

□ Sensibilizzazione all'apertura del confronto culturale attraverso la discussione della tematica viste le

difficoltà legate alla scarsa conoscenza dell'argomento ai fini di non formulare giudizi relativi ai comportamenti dei genitori.

□ Maggiore apertura del gruppo infermieristico alle persone di riferimento per i genitori dei neonati ricoverati in rapporto alla cultura e quindi anche al credo religioso di appartenenza

□ Possibilità di permettere ai genitori pratiche assistenziali rivolte al proprio neonato purché in rispetto dei principi etici sopra enunciati

□ Possibilità di creare spazi riservati, considerando i limiti legati alla struttura, per l'attuazione di riti particolari (es. legati alla nascita e alla morte del neonato) nel rispetto della privacy.

□ Fornire il sostegno di interprete, mediatori culturali, assistente sociale, psicologo.

La seconda di attuazione in parziale autonomia, che vuole essere una proposta provocatoria nel senso di voler suscitare la discussione all'interno dell'intero gruppo di medici e infermieri dell'U.O. e in sede di comitato etico relativa alla possibilità di introdurre e utilizzare la pratica delle medicine alternative nel rispetto delle normative vigenti in materia sanitaria.

Sicuramente queste proposte susciteranno le reazioni più disparate e saranno di difficile attuazione, "una strada in salita", ma rappresentano, secondo noi, la qualità dell'assistenza infermieristica ai neonati con patologia malformativa appartenenti ad altre culture.

Ci sentiamo perciò di affermare che, se pur limitatamente alle nostre capacità, siamo convinti di aver recepito il significato più vero dell'assistere che Manzoni così definisce: "Assistere deriva da un verbo composto del tardo latino, **ad-sistere**, e lo traduciamo, oggi, con il significato di **stare vicino**" e ancora: "L'assistenza infermieristica vuole assistere l'Uomo e l'uomo. Attraverso lo studio e la ricerca cresce nella capacità di stare vicino all'Uomo come genere; attraverso i metodi e gli strumenti applicati nella prassi cresce nell'abilità di stare vicino all'uomo particolare".

## BIBLIOGRAFIA

- P. Koslowski: La cultura postmoderna Vita e pensiero. 1991
- G. Colombo -G. Gatto: L'influenza della cultura sulla manifestazione dei bisogni di assistenza infermieristica in T.I.N. Riflessioni sulla risposta infermieristica. V Incontro "Insieme per crescere"- Abano Terme 29/30 Novembre 1 Dicembre 2000 Atti convegno
- D.F. Manara: Il nursing transculturale. Eguaglianza, disuguaglianza, differenza, in Luca Benci, ed, Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, McGraw Hill Italia, Milano, 2001, pp. 529-549.
- D.F. Manara: L'infermieristica interculturale, in Nicola Pasini, ed Immigrazione salute; le questioni emergenti, Fondazione Ciriolo I.S.M.U. Quaderni I.S.M.U.
- J.F. Liotard: La condizione postmoderna. Feltrinelli 1999
- G. Colombo - G. Gatto - F. Lazzari: Il bisogno di comunicazione del neonato malformato: difficoltà legate al Soddisfacimento. V Convegno nazionale per l'aggiornamento e la formazione permanente infermieristica neonatale. Stresa 23/35 Giugo 1999 Atti Convegno
- N. Zingarelli: Vocabolario della lingua italiana. Zanichelli ed.
- Corso di aggiornamento su: Comunicazione della diagnosi in neonatologia. Il neonato con malformazione inaspettata. Como Villa Olmo. 25/11/1995
- F. Capotosto, C. Piazza: Affrontare il pregiudizio
- M. M. Andrews, J.S. Boyle: Transcultural concept in nursing care. Lippincott, 1998
- F. Mazzoleni: L'assistenza infermieristica nella società multiculturale
- M. Cantarelli: Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano, Masson 1997
- E. Manzoni: Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica. Milano, Masson 1996
- Legge Regionale Lombardia 8 maggio 1987, N 16: La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale.
- Legge Regionale Lombardia 16 settembre 1998 N 48: Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali
- Carta dei Diritti dei Bambini e delle bambine in Ospedale U.N.E.S.C.O.
- Decreto legge 25/7/1998 N 286: Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero
- M. Lusignani, B. Mangiacavalli, M. Casati: Infermieristica generale e organizzazione della professione. Milano, Masson 2001

## News from the web

A cura di IPAFD Paola Pozzi - Consigliere Collegio IPASVI Como

 vero novità dalla rete. Continua la segnalazione e info di link infermieristici e sanitari di interesse.

### LINK INFERMIERISTICI MONDIALI

- Nursing Standard sito inglese di ricerca infermieristica
- American Nurses Association contenuti full-text all'avanguardia

### LINK INFERMIERISTICI ITALIANI:

<http://web.tiscali.it/no-redirect-tiscali/mlcbrown/index.htm>

Nursing di Maria Luisa Canna. Aperto ai contributi degli altri infermieri, con informazioni giuridiche, scientifiche, lavorative, sindacali, documenti, articoli dall'Italia e dall'estero.

<http://www.nursesarea.it/>  
NursesArea.

Storico sito di infermieristica con banca dati bibliografica.

<http://www.infermieredellatuscia.it/framesuperiorehomepage.htm>  
L'infermiere della Tuscia.

Utile per la formazione professionale e divulgativo (ha tra i suoi destinatari anche il cittadino).

<http://www.nurse3000.it/>  
Nurse3000.it.

Linee guida, piani di assistenza, pubblicazioni, forum, tesi DU.

<http://www.hits4me.com/topsite2.asp?MID=124301&votenm=-116893904>

Top 50 Italian Sites.  
Scelta di siti.

### ALTRI SITI MERITEVOLI DI SEGNAZIONE:

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

Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. Utile per l'aggiornamento professionale. All'interno, degni di nota per particolari contenuti:

[Collegio ipasvi di Gorizia](#)  
Per le esigenze formative.

[Collegio ipasvi di Roma](#)  
Per i contenuti dinamici.

[Collegio ipasvi di Macerata](#)  
Per i contenuti dinamici.

### [Collegio Ipasvi di Parma](#)

Contiene il codice deontologico, il patto infermiere cittadino, il giuramento dell'infermiere, la legislazione professionale, link infermieristici.

### [Collegio Ipasvi di La Spezia](#)

Pubblicazioni infermieristiche interessanti, link.

<http://www.cnai.info>

Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri

Con aggiornamenti ECM e collegamento A International Council of Nurses

La federazione di associazioni nazionali di infermieri rappresentanti infermieri di più di 120 nazioni, che opera per assicurare cure infermieristiche di qualità, giuste politiche sanitarie ovunque ed una forza infermieristica competente e soddisfatta.

### LINK INFERMIERISTICI SPECIALISTICI:

#### [Nursing up](#)

Sito dedicato al rinnovamento sindacale infermieristico.

#### [Area critica.Org](#)

Opportunità formative, eventi, occasioni d'aggiornamento per operatori di area critica.

#### [It-Uro](#)

Infermieri italiani di urologia.

Renalgate

L'infermiere, il paziente, la nefrologia.

Infermiere di sala operatoria

Con siti web infermieristici, anestesia e rianimazione, non solo nursing, ricerca infermieristica.

Pagina infermieristica di Nello Ruocco

Tutto sull'emodialisi.

Professione infermiere

All about nursing.

Pronto soccorso

Emergenza sanitaria in ambito territoriale e di area critica.

A.I.O.S.S.

Associazione italiana operatori sanitari stomatoterapisti.

Chirurgia toracica per infermieri

Dedicato agli infermieri di chirurgia toracica.

www.anmco.it

Pagina infermieristica dell'associazione medici cardiologi ospedalieri. Area di particolare interesse infermieristico ed attività congressuale.

Luciano Urbani

Esperienze e ricerche infermieristiche ed un po' di fotografia.

Museo dell'assistenza infermieristica di Bologna, dove sono raccolte testimonianze di diverse tipologie infermieristiche nel contesto storico culturale bolognese che costituiscono il primo nucleo storico della memoria storica della professione stessa.

**RIVISTE INFERMIERISTICHE ON LINE:**

- Caregiver la rivista per tutti i caregivers
- America journal of Nursing
- Online Journal of issues in nursing
- For nurses by nurses
- Enfermeria integral
- The center of case manager- management
- Internurse
- Medical-surgical nursing journal
- Online journal of issues in nursing

## Incontro del 16 ottobre tra liberi professionisti

Il 16 ottobre 2003 presso il centro "Cardinal Ferrari" si è tenuto un incontro tra liberi professionisti del Collegio di Como. L'occasione è stato l'imminente incontro con il presidente nazionale della cassa I.P.A.S.V.I.

Purtroppo, nonostante l'importanza del tema, dei circa 50 colleghi invitati, solo 18 erano presenti e solo due avevano giustificato la loro assenza. Nonostante ciò, possiamo affermare che questo è stato l'incontro più partecipato da quando la commissione sulla libera professione si è costituita, incontrandosi tutti i primi giovedì del mese.

Durante questo incontro è stata rilevata dalla maggioranza dei presenti la bontà della scelta di lavorare come liberi professionisti, intesa come maggiore soddisfazione concretamente riscontrabile nello svolgimento della professione, nei vari luoghi di lavoro. È stato quindi rilevato come questo modo di svolgere la professione dell'infermiere vada maggiormente pubblicizzata, partendo dalle sedi in cui sono formati i nuovi infermieri.

Da qui sono nate due proposte.

La prima: attraverso la pubblicazione sui quotidiani locali di una sorta di "manifesto del libero professionista" con la lista dei colleghi che, attraverso il questionario distribuito, ha aderito all'iniziativa, si vorrebbe far conoscere all'opinione pubblica questa figura, aumentando le possibilità di lavoro del professionista, garantendo il cittadino rispetto alla professionalità dell'operatore e favorendo chi lavora onestamente pagando le tasse su ciò che incassa.

La seconda: creare un opuscolo che permetta ad ogni collega di avere una chiara idea su quali siano i passaggi da fare per diventare un libero professionista, ed affiancarci anche un gruppo di "esperti" che lo possa aiutare in questi passaggi.

Oltre a ciò, durante la serata sono emersi anche alcuni quesiti riguardanti la cassa I.P.A.S.V.I., in particolare: la solidità economica della stessa, la possibilità del ricongiungimento dei contributi tra previdenza privata e previdenza statale, il possibile aumento dei contributi da parte della cassa, la contribuzione minima per il

godimento della pensione.

In conclusione, crediamo che la serata sia stata proficua ed in particolare ci abbia aperto la strada verso due grosse problematiche: allargare il numero dei liberi professionisti e renderli sempre più visibili presso la gente, i cittadini.

Per questo crediamo che la commissione, da qui alla fine dell'anno, debba lavorare per dar vita a questo "manifesto del libero professionista", all'opuscolo sulla libera professione e ad un programma che ci permetta di essere visibili anche nelle facoltà dove si formano i futuri infermieri.

Viene da se che ogni libero professionista, dotato di spirito di sacrificio, disposto a trovare in qualche angolo della sua vita un po' di tempo da dedicare alla professione, e soprattutto che crede alla scelta intrapresa È VIVAMENTE INVITATO A PARTECIPARE ALLA COMMISSIONE SULLA LIBERA PROFESSIONE, CHE S'INCONTRA OGNI PRIMO GIOVEDÌ DEL MESE, o in ogni modo è invitato a farci sapere che c'è e vuole portare il suo contributo.

Scusandoci per tutti coloro che non hanno saputo dell'incontro del 16 ottobre u.s. speriamo di avervi presenti già dal prossimo incontro presso la sede del Collegio in via Cesare Battisti a Como ogni primo giovedì del mese. Buon lavoro a tutti e a presto

## Infermiere in nero o sanità nera?

In merito agli ultimi articoli apparsi sul giornale "LA PROVINCIA" del mese di ottobre, in cui si parla e si mette in evidenza come le cooperative ricorrano sempre di più agli Infermieri che già hanno un posto fisso per coprire turni in altre strutture, vorrei iniziare questo articolo con una considerazione tanto ovvia quanto grave, dicendo che questo enorme problema non riguarda solo gli Infermieri ma tutto il settore sanitario. L'assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, deciso ad arrestare questo fenomeno dilagante, ha fatto scendere in campo i NAS che stanno ispezionando a tappeto le strutture ospedaliere della Lombardia, facendo emergere a macchia d'olio come questo sia un sistema tradizionale di intervento da parte di cooperative ma anche di strutture private e di ambulatori che pagando le prestazioni con tariffe molto basse e non versando gli oneri previdenziali, realizzano introiti maggiori rispetto ad altre strutture che lavorano regolarmente. Andando a monte del fenome-

no ed analizzando i contenuti di questo problema appare subito chiaro che l'Infermiere, facendo il lavoro, nero compie non uno ma svariati reati etici e deontologici nei confronti della professione:

- Ostacolo dello sviluppo della Libera Professione
- Concorrenza sleale
- Inadempimento degli obblighi fiscali
- Sottotariffazione delle prestazioni
- Mancanza di garanzie nei confronti della collettività

Detto ciò tengo a ribadire che la Federazione Nazionale ma anche il Collegio Provinciale di Como da anni combattono questo malessere, con un processo culturale che insegna all'Infermiere a lavorare con professionalità ed inculcando l'idea che una buona professione deve essere ben retribuita per ottenere il massimo di qualità in uscita. A me sembra che il problema della scarsa retribuzione sia un problema poco combattuto dalla categoria infermieristica che potrebbe effettivamente

ottenere molto di più, ma si muove poco, ed allora bisogna promuovere aggregazione con la priorità per ogni Infermiere di partecipare di più alle attività istituzionali, perché è in quella sede che si vede dove va la professione.

Ritornando al problema del lavoro nero (a parte le strutture che indiscriminatamente vi ricorrono per indole) si potrebbe supporre che le altre vi fanno ricorso perché le figure libero-professionali sul territorio Nazionale sono molto scarse numericamente.

Ecco che potrebbe ricorrere a favore dell'Infermiere dipendente la famosa formula dell'Intramoenia e dell'extramoenia che in passato ha risolto i problemi della categoria medica e che adesso potrebbe risolvere le faccende di casa nostra.

È una battaglia da poter iniziare? Allora, appunto, iniziamo a promuovere incontri o discussioni ognuno nel suo piccolo, iniziamo a studiare questa nuova formula di lavoro e vediamo che garanzie di stabilità può darci. Sicuramente darà dignità professionale alla nostra categoria, indispensabile per la sanità.

Collegio IPASVI Como  
Commissione Libera Professione  
I.P. MARINO CIRO

## Commissione formazione, sviluppo e ricerca

Cari Colleghi, come commissione formazione siamo molto contenti della risposta avuta da parte vostra ai corsi che quest'anno abbiamo organizzato. Il numero complessivo degli infermieri formati su varie tematiche è stato di 730, con una media di 12/13 crediti ECM attribuiti a ciascuno. Questa è la strada che vogliamo percorrere; di seguito in dettaglio ciò che insieme abbiamo fatto.

TAB 1 – Iniziative formative anno 2003

Titolo iniziativa	N. Edizioni Date inizio e fine	N. Posti disponibili	N. Partecipanti effettivi	n. crediti ECM
L'educazione continua in medicina: opportunità o rischio per gli operatori professionali sanitari dell'area infermieristica?	25 gennaio 2003	120	88	1 credito, per Infermieri, Infermieri Pediatrici
Pianificare, Coordinare e Delegare. L'infermiere nella realtà assistenziale in rapporto alle figure di supporto all'attività Infermieristica	27/28 gennaio 2003	30	29	16 crediti ECM, per Infermieri
Pianificare, Coordinare e Delegare. L'infermiere nella realtà assistenziale in rapporto alle figure di supporto all'attività Infermieristica	TRE edizioni Luglio, Settembre, Ottobre 2003	40 per edizione Tot. 120	119	13 crediti ECM, per Infermieri

Titolo iniziativa	N. Edizioni Date inizio e fine	N. Posti disponibili	N. Partecipanti effettivi	n. crediti ECM
Promozione della Qualità, della Sicurezza e della Salute all'interno dell'ambiente di lavoro In collaborazione con ...	QUATTRO edizioni Tra settembre e novembre 2003	50 ad edizione Tot. 200	183	12 crediti ECM, per Infermieri, Infermieri Pediatrici e ASV
Metodi e Strumenti della Ricerca Infermieristica. Corso di I livello	1 edizione nel 2003 25.10.03	100	89	6 crediti ECM per Infermieri, Infermieri Pediatrici e ASV
Implementare la Qualità In collaborazione con Centro Studi Fatebenefratelli Provincia Lombardo Veneta	2 Edizioni Ottobre e Novembre 2003	50 per edizione Tot. 100	94	16 crediti ECM per Infermieri, Infermieri Pediatrici e ASV
Per una S di troppo	1 edizione in concomitanza dell'Assemblea annuale Iscritti	Libera	NR	Senza crediti ECM
Corso di Inglese – livello elementare In collaborazione con ENAIP	1 edizione 13 ottobre – 24 novembre 2003	20	18	26 crediti ECM, per Infermieri, Infermieri Pediatrici e ASV
Corso di Inglese – livello intermedio In collaborazione con ENAIP	1 edizione 14 ottobre – 25 novembre 2003	20	20	29 crediti ECM, per Infermieri, Infermieri Pediatrici e ASV
Corso Base di Informatica In collaborazione con ENAIP	2 edizioni ottobre – Dicembre 2003	15 per edizione Tot. 30	30	23 crediti ECM, per Infermieri, Infermieri Pediatrici e ASV
Contenere la Contenzione. Il Bisogno i luoghi le responsabilità In collaborazione con AINS	1 edizione 28 novembre 2003	60	Da effettuare	6 crediti ECM per Infermieri
Corso Word avanzato In collaborazione con ENAIP	1 edizione Ottobre 2003	20	Queste iniziative formative non sono state attivate poiché non è stato raggiunto il numero minimo di partecipanti.	
Corso Microsoft Excel In collaborazione con ENAIP	1 edizione Ottobre - novembre	20		
Corso Internet Explorer e Power Point In collaborazione con ENAIP	1 edizione novembre 2003	20		
Incontro con Presidente e Direttore Generale Cassa di Previdenza IPASVI	15 novembre 2003	Libera	Senza crediti ECM	

## INIZIATIVE ANNO 2004

Per il prossimo anno abbiamo già il cantiere avviato. Il nostro impegno sarà quello di formare almeno 1000 persone e di affrontare temi e problemi di interesse. Sul prossimo numero di Agorà ci sarà un resoconto particolareggiato sul gradimento dei corsi e dei suggerimenti che ci avete scritto rispondendo ai questionari distribuiti al termine di ciascuna iniziativa, nonché il programma delle prossime iniziative formative.

Per l'anno che arriva abbiamo già programmato alcune iniziative:

- a gennaio il corso su "Lesioni Cutanee, un Problema Sanitario" indirizzato a 120 persone (per dettaglio vedi Agorà di settembre, n. 20)

- 2 edizioni del corso "Metodi e strumenti della Ricerca Infermieristica. I livello" a gennaio e febbraio 2004, per circa 200 persone (per dettaglio vedi Agorà di settembre, n. 20)
- 3 edizioni del corso "Pianificare, Coordinare e Delegare. L'infermiere nella realtà assistenziale in rapporto alle figure di supporto all'attività Infermieristica" (vedi più avanti) per un totale di 120 persone.
- La nostra intenzione è quella di continuare con i corsi di Informatica e di Inglese ritenendoli argomenti oramai irrinunciabili nel curriculum di un professionista. Il programma sarà sul prossimo Agorà.
- 2 edizioni del "Corso Metodi e

Strumenti della Ricerca Infermieristica. Il livello" indirizzato a 25 persone per edizione tra marzo e giugno 2004 (dettagli sul prossimo Agorà)

- Attivazione di una "Ricerca Infermieristica" entro la fine del 2004 costituendo un gruppo di ricercatori infermieristici tra coloro che hanno frequentato i corsi sulla ricerca di I e II livello previsti.

La commissione formazione, sviluppo e ricerca vi augura Buon Natale e Felice Anno Nuovo.

Un saluto a tutti e un arrivederci nel 2004...

## Pianificare, coordinare, delegare

L'infermiere nella realtà assistenziale in rapporto alle figure di supporto all'attività infermieristica

### RELATORI:

IID Emanuele Fumagalli  
IP Paolo Tettamanti

### 1ª GIORNATA

09.00-12.00

⇒ 1° Relazione: "Evoluzione della professione e pianificazione dell'assistenza" - Dibattito

⇒ 2° Relazione: "Responsabilità civile, delega, attribuzione di funzioni" - Dibattito

12.00-13.30

Pausa pranzo

13.30-16.30

Lavoro in gruppi "Pianificare l'assistenza"  
Discussione in gruppo su casi simulati

16.30-17.30

Revisione lavoro dei gruppi e conclusioni

### 2ª GIORNATA

09.00-12.00

⇒ 3° Relazione: "ASA, OTA, OSS Le figure di supporto e le loro competenze" - Dibattito

Lavoro in gruppi "Casi di rapporto operativo con ASA, OTA, OSS in attività extraospedaliera"

12.00-13.30

Pausa pranzo

13.30-15.30

Proseguimento del lavoro in gruppi

15.30-17.30

Revisione del lavoro dei gruppi e conclusioni

17.30-18.30

Questionario di verifica

Date di svolgimento

### 3ª Edizione

16/17 marzo 2004

Como – C.C. Ferrari viale C.Battisti 8

### 4ª Edizione

27/28 maggio 2004  
Gravedona

### 5ª Edizione

21/22 settembre 2004  
Como – C.C. Ferrari viale C.Battisti,8

Posti a disposizione:

36 per iscritti al Collegio IPASVI di Como  
4 per iscritti ad altri Collegi IPASVI

Destinatari: Infermieri

Costi:

iscritti al Collegio di Como € 50,00  
iscritti ad altri Collegi € 80,00

Data apertura iscrizioni: terza e quarta edizione mercoledì 4 febbraio 2004 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione sotto).

Data apertura iscrizioni: quinta edizione mercoledì 14 luglio 2004 e fino ad esaurimento posti

Crediti ECM n. 13 (vedi modalità di iscrizione sotto).

### INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

"Agorà", trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como, pubblica contributi inediti (ricerche, esperienze, indagini, approfondimenti, comunicazioni, informative professionali, ...) nel campo delle scienze infermieristiche generali e cliniche.

Il testo dei contributi deve essere dattiloscritto, possibilmente su file (formato Word) ed accompagnato da un breve riassunto (max 200 parole). Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità e vanno numerate progressivamente e/o accompagnate da didascalie. Vanno indicati con chiarezza il nome, cognome qualifica e l'indirizzo di riferimento dell'/degli autore/i.

Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo.

Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del comitato di redazione. Se lo riterrà opportuno, il comitato di redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i.

La pubblicazione dei contributi non prevede nessun costo per gli autori e parallelamente nessun compenso.

Gli articoli o contributi devono pervenire alla sede del Collegio I.P.A.S.V.I. Como, via Cesare Battisti, 8 su dischetto in formato Word, oppure via email all'indirizzo [info@ipasvicomo.it](mailto:info@ipasvicomo.it)

IL COMITATO DI REDAZIONE ringrazia fin da ora chiunque vorrà contribuire alla continuità e allo sviluppo della rivista.

## Modalità di iscrizione eventi formativi

- telefonicamente 031/300218, una telefonata max due iscrizioni;
- presso la segreteria negli orari di apertura (da lunedì a venerdì 9.00/12.00 – 14.00/17.00);
- inviare ENTRO 5 giorni dall'iscrizione telefonica il coupon allegato e fotocopia del versamento effettuato;
- le modalità di pagamento verranno comunicate al momento della prenotazione.

### COLLEGIO IPASVI COMO SCHEDA DI ISCRIZIONE PER EVENTI FORMATIVI

TITOLO EVENTO	
DATA	
COGNOME NOME	
INDIRIZZO	
RECAPITO TELEFONICO	
CODICE FISCALE	
QUALIFICA	COLLEGIO DI APPARTENENZA
SEDE DI LAVORO	
N. TESSERA	DATA DI ISCRIZIONE

**L'iscrizione all'evento deve essere prenotata telefonicamente.**

Solo dopo avere avuto conferma della disponibilità di posti, inviare la scheda, **entro 5 giorni**, unitamente alla copia del versamento della quota di iscrizione all'evento, al n. **031/262538**.