

N. 25

DICEMBRE
2004

Contiene I.R.

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



S o m m a r i o

- Editoriale
- Professione e responsabilità
- È evidente che...
- L'angolo sicurezza
- L'iscrizione al collegio:
la battaglia dei poveri
- A proposito di tfr
- News from the web
- Commissione esercizio
Assicurazione infortuni
Assicurazione r.c.
- Commissione formazione
Eventi formativi

Sanità, Devolution, LEA, infermieri e dintorni

I.I.D. Stefano Citterio

Vorrei partire da alcuni articoli che ho letto pubblicati sul Sole 24 Ore Sanità per formulare alcune osservazioni sull'attuale contesto sanitario.

Sono stati resi noti i costi dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza, per intenderci le prestazioni sanitarie garantite a tutti i cittadini sul territorio nazionale) del 2002, che hanno raggiunto quota 81,5 miliardi complessivi con un disavanzo (cioè maggiori costi) rispetto al fabbisogno di 4,81 miliardi. Interessante notare che l'equilibrio percentuale di spesa tra ospedale e territorio va assestandosi, rispetto al 2001, sui valori di riferimento indicati come ottimali (45%) per il primo, 49% per il secondo. Problemi invece per la prevenzione che con un valore ottimale indicato al 5% ha assorbito nel 2002 solo il 3,8% dei costi totali, peggiorando il dato del 2001. In sostanza della quota capitaria media di 1.409 euro anno (cioè il costo a cittadino annuo): 657 vanno all'Ospedale, 698 al territorio e circa 20 alla prevenzione (fonte Il Sole 24 Ore Sanità n. 37 - anno VII).

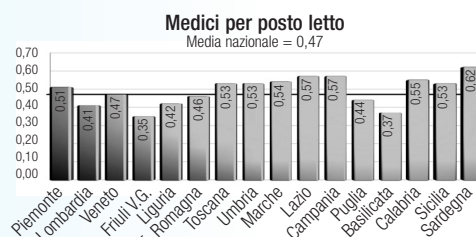
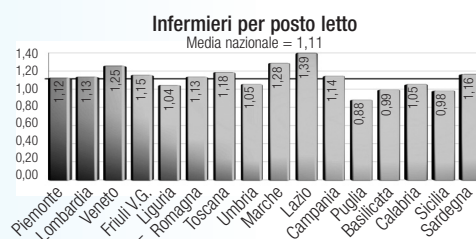
Oggi la sfida vera nella definizione ed applicazione dei LEA è sempre di più l'appropriatezza delle prestazioni. Su questo tema segnalo un interessante articolo di Toniolo e Maglione (Sole 24 Ore Sanità n. 40 - anno VII- pag. 22-23) dove si affronta il problema della definizione dei LEA a partire dalla necessità di confronto su due modelli possibili, quello utilitaristico, basato sul costo-efficacia, e quello deontologico, dove il principio etico deve prevalere sul calcolo costo-efficacia.

Le strutture aumentano, i pazienti calano ma cresce la spesa per le degenze. I costi

dei ricoveri sono aumentati del 6,3%, l'8,6% è l'incremento riscontrato per ogni giornata di degenza mentre il 10,11% è l'aumento del costo medio per posto letto e dell'8% quello medio per il personale.

Anche numericamente, il personale cresce con una media di 2,65 operatori per posto letto, con i medici che passano da 0,44 per posto letto a 0,47 per posto letto, e gli infermieri che salgono da 1,08 a 1,11 per posto letto. Il costo medio del personale è compreso in una forbice tra i 45 mila e i 36 mila euro anno per dipendente. A dispetto dell'aumento dei costi la produttività appare in calo, infatti si registra una diminuzione dei pazienti dimessi per medico (102 nel 2002 contro i 108 del 2001) e per infermiere (43,21 contro 43,84).

(fonte Il Sole 24 Ore Sanità n. 41 anno VII).



Secondo un'indagine commissionata dalla Regione Lombardia e dal Ministero del lavoro **risulta che il sistema ECM costa**

davvero troppo. La qualità degli eventi formativi non accontenta ne le aziende ne gli operatori sanitari. Il raggiungimento dei crediti necessari (20 per il 2003 - periodo a cui si riferisce l'indagine) è un bersaglio ben lontano per tutti, a fronte delle ingenti risorse impiegate. Il detto "una montagna che ha partorito un topolino" pare ben adattarsi ai dati emersi. Unico dato positivo è che a fronte dei 200 euro disponibili per dipendente (il famoso 1% del monte salari) in realtà ne sono stati spesi solo 87. Occorre investire su forma di educazione continua alternative a quelle contemplate dall'ECM come gli Audit clinici, la formazione sul campo, on the job e così via, oltre che all'avvio della FAD, la formazione a distanza (Il Sole 24 Ore Sanità n. 37 - anno VII).

Per sapere cosa ne pensano i cittadini possiamo analizzare una delle numerose pubblicazioni del CENSIS che come ogni anno ha pubblicato il **"Monitor Biomedico 2004"** nel quale si analizzano il rapporto dei cittadini con il Federalismo e con gli Ospedali. Questa indagine ha evidenziato che cala il vento della devolution, ma vi è "amore ad occhi aperti" nel rapporto con gli ospedali. Infatti, la maggior parte degli italiani è ancora favorevole alla regionalizzazione delle competenze in sanità (56%) ma la "spinta devolutiva" tende a spostarsi dalle regioni del Nord, verso quelle del Centro. In sintesi ciò che i cittadini chiedono è una devolution che garantisca le aree più deboli. A sorpresa invece l'88,5% degli italiani giudica sostanzialmente positiva l'esperienza propria o di un familiare, in ospedale con particolare riferimento alla serietà professionale dei medici (84,1%) e degli **infermieri (78,2%)**. Il punto critico sugli ospedali è rappresentato dalle procedure di accesso visto che il 55% ha dichiarato che per accedere alle prestazioni si è fatto "raccomandare". (fonte Sole 24 Ore Sanità n. 40 - anno VII pag. 8-9).

La sanità di oggi deve fare i conti, nel vero senso della parola, con delle risorse finanziarie che non sono infinite e quindi con la necessità di decidere quali interventi garantire, come investire sulle risorse umane, come favorire l'accessibilità alle prestazioni per i cittadini.

Le stime effettuate sulla variazione dei bisogni sanitari si sono rivelate significativamente azzeccate, ciò su cui si è sbagliata la previsione è stato l'aumento dei costi per erogare le prestazioni, che aumentano a ritmi superiori alla crescita del PIL, come del resto i dati fin qui presentati dimostrano.

L'aumento delle risorse da mettere a disposizione, così come la riduzione degli sprechi non sembrano strade che diano risultati visibili, almeno nel breve termine, nonostante risulti che, sia nella finanziaria Nazionale che in quella Regionale, le risorse complessive messe a disposizione della sanità aumentano (vedi L'Infermiere n. 10 - ottobre 2004).

Di conseguenza da dove bisogna partire per far funzionare le cose? Dove nasce, o può nascere il cambiamento?

Il livello politico è indubbiamente quello maggiormente rilevante ma non dobbiamo correre il rischio di demandare ad altri l'affronto di queste problematiche così lontane ma in realtà così vicine a tutti noi.

È ovvio che gli infermieri, come professionisti della sanità, non possono esimersi da un impegno personale e professionale per fornire spunti positivi al dibattito in corso. Quotidianamente ognuno di noi è chiamato a compiere delle azioni professionali, delle scelte allocative di risorse, a definire di priorità di interventi, che determinano un impiego di risorse in un senso a discapito di altro. Ognuno di noi deve acquisire la consapevolezza che le scelte del singolo determinano scelte più generali. Ma un cambiamento vero è possibile solo iniziando dal positivo che c'è, solo da un fatto positivo è possibile la costruzione di qualcosa di migliore. Per quanto mi riguarda, il positivo che intravedo è il desiderio presente nella gente che incontro di qualcosa di più bello e significativo per sé stessi e per gli altri. Andare a fondo di questo desiderio senza censurarlo è il primo passo del cambiamento. La sfida è proprio quella di rilanciare la fiducia nell'IO delle persone che incontriamo. A ciascuno di voi l'individuazione, nella propria esperienza professionale (e personale), di questo positivo che c'è... **BUON NATALE E BUON ANNO A TUTTI**



Professione e responsabilità

Errori umani, incidenti professionali, eventi avversi e i profili di responsabilità degli infermieri. Un'analisi della letteratura

Barbara Mangiacavalli

La Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, istituita presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli essenziali di assistenza e dei Principi etici di sistema, ha elaborato il documento "Risk management in sanità. Il problema degli errori".

Tale documento, partendo da una approfondita analisi del tema del rischio clinico, fornisce una serie di riflessioni e raccomandazioni per gli operatori sanitari analizzando anche alcuni aspetti particolarmente critici dell'assistenza sanitaria.

Decisamente le cifre contenute nel documento sono allarmanti: 320.000 persone ogni anno su 8 milioni di ricoverati sono vittime di errori legati a terapie sbagliate o disservizi strutturali; circa 35000 i decessi in seguito a manovre sbagliate, diagnosi scorrette e ritardi negli interventi; 12000 le cause pendenti davanti ai tribunali contro professionisti e strutture sanitarie; 10 miliardi di euro l'anno vengono sborsati a titolo di risarcimento danni^a.

Ma, il problema degli errori, degli incidenti e degli avvenimenti avversi è davvero nuovo nella sanità? Nel 1914 Eugene Codman venne definito eccentrico perché in pubblico sosteneva che: "... - gli ospedali se vogliono migliorare devono dichiarare quali sono i loro risultati, - devono analizzare i loro risultati per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli, - devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali, - devono dedicarsi all'assistenza di quei casi per i quali sono riconosciuti dare un buon risultato, evitando di tentare di assistere quei pazienti che presentano patologie per le quali non sono qualificati, - devono assegnare i casi

agli operatori per ragioni migliori che l'anzianità, il calendario o le convenienze di tempo..."^b

Allora, confermato che non è un problema nuovo, forse conviene modificare la modalità per affrontarlo.

Storicamente ci si è approcciati all'errore ricercando la responsabilità individuale: il focus è il **comportamento umano**; il filo conduttore era un comportamento basato su negligenza, superficialità dell'operatore, inosservanza di regole o protocolli, dimenticanze o disattenzione, demotivazione fino all'incompetenza professionale. Questo tipo d'approccio dà sicurezza perché individua il responsabile e lo punisce, è evidente a tutti e i livelli organizzativi di responsabilità hanno un ruolo sanzionatorio: la sicurezza che ne deriva, però, nel tempo è stata riconosciuta insufficiente e solo apparente perché non permetteva di analizzare ed agire sulle cause alla base dei comportamenti che hanno determinato l'errore.

Spostare invece l'attenzione dalla ricerca dell'errore attivo alla ricerca ed individuazione dell'errore latente, ovvero delle carenze del sistema in cui si svolge l'attività degli operatori, significa spostare anche il livello di responsabilità verso il gestore del sistema che costruisce l'ambiente operativo attraverso l'architettura organizzativa (linee guida e protocolli assistenziali, procedure e istruzioni operative): il focus è rappresentato dalle **condizioni nelle quali accade l'errore**. A quest'ultimo approccio dovrebbe tendere un sistema che voglia ridurre l'incidenza degli eventi avversi. Generalmente l'operatore è la causa più prossima all'evento accidentale, ma la cosiddetta root cause (causa generatrice) è da ricondurre a decisioni manageriali e scelte orga-

nizzative sbagliate. Fino ad oggi la maggior parte degli sforzi compiuti per ridurre l'errore si sono concentrati sull'individuazione di **errori attivi**, ovvero gli errori materiali compiuti dagli operatori. Ultimamente si è posto in evidenza che hanno un ruolo importante anche gli errori di origine organizzativa, i cosiddetti **errori latenti**.^c

Tale **approccio è stato definito approccio sistemico allo studio degli errori, la teoria degli errori latenti** (Reason, 2000, 2001). Il presupposto di base di questo approccio, che si è sviluppato dopo i primi anni '70, risiede nella convinzione che gli incidenti siano solo la punta dell'iceberg, che per un incidente che ha avuto luogo ce ne siano stati molti altri che non sono avvenuti solo perché l'operatore, un controllo, hanno impedito che accadesse, i cosiddetti **near miss events** (Nashef, 2003).

Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore. Perché il Risk management sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico-assistenziale del paziente: solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, contribuire indirettamente ad una riduzione dei costi delle prestazioni ed infine favorire la destinazione di risorse per creare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure medi-

che prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM, 1999).

Un'attività di Risk management efficace si sviluppa in più fasi: conoscenza ed analisi dell'errore, individuazione e correzione delle cause di errore, monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore, implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Nell'ambito delle teorie che si sono sviluppate per lo studio dell'errore in medicina, quella dell'errore umano propone una **classificazione del comportamento dell'uomo in tre diverse tipologie** (Rasmussen, 1987; Runcinan et al., 1993):

1. **skill-based error** (assenza, mancanza di attenzione relativa ad azioni routinarie). Tipo di comportamento riscontrabile in situazioni di routine.
2. **rule-based error** (non rispetto di norme, anche di buona pratica, definite per prevenire gli errori o ridurre gli esiti avversi). Il problema che si pone all'individuo è d'identificare la giusta norma per ogni specifica situazione attenendosi ad un modello mentale di tipo causale.
3. **knowledge-based error** (sbagliata pianificazione dovuta a conoscenze o esperienza inadeguata). È la situazione che richiede il maggior impiego di conoscenze e l'attivazione di una serie di processi mentali che dai simboli porteranno all'elaborazione di un piano per raggiungere gli obiettivi.

L'errore può nascere ad ogni livello di comportamento, ma diverse sono le cause: l'interpretazione errata dello stimolo a livello skill-based, scelta di una norma non adeguata per i comportamenti rule-based, pianificazione di una strategia non adatta a raggiungere gli obiettivi specifici della situazione a livello knowledge-based.

Sulla base del modello proposto da Rasmussen, Reason distingue tra errori d'esecuzione e tra azioni compiute secondo le intenzioni e delinea così **tre diverse tipologie di errore** (Reason, 1990):

- ❑ **errori di esecuzione che si verificano a livello di abilità (slip).** In questa categoria vengono classificate tutte le azioni eseguite in modo diverso da come pianificato.
- ❑ **Errori d'esecuzione provocati da un fallimento della memoria (lapses).** L'azione ha un risultato diverso a causa di un fallimento della memoria.
- ❑ **Errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione (mistakes).** Si tratta di errori progressivi che si sviluppano durante i processi di pianificazione di strategie. Possono essere di due tipi:
 1. rule-based: si è scelto di applicare una regola o una procedura che non permette il conseguimento dell'obiettivo;
 2. knowledge-based: sono errori che riguardano la conoscenza che porta a ideare percorsi che non permettono di raggiungere l'obiettivo.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Quanto detto ci deve stimolare ad acquisire un approccio metodologico nuovo per gestire gli errori professionali, per evitare di nasconderli e banalizzarli ma per apprendere dall'errore. Solo così gli infermieri nel loro agire quotidiano mantengono un comportamento eticamente responsabile orientato a garantire la miglior assistenza possibile; in secondo luogo emerge come una buona pratica clinica ci impone di standardizzare e omogeneizzare i comportamenti al fine di ridurre quelle aree grigie dell'assistenza infermieristica dove impera ancora l'eccessiva variabilità professionale: anche i codici penale e civile prevedono, tra gli obblighi delle professioni sanitarie quello di dominare e contribuire a diffondere le informazioni rispetto al proprio patrimonio conoscitivo tra cui ad esempio i protocolli e le linee guida. Per quanto riguarda invece gli errori basati su mancanza o minore abilità e conoscenze, si deve fare appello all'impegno morale di ogni singolo professionista rispetto alla manutenzione della propria formazione e del proprio patrimonio conoscitivo oltre che definire percorsi di accoglimento

e inserimento dei neoprofessionisti. Ancora, tali riflessioni sono state possibili perché era disponibile una bibliografia ampia a cui fare riferimento: come professione sanitaria non possiamo più esimerci dal raccogliere dati, catalogarli, classificarli, analizzarli e divulgarli. Solo così contribuiamo, oltre che alla nostra crescita, anche al consolidamento del nostro patrimonio disciplinare.

BIBLIOGRAFIA

- Legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- DM 739/94 "Regolamento concernente l'individuazione del profilo professionale dell'infermiere".
- DM 70/97 "Regolamento concernente l'individuazione del profilo professionale dell'infermiere pediatrico".
- Legge 251/00 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecnico-sanitarie, riabilitative, della prevenzione nonché della professione ostetrica".
- Armitage G. et al Adverse event in drug administration: a literature review, *Journal of Nursing Management* 2003; 11: 130-140.
- Benner P. Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing, *Jona*, 2002, 32:509-523.
- Codice deontologico dell'infermiere, 1999.
- Gamba D.V., in Linee di orientamento alla lettura del codice deontologico degli infermieri, a cura del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI.
- Greenwald L et al Malpractice and the Perinatal Nurse, *Journal perinatal Neonatal Nursing* 2003; 17(2): 101-109.
- Karch A. The naked decimal point, *American Journal Nursing* 2001; 101(12): 22.
- Keating D. Versatility and flexibility: Attributes of the Critical Incident Technique in nursing research, *Nursing and Health Sciences* 2002; 4:33-39.
- Leape L. Error in medicine, *Jama* 1994; 272:1851-1868.
- Leape L. et al System analysis of adverse drug events, *Jama* 1995; 274(1): 35-43.

- Linda H. Aiken et al *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, JAMA 2002; 288(16): 1987-1993.
- Miller LA. *Safety promotion and Error Reduction in Perinatal Care*, Journal Perinatal Neonatal Nursing 2003; 17(2): 128-138.
- Ministero della Salute, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. *Risk Management in sanità; il problema degli errori*, Roma, marzo 2004.
- Phillips J. et al *Retrospective analysis of mortalities associated with medications errors*, Am J Health-Syst Pharm 2001; 58: 1835-1840.
- Plevani L. *Limitare l'errore di terapia attraverso la revisione del processo terapeutico*, Scenario 2004; 21(2): 12-17.
- Tartaglia R. et al *L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 2002; 5(1): 4-13.
- Tilleul P. et al *Intravenous drug preparation practices: a survey in a French university hospital*, Pharm World Sci 2003; 25(6): 276-279.
- Vanzetta M, Valicella F. *Errori e assistenza infermieristica*, Management Infermieristico 2003; 3: 28-35.

^a Risk management in Sanità. Il problema degli errori". Sul sito: www.ministerosalute.it

^b R. Tartaglia, C.R., Tomassini, V. Abrami, M. Nerattini, L. Turco, *L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina* in Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie, 2002; 5(1): 4-13.

^c Cfr. "Risk management in sanità. Il problema degli errori"; pp. 1-10.



È evidente che...

Assistenza infermieristica ed Evidence Based Nursing

A cura di IID Caldera Luigia, IID Capalbo Adriana*

Il codice deontologico dell'infermiere, all'art. 3.1 stabilisce che "l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze valide ed aggiornate così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci [...] promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati al fine di migliorare l'assistenza infermieristica".

Ma quanto realmente oggi l'assistenza infermieristica, in Italia e nel mondo, si basi su valide ed aggiornate conoscenze scientifiche, è oggetto di riflessione. Già nel 1991 Richard Smith, allora direttore del British Medical Journal, sosteneva, in un articolo¹, che gli interventi medici che si fondano su solide prove di efficacia costituiscono circa il 15% della pratica medica; riteniamo che tale considerazione possa valere anche per la pratica infermieristica. Infatti, anche laddove i risultati della ricerca esistono, non sempre gli infermieri li conoscono o comunque li uti-

lizzano come guida per la loro pratica determinando così il perpetrarsi di interventi assistenziali dei quali non è stata dimostrata l'efficacia; tali pratiche sono quindi potenzialmente inutili e/o dannose per la persona assistita, ma ugualmente costose in termini di tempo-lavoro e risorse materiali impiegate.

Per rendere più semplice l'inclusione dei risultati degli studi di ricerca nella pratica clinica si è diffuso negli ultimi 10-15 anni il fenomeno Evidence Based Practice inteso come "raccolta, interpretazione, integrazione di valide, importanti ed applicabili prove di efficacia, derivate dalla ricerca, dall'osservazione clinica e da quanto riferito dai pazienti. La migliore prova d'efficacia, insieme alle circostanze del singolo caso clinico ed alle preferenze della persona assistita, deve essere applicata al fine di migliorare la qualità delle decisioni cliniche e favorire un'assistenza sanitaria che abbia un buon rap-

porto costo-efficacia" (Evidence Based Medicine Group - McMaster University - Hamilton, Ontario, Canada)².

Negli stessi anni la medesima corrente di pensiero ha coinvolto anche l'ambito della disciplina infermieristica dando luogo all'Evidence Based Nursing; esso si propone, come principale obiettivo, di favorire il passaggio da un'assistenza infermieristica basata prevalentemente sulla **tradizione** e l'**esperienza** ad un'assistenza infermieristica basata su un **insieme di conoscenze di documentata efficacia**.

Lo scopo è quindi quello di fornire una base scientifica al "fare" infermieristico, garantendo così un miglioramento della qualità assistenziale.

Da alcuni autori³ l'Evidence Based Nursing è considerato un processo⁴ che consta di 5 fasi:

1. Formulazione del quesito

2. Ricerca delle migliori prove di efficacia disponibili
3. Valutazione critica delle prove di efficacia
4. Implementazione nella pratica clinica
5. Valutazione dei risultati

La seconda fase, a nostro avviso, presenta oggi per gli infermieri italiani, numerose difficoltà in quanto richiede il possesso di alcuni requisiti fra i quali:

- conoscenza della lingua inglese
- disponibilità di un accesso ad Internet
- abilità nella consultazione delle banche-dati.

Se a questo si aggiunge l'enorme proliferazione della letteratura infermieristica⁵ e la conseguente necessità di distinguere ciò che è di buona qualità da ciò che non lo è, si capisce quanto il reperimento di valide prove di efficacia possa costituire un ostacolo all'utilizzo della ricerca infermieristica.

Alla luce di queste considerazioni il Collegio ha deciso di creare all'interno di Agorà una rubrica dal titolo "È EVIDENTE CHE..." nell'ambito della quale verranno pubblicati, a partire dal prossimo numero, le raccomandazioni di comportamento clinico più recenti, relative a tematiche infermieristiche d'ampio interesse.

Ci auguriamo di contribuire così ad una maggiore diffusione dei risultati

della ricerca scientifica per rivedere le pratiche assistenziali che si svolgono (es. prevenzione e cura lesioni da pressione, gestione catetere venoso periferico e centrale, preparazione all'intervento chirurgico, ecc.), alla luce delle prove di efficacia. L'introduzione degli eventuali correttivi alla pratica usualmente svolta, sarà il conseguente impegno affidato al singolo professionista, all'interno del proprio gruppo di lavoro, con lo scopo di migliorare l'assistenza erogata.

Invitiamo coloro che volessero contribuire alla rubrica a sottoporre ai curatori quesiti e suggerimenti tramite l'indirizzo di posta elettronica del Collegio (info@ipasvicomo.it).

*Pochissime persone,
a questo mondo,
riescono a ragionare normalmente.
Esiste una tendenza
molto pericolosa
ad accettare tutto ciò che si dice,
tutto ciò che si legge, ad accettare
senza mettere in discussione.
Solo chi è pronto a mettere
in discussione,
a pensare autonomamente,
troverà la verità!
(Saggio Indiano)*

BIBLIOGRAFIA

- Benetton M. (2002) *Il nursing basato sulle prove di efficacia:*

Evidence Based Nursing. Scenario, 19 (4): 4-8

- Casati M., Lazzari G. (2000) *Evoluzione e rilevanza dell'evidence-based nursing: aspetti concettuali e metodologici. Scenario, 17 (3): 4-13*
- Flemming K. (1998) *Asking answerable questions. Evidence Based Nursing, 1 (2): 36-37*
- Kirkevold M. (1994) *The Contribution of Nursing Research. Knowledge about the patient. A key note paper for the 7th WENR Biennial Conference. Oslo*
- IPASVI - a cura del Comitato Centrale (2003) *La ricerca infermieristica in Italia. Linee-guida per la ricerca infermieristica. Roma: Gemmagraf Editore.*
- Lazzari G. (2000) *L'Evidence Based Nursing (EBN). Scenario, 17(1): 4-7*
- Smith R. (1991) *Where is the wisdom? The poverty of medical evidence. British Medical Journal, 303: 798-9*
- Tanner C. A. (1999) *Evidence Based Practice: research and critical thinking. Journal of Nursing Education, 38 (3):99*

* Azienda Ospedaliera Sant'Anna - Tutors Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria - Sede di Como

1 Smith R. (1991)

2 Come riportato da Tanner C.A. (1999)

3 Flemming K. (1998)

4 Per maggiori approfondimenti si consulti la traduzione degli "Editoriali" e delle "User's guide" della rivista Evidence Based Nursing disponibili su [www. Evidencebasednursing.it](http://www.Evidencebasednursing.it)

5 Uno studio (Kirkevold M., 1994) ha indagato il numero degli articoli pubblicati da quattro periodici di ricerca infermieristica tra il 1985 ed il 1993; esso era pari a 1516 articoli.



L'angolo della sicurezza

Le novità legislative del settore sanitario

A cura del Dott. Quadu Michele di Decima Srl - Servizi Tecnici Aziendali

Presenteremo a partire da questo mese le novità legislative o brani di sentenze di maggior rilevanza dal punto di vista giurisprudenziale (riportandone brevi stralci maggiormente significativi) di sicuro interesse nell'ambito della sicurezza sui luoghi di lavoro, che possono coinvolgere, in modo più o meno diretto, il personale infermieristico e comunque chi si trovi a collaborare in maniera costante in ambito sanitario. Nostro scopo sarà semplicemente quello di tenervi aggiornati sulle novità normative e casistiche che inevitabilmente potranno condizionare anche il vostro operato nel settore sanitario.

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE LOMBARDIA 23 Luglio 2004, n. 7/18344: Interventi operativi per la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro in Lombardia per il triennio 2004-2006 (Boll. Uff. Regione 12 agosto 2004, n. 33, suppl. straord.). Gli interventi operativi enunciati nel documento riguardano anche il comparto sanità; gli obiettivi che coinvolgono le strutture ospedaliere e le residenze sanitarie per anziani pubbliche e private saranno individuate sulla base di priorità definite (organizzazione del sistema di prevenzione aziendale, impianti e dispositivi antincendio, piani di emergenze ed evacuazione, impianti

elettrici, impianti gas medicali, rischi da agenti biologici, ecc...) sulle quali concentrare sforzi e risorse. Oltre a ciò verrà istituito il registro degli infortuni nel comparto sanità per meglio definire le strategie preventive.

DECRETO MINISTERIALE 21 Giugno 2004: Norme tecniche e procedurali per la classificazione di resistenza al fuoco ed omologazione di porte ed altri elementi di chiusura (G.U. 5 luglio 2004, n. 155). L'omologazione delle porte e degli altri elementi di chiusura ha una nuova validità di cinque anni, rinnovabile su istanza del produttore. Entrata in vigore: 21 Dicembre 2004

DECRETO MINISTERIALE 18 Giugno 2004: recepimento della direttiva 2003/36/CE, recante venticinquesima modifica alla direttiva 76/769/CEE del Consiglio del 27 Luglio 1976, relativa alle restrizioni in materia d'immissione sul mercato e d'uso di talune sostanze e preparati pericolosi (sostanze classificate come cancerogene, mutagene o tossiche per la riproduzione - CMR) in G.U. 198/2004). Il decreto presenta modifiche alle liste di sostanze cancerogene, mutagene o tossiche per la riproduzione. Entrata in vigore: 25 Dicembre 2004

DIRETTIVA CE Parlamento europeo e Consiglio 29 aprile 2004, n. 2004/40/CE: prescrizioni minime di

sicurezza e di salute relative all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici (campi elettromagnetici) (Diciottesima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1 della direttiva 89/391/CEE) (G.U.C.E. 30 aprile 2004, n. L 159). Oltre a definire i valori limite d'esposizione fornisce le disposizioni miranti ad eliminare o ridurre i rischi. Entro il 30 Aprile 2008 gli Stati membri dovranno predisporre compiutamente le disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative necessarie per conformarsi alla presente direttiva.

CIRCOLARE GIUNTA REGIONALE LOMBARDIA 20 Aprile 2004, n. 18/SAN: gestione dei rifiuti radioattivi di origine sanitaria (Boll. Uff. Regione 17 maggio 2004, n. 21). Tale documento si applica alla gestione dei rifiuti radioattivi derivanti dalle pratiche sanitarie che comportano l'impiego di sostanze radioattive in forma sigillata e non sigillata a scopo diagnostico o terapeutico. Destinatari della circolare sono tanto i rappresentanti legali delle istituzioni sanitarie, i direttori sanitari ed i responsabili delle attività che comportano l'impiego di sostanze radioattive, quanto gli esperti qualificati e gli incaricati della sorveglianza fisica della radioprotezione nelle strutture sanitarie.



NOTIZIE IN PILLOLE

Legge SIRCHIA sull'Emergenza Infermieristica - prorogata fino al 31 dicembre 2005

Per le ASL, Aziende Ospedaliere, IRCCS e RSA sarà ancora possibile, fino al 31 dicembre 2005, assumere infermieri che hanno cessato il proprio rapporto di lavoro (da non oltre 5 anni) o stipulare contratti di lavoro a tempo determinato di un anno o richiedere prestazioni Extra Orario a chi è già dipendente, per garantire la continuità assistenziale e fronteggiare l'emergenza infermieristica.

A prevedere questa possibilità è il nuovo decreto (n. 266/2004 - Gazzetta Ufficiale n. 264 del 10 nov 2004) licenziato dal Consiglio dei Ministri a fine ottobre. Questa proroga era già avvenuta lo scorso anno.

(Fonte - Il Sole 24 Ore Sanità n. 42 - 2/8 novembre 2004)

L'iscrizione al Collegio: la battaglia dei poveri

A cura di **Ciro Marino**

Da tempo è in atto una campagna di delegittimazione di pochi colleghi (probabilmente anche sostenuti dai sindacati sempre a caccia di consensi) contro l'iscrizione e quindi il pagamento della quota annuale a favore dei collegi provinciali. Questa battaglia sta durando da tempo, sostenuta e rinvigorita da una recente sentenza della Corte di Cassazione Penale (n.2830/03).

Io sono consigliere provinciale al primo mandato ed è appena un anno e cioè da quando sono stato eletto, che riesco a capire ciò che avviene alla nostra categoria. Vedendo dall'esterno un qualsiasi collegio si può pensare ad un luogo statico dove nulla succede, dove tutto è fermo, con le segreterie aperte per distribuire i bollini d'appendere ai parabrezza delle auto; anch'io la pensavo così all'inizio della carriera, quando non ero un PROFESSIONISTA ma un ausiliario dell'assistenza, un subalterno al medico confuso con il portantino o con il cuoco della cucina.

Pensiero fisso delle mie notti insonni era la scelta sbagliata che avevo fatto verso questa professione che mai progrediva, dove le soddisfazioni erano nulle, il tutto accompagnato da una sensazione d'impotenza perché effettivamente i collegi provinciali e la Federazione

Nazionale non riuscivano a dare segnali forti ai propri iscritti ed alla collettività.

Sto parlando di venti anni fa, ma da allora ad oggi di battaglie ne sono state fatte tante e vinte altrettante vedi DM 739/94, Legge 42/99, e tante altre (suggerisco ai delegittimatori di andarsene a guardare perché probabilmente non le conoscono) e se noi siamo arrivati a tanto, e mi permetto di dire così in alto, è solo grazie a quelle poche vecchie lire che abbiamo sborsato e che hanno dato modo a chi è stato da noi eletto di maturare la politica di categoria che si è dimostrata vincente. Non riesco proprio a credere che ci siano ancora colleghi che pensano di poter fare a meno di un'istituzione come la nostra, ed immagino altri Professionisti sanitari che si stanno strofinando le mani e che non vedono l'ora di rimandarci indietro a lavar padelle visto che siamo diventati ingombranti e loro pari. In un momento cruciale come questo dove l'unità professionale è importante per dare all'esterno quella giusta immagine che abbiamo conquistato, ci mettiamo a piangere per la retta annuale che in confronto con le altre categorie professionali è tra le più basse che esistono?

Si vada a chiedere ai Fisioterapisti che non hanno il Collegio che li rappresenta e al quale invece aspirerebbe-

ro. Ed allora si potrà obiettare che gli stipendi degli Infermieri sono ancora molto bassi in confronto a quelli dei Medici, dei Fisioterapisti, ecc.

Ma è proprio il sindacato di cui si parlava prima che deve fare questa battaglia per irrobustire i magri stipendi che ancora "non danno a Cesare quel che è di Cesare", ma è anche l'Infermiere che sul campo deve dimostrare di essere esclusivo ed insostituibile professionalmente, abbandonando al più presto l'esecutività delle mansioni a favore del decisionismo e dell'organizzazione delle corsie.

Alla fine (ed introduco un argomento nuovo) penso che una figura nuova come l'OSS possa fare, tra qualche tempo e con una preparazione diversa, molte di quelle cose che ancora facciamo noi in corsia: ma loro costano meno e tra un po' di tempo se non ci corazziamo (intellettualmente) saremo sostituiti e ci saranno disoccupati: quindi non facciamo la battaglia dei poveri per pochi spiccioli ma guardiamo in alto, guardiamo agli Infermieri che occupano un ruolo dirigenziale, aspiriamo a diventarlo, solo così saremo veramente insostituibili e ci pagheranno per quel che siamo e che saremo.



Obbligatoria per tutti l'iscrizione all'albo. I collegi diventano Ordini

Dopo un tormentato percorso, durato oltre un anno, il Ddl sulle professioni sanitarie non mediche approda finalmente a Palazzo Chigi e incassa il sì definitivo che gli schiude le porte del Parlamento. Il provvedimento introduce l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo per i dipendenti pubblici e prevede la trasformazione dei collegi professionali esistenti in Ordini professionali e la possibilità di costituire - "al fine di garantire la funzionalità e l'economicità della gestione" - un unico Ordine per più professioni con più Albi all'interno, fino alla decisione, "in relazione al numero degli operatori", di prevedere l'articolazione degli Ordini a livello provinciale, regionale o nazionale.

(Fonte - Il Sole 24 Ore Sanità n. 44 - 16/22 novembre 2004)

Il testo completo del provvedimento all'esame del Consiglio dei Ministri è disponibile sul sito del Collegio www.ipasvicomo.it

T.F.R.: cosa cambia

A cura di Rag. Sergio Bazzanella
Consulente del Lavoro Collegio IPASVI Como

La nuova riforma delle pensioni, così come esposta nella Legge 243/2004 pubblicata sulla G.U. 222/2004, prevede, oltre al nuovo sistema pensionistico anche l'istituzione di Fondi di Previdenza Complementare che verranno finanziati con il T.F.R. dei Lavoratori. La strada quindi che l'attuale Governo ha deciso di seguire è quella di poter ulteriormente finanziare la Previdenza Complementare con del denaro "fresco", con versamenti costanti e periodici che mensilmente non andrebbero ad intaccare il reddito del Lavoratore. Se per l'azienda non cambia nulla (se non il fatto che l'accantonamento mensile attualmente è esclusivamente virtuale) il Lavoratore, si troverà a poter ottenere un giorno una rendita pensionistica che più potrà avvicinarsi alla retribuzione netta che al momento dell'evento potrebbe percepire. La costituzione di questi futuri fondi potrà avvenire o per il tramite delle Regioni, o delle OO.SS. firmatarie dei CCNL di Categoria o anche (almeno

per una parte) tramite l'INPS. Premesso che la mancanza dei Decreti attuativi che si stanno attendendo a breve, impedisce di capire, ad esempio la decorrenza di questa novità, è certo che la mancata comunicazione scritta di volontà di NON adesione ai Fondi in fase di istituzione, impedirà al Lavoratore in futuro di poter riscuotere alla cessazione del rapporto di lavoro il TFR nella sua interezza ma lo stesso verrà trasformato in una rendita vitalizia (salvo diverse disposizioni al momento assenti). Vale quindi il principio del silenzio assenso. Al fine di compensare gli svantaggi derivanti dall'adesione (per di più fatta in forma tacita) i fondi dovranno garantire al lavoratore lo stesso rendimento del TFR (una percentuale media annua d'interesse di circa il 3,30%) che si stima già come impresa ardua, visto che i Fondi attualmente esistenti, in quanto legati ai mercati finanziari, hanno segnato un rendimento medio annuo di circa il 1,6% lordo. Un ulteriore aspetto problematico è rappresentando dalla casistica dei

Dipendenti Pubblici, infatti, i Lavoratori soggetti alla Legge 70/1975 non percepiscono il TFR ma l'indennità di buona uscita o T.F.S. erogata direttamente dagli Enti Datori di Lavoro e si verificano 2 ulteriori condizioni: la 1^a per quei Lavoratori assunti ante 31.12.2000 che, titolari del diritto al TFS (che ricordiamo è assimilato alla retribuzione) non dovrebbero rientrare nella casistica del silenzio assenso, bensì in una situazione esattamente opposta; la 2^a condizione, per gli assunti dal 01.01.2001, avendo il diritto al T.F.R., c'è l'assimilazione ai dipendenti del comparto privato (e quindi vale il silenzio assenso).

Si faccia comunque attenzione che, sino a che i Decreti di attuazione della nuova modalità non verranno emanati la nuova normativa non sarà operante. Per altro, l'eventuale comunicazione del Lavoratore di volontà di NON adesione ai Fondi ha comunque valore ora per allora e nulla impedisce allo stesso di presentarla anche abbondantemente in anticipo.

NOTIZIE IN PILLOLE

Istituito il Ccm (Centro per il controllo delle malattie) la versione italiana dei CDC (Center for disease control)

Anche l'Italia potrà contare sul suo CDC (Center for disease control): una sentinella nazionale per difendere la salute degli italiani contro nuovi e vecchi rischi. L'acronimo italiano è "Ccm" e sta per "Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie".

Il Nuovo Centro avrà una dote di 90 milioni di euro in tre anni per diventare lo scudo contro l'emergenze sanitarie come la SARS o le minacce mai tramontate del bioterrorismo.

Il Ccm sorgerà presso il Ministero della salute, senza dare vita a "nuovi palazzi" metterà insieme tutti i centri operativi presenti già sul territorio (Università, ASL, Istituti Scientifici, Agenzie Regionali, ...) in modo da tenere sotto controllo i rischi per la salute, coordinandosi con le Regioni, e dovrà preoccuparsi anche della promozione della salute e proverà a migliorare gli stili di vita degli italiani, oltre a tenere sotto controllo il pianeta dei vaccini e delle vaccinazioni fino ad intervenire sull'ambiente e sul clima.

Da un punto di vista organizzativo sarà così organizzato: il cervello "politico" sarà il Comitato strategico d'Indirizzo, al cui fianco opereranno il Comitato Scientifico permanente, il Comitato Tecnico e La Direzione Operativa, che sarà il vero braccio operativo del Ccm.

(Fonte - Il Sole 24 Ore Sanità n. 42 - 2/8 novembre 2004)



News from the web

Pubblicazione di siti utili

A cura di IPAFD Paola Pozzi

<http://digilander.libero.it/aquilonelibero/>

Infermieri eretici

Una rivista infermieristica interattiva presenta le rubriche, gli editoriali e le notizie di attualità. Fornisce informazioni sulla salute mentale, la pediatria, l'aids, il nursing sanitario e sociale.

<http://angeliassistenza.interfree.it/>

Angeli assistenza

Servizi assistenza infermieristica domiciliare ed ospedaliera, ausiliaria, sostegno per persone non autosufficienti, anziani, bambini, disabili, malati di alzheimer, flebo, iniezioni, prelievi a domicilio

<http://andi.casaccia.enea.it/>

Progetto tecnologie per la qualità della vita

Vengono presentati quattro progetti per anziani e disabili elaborati dall'ENEA :un sistema di guida ed orientamento pedonale per non vedenti, un percorso guidato nei siti italiani per l'handicap, un modello di servizi turistici per l'accessibilità e la residenza confortevole ed un laboratorio teatrale integrato.

<http://cercasalute.it/>

Cercasalute

Un motore di ricerca infermieristica interamente dedicato alle risorse Internet in lingua italiana su salute, medicina, benessere.

<http://www.ocs.unipi.it/>

Osservatorio della comunicazione sanitaria

Ha lo scopo di esaminare i messaggi che la comunicazione di massa produce in materia di salute valutandone il linguaggio, i contenuti, gli effetti sulle conoscenze ed opinioni della popolazione e trasmettendo alle fonti di informazione indicazioni per correggere eventuali errori o distorsioni.

<http://www.gst-medicina.it/>

GST medicina

Mette a disposizione per il pubblico informazioni utili, educazione sanitaria, consigli dietetici, turni delle farmacie e link. Sezione riservata per i medici associati.

<http://www.gft.sm/>

GFT

L'associazione Gruppo per la formazione al triade organizza corsi per infermieri su formazione ed addestramento alla valutazione al primo momento di accoglienza dei pazienti, in base a criteri definiti che consentono di stabilire le priorità d'intervento in pronto soccorso.

<http://digilander.libero.it/rosencruz/>

LAIP

Libera associazione infermieri professionisti. Si propone come punto di incontro e riferimento per gli infermieri. Offre documenti di aggiornamento e informazione.

Pubblichiamo le osservazioni sul “ Riordino della rete di riabilitazione” che il Coordinamento Regionale Lombardo ha inviato alla Regione

Milano, 19 novembre 2004

Prot. n. 20/04

Dott. Carlo Borsani

Assessore alla Sanità Regione Lombardia

Dott. Gian Carlo Abelli

Assessore alla Famiglia e Politiche Sociali Regione Lombardia

Dott. Carlo Saffiotti

Presidente III Commissione Sanità e Assistenza Regione Lombardia

Alla Consulta Professioni Sanitarie Regione Lombardia

Ai Capi Gruppo forze politiche Regione Lombardia

Al Movimento Federativo Tribunale per i Diritti del Malato/Cittadinanza Attiva

OGGETTO: Osservazioni sul “Riordino della rete di riabilitazione”

A seguito dell'audizione avuta in Commissione III il 3 novembre u.s., il Coordinamento dei Collegi IPASVI della Regione Lombardia, con la collaborazione dell'apposita commissione, ha attentamente valutato il progetto di “Riordino della rete di riabilitazione”. Dopo gli opportuni approfondimenti, i Collegi IPASVI esprimono una valutazione positiva sul documento nelle sue linee generali, in cui si evidenziano gli interventi finalizzati a ridefinire complessivamente la rete dei presidi individuati per l'erogazione delle prestazioni di riabilitazione.

Rimane, viceversa, preoccupante l'aspetto relativo alla definizione degli standard del personale ove, di fatto, i livelli assistenziali sarebbero soprattutto assicurati dal personale tecnico della riabilitazione e da altre figure di supporto non infermieristiche, non prevedendo, come invece necessario, un'adeguata funzione assistenziale che richiede la presenza del personale infermieristico.

Ciò contrasta oltre che con le specifiche e specialistiche esigenze assistenziali di cui necessitano i pazienti in riabilitazione, anche con le stesse linee d'accreditamento di cui alla D.G.R.L. n. 6/38133 del 6 agosto 1998, ove è previsto nell'area della riabilitazione un livello infermieristico assistenziale minimo, da garantirsi ai pazienti in ciascuna giornata, nella misura di 160 minuti. Tale livello assistenziale risultava derogabile, di fatto, in linea subordinata, con il personale tecnico della riabilitazione e comunque nella misura massima del 30% dei minuti giornalieri d'assistenza infermieristica prevista, deroga mai condivisa da noi per ragioni di merito. L'orientamento regionale risulterebbe inoltre non armonizzato con un contesto formativo-professionale in cui le figure infermieristiche raggiungono, attraverso il percorso universitario, un livello di alta professionalizzazione che dovrebbe trovare riscontro proprio nell'ambito della definizione degli standard assistenziali anche con riferimento all'area della riabilitazione.

Inoltre, in relazione alle funzioni ed al rilevante impegno di natura organizzativa assegnato alle caposala dovrebbe essere implicito che nella determina-

zione dei tempi di assistenza infermieristica rivolta direttamente al paziente tale figura andrebbe esclusa dallo standard relativo all'assistenza diretta al paziente.

Pertanto ad avviso dei Collegi IPASVI della Regione il livello assistenziale che deve essere assicurato dal personale infermieristico, in armonia con le prescrizioni regionali relative all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie, dovrebbe collocarsi in un valore minimo pari a 120 minuti giornalieri.

Convinti di poter contare sull'adozione, da parte della Regione, di un “Piano di riordino” ampiamente condiviso anche dalle istanze professionali, confidiamo che si tenga concretamente in considerazione il nostro contributo.

Si allega scheda tecnica di integrazione alla proposta in oggetto.

Nel ringraziare per l'attenzione si pongono i più distinti saluti.

**Il Presidente
Coordinamento Regionale
Collegi IPASVI**



D.D.S.I. Giovanni A. Muttillio

Collegi IPASVI della Lombardia:

Bergamo, I.P. Beatrice Mazzoleni - Brescia, A.S.A.F.D. Renica Federica - Como, I.I.D. Stefano Citterio - Cremona, I.P. Roberto Vecchia - Lecco, I.I.D. Katia Rusconi - Mantova, D.A.I. Santina Sansoni - Milano-Lodi, D.D.S.I. Giovanni Muttillio - Pavia, I.I.D. Enrico Frisone - Sondrio, IP-A.F.D. Ercole Piani - Varese, I.I.D. Enrico Malinverno

NOTA PER CENSIMENTO

Progetto censimento infermieri. Continua il progetto “Indagine conoscitiva della situazione occupazionale e professionale degli infermieri nel territorio comasco” avviato nello scorso numero della rivista.

Troverete allegato anche a questo numero di Agorà il questionario con la busta già affrancata per la risposta.

Se avete già provveduto a rispondere non considerate questa comunicazione.

Grazie per il contributo che darete per una migliore conoscenza della professione nella nostra provincia.

Il sistema di protezione professionale IPASVI ovvero LA COPERTURA ASSICURATIVA

Nel continuare la tradizione che ci vede attenti all'evoluzione della responsabilità professionale sanitaria in Italia riproponiamo il sistema di protezione professionale con alcune modifiche rispetto al passato.

A livello PROVINCIALE, per motivi di ordine organizzativo, da quest'anno è possibile stipulare una polizza per la responsabilità civile che prevede una sola possibilità di premio: 24,50 Euro annuale.

NON è quindi più possibile sottoscrivere la polizza da 20 euro che l'anno

scorso è stata sottoscritta solamente da n° 93 iscritti a fronte di n° 863 iscritti che hanno invece aderito alla polizza da 24,50 euro.

Se sei già assicurato, ti arriverà a casa il Bollettino per il pagamento in relazione alla scadenza naturale annuale del 28 febbraio 2005.

Se non sei assicurato puoi in ogni momento assicurarti rivolgendoti al Collegio IPASVI di Como (tel. 031/300218)

Ricordiamo che l'adesione alle assicurazioni è FACOLTATIVA e svincolata dal pagamento della quota annuale di iscrizione al Collegio.

Accanto a questa polizza provinciale rimane valida l'offerta assicurativa predisposta dalla Federazione Nazionale IPASVI che prevede due opzioni, 26 oppure 30 euro (vedi Agorà n. 22 - marzo 2004).

Da quest'anno inoltre il Collegio di Como ha definito la possibilità di stipulare una Polizza Infortuni come viene descritto di seguito

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

Proposta polizza infortuni

A cura di Oreste Ronchetti

Finalmente ci siamo; finalmente con la collaborazione della Compagnia CIS, vi proponiamo tre polizze assicurative per garantire anche ai liberi professionisti la tranquillità di poter operare senza l'ansia che comporta il rischio di un infortunio, temporaneo o permanente, o il rischio di una malattia che richieda il ricovero ospedaliero o addirittura rispetto al rischio di morte.

Tutto questo a prezzi decisamente concorrenziali. Unico limite è il raggiungimento di cinquanta (50) iscritti per permettere alla polizza di essere attiva; confidiamo di raggiungere in tempi brevi questo numero, visto che questa iniziativa è stata intrapresa anche su vostra indicazione e sollecitazione. Questa assicurazione potrà essere contratta da qualsiasi infermiere, sia dipendente che libero professionista, sia che abbia già un'assicurazione sugli infortuni, come per esempio l'Inail per i dipendenti, sia che ne sia sprovvisto.

Crediamo che questo sforzo sia un valido contributo per una garanzia di maggior tranquillità per coloro che esercitano la libera professione, ma in generale che possa anche essere una buona opportunità per tutti coloro che esercitano la professione infermieristica ed intendano garantirsi pensando al loro futuro e a quello della loro famiglia.

Prima di decidere vi invitiamo a confrontare le tre proposte con quanto vi offre il mercato ed a valutare attentamente quali siano le vostre personali esigenze, sapendo comunque di poter contattare il Collegio (tel 031/300218), il rappresentante della libera professione del Consiglio Direttivo, vice presidente Oreste Ronchetti (cell. 347/2266738), o direttamente il broker assicurativo dott. Pietro Locatelli (02/5513053). Infine chiediamo a tutti coloro che hanno intenzione di aderire, di far pervenire l'adesione all'indirizzo riportato in calce alle proposte assicurative entro fine anno.

È possibile assicurarsi, comunque, anche dopo ed in ogni momento dell'anno, ma se vogliamo che l'assicurazione parta e che il servizio diventi un altro servizio che rientra tra ciò che ogni anno il Collegio offre ai suoi iscritti, occorre che si arrivi al più presto alla quota dei cinquanta iscritti, diversamente rischiamo di perdere un'occasione che difficilmente potremo riproporre.

Cogliamo l'occasione anche per ricordare che è da poco disponibile la nuova pubblicazione della Federazione Nazionale sulla libera professione: "Infermiere e libera professione", dove ogni iscritto ha la possibilità di capire cosa significa essere liberi professionisti e soprattutto quali siano i limiti e le condizioni per poter esercitare la libera professione da parte degli infermieri. Alcune copie sono a disposizione presso la biblioteca del Collegio e la pubblicazione è acquistabile da chiunque lo

desideri a € 20 richiedendola direttamente alla Federazione Nazionale a Roma.

Crediamo che anche questa sia un'iniziativa importante da sostenere, perché non è più possibile pensare di partire all'avventura in un settore tanto delicato ed importante quale è la salute dei cittadini; crediamo occorra competenza e serietà e pensiamo che il modo

migliore per acquisirle sia quello di tenersi sempre e costantemente aggiornati.

Con la convinzione di essere riusciti a realizzare un ulteriore servizio che possa garantire meglio la vita professionale di ogni collega invitiamo ogni iscritto ad essere sempre più presente nella vita del Collegio, perché il Collegio è formato da tutti i 2.900 iscrit-

ti e non solo dai 15 membri del Consiglio Direttivo.

In particolare ricordiamo ai colleghi liberi professionisti che la commissione libera professione si riunisce quasi regolarmente ogni mese e chi volesse partecipare, o inviare il proprio contributo può sempre contattare il Collegio o il responsabile della commissione, Oreste Ronchetti.

Commissione Formazione, sviluppo e ricerca

A cura di Rosella Maffia

Cari Colleghi
A seguito del decreto legislativo 229/99 che ha regolamentato la **"formazione continua"** degli operatori sanitari, finalizzata al miglioramento delle conoscenze e del comportamento professionale, nell'arco di questo ultimo biennio la **commissione formazione** del nostro Collegio IPASVI, in ottemperanza alle necessità di adeguare le regole alle raccomandazioni della Comunità Europea e dall'esigenza di consolidare il concetto di qualità dell'assistenza stessa, ha program-

mato diversi eventi formativi.

La necessità di aver garantito ai nostri corsisti un elevato livello qualitativo, come dimostrato dai risultati dei test somministrati per ogni corso ci stimola a continuare in tal senso.

L'offerta formativa complessiva ha determinato l'avvio di n. 22 corsi per un totale di 1230 posti disponibili.

A fronte di questa offerta formativa i corsi effettivamente attivati sono stati 19, corrispondenti a 1000 partecipanti effettivi.

Dato l'interesse della professione e la grande partecipazione ai nostri eventi, il Consiglio Direttivo ha rinnovato il mandato alla commissione formazione a pianificare per il 2005 nuovi corsi che tengano conto delle tematiche più rilevanti della professione infermieristica. Nonostante gli sforzi da parte della nostra segreteria per quanto concerne le iscrizioni, si sono verificate per alcune edizioni delle assenze da parte di colleghi formalmente iscritti.

Ciò, oltre a creare le normali difficoltà burocratiche, ha negato la possibilità di partecipare ad altri colleghi.

CHIUSURA UFFICI

Informiamo che la Segreteria del Collegio resterà chiusa:

- ☐ **per le festività natalizie dal 24 dicembre 2004 al 9 gennaio 2005**
- ☐ **per corso di aggiornamento del personale dipendente i giorni: martedì 8 febbraio e martedì 15 marzo 2005.**

Iniziative formative anno 2004

Titolo iniziativa	N. Edizioni Date inizio	N. Posti disponibili	N. Partecipanti effettivi	n. crediti ECM
Lesioni Cutanee, un Problema Sanitario	1 edizione gennaio 2004	120	107 per Infermieri	16 credito,
Pianificare, Coordinare e Delegare. L'infermiere nella realtà assistenziale in rapporto alle figure di supporto all'attività Infermieristica	Tre edizioni: marzo maggio settembre	40 per edizione totale 120	112	13 crediti ECM, per Infermieri
Metodi e strumenti della Ricerca Infermieristica. Il livello	1 edizione aprile	40	29	40 crediti per infermieri
Metodi e Strumenti della Ricerca Infermieristica. Corso di I livello febbraio	2 edizioni gennaio	100 per edizione totale 200	174 Infermieri Pediatrici e ASV	6 crediti ECM per Infermieri,
Il contributo della dirigenza infermieristica aprile	1 edizione	450	353 per infermiere e assistente sanitario	3 crediti ECM
La comunicazione... in pratica In collaborazione con Decima srl ottobre novembre	3 edizioni maggio	25 per edizione totale 75	64	15 crediti ECM
Sicurezza delle apparecchiature biomediche In collaborazione con Nextech	2 edizioni dicembre	30 per edizione totale 60	60 pediatrici 3 crediti ECM per infermieri	4 crediti ECM per infermieri
Corso di Inglese - livello elementare In collaborazione con ENAIP dicembre	1 edizione settembre	20	19	33 crediti ECM
Corso di excell di base In collaborazione con ENAIP	1 edizione novembre	15	15	19 crediti ECM
Corso base di informatica In collaborazione con ENAIP ottobre	2 edizioni maggio	15 per edizione totale 30	30	26 crediti ECM
Corso Base di Informatica In collaborazione con CFP	1 edizione maggio	20	17	28 crediti ECM
Corso base - power point internet posta elettronica In collaborazione con CFP	1 edizione dicembre	20	20	In accreditamento
Corso di inglese elementare In collaborazione con ENAIP	1 edizione maggio	20	Queste iniziative formative non sono state attivate poiché non è stato raggiunto il numero minimo di partecipanti.	
Corso di Inglese - livello intermedio In collaborazione con ENAIP settembre	2 edizioni maggio	20 per edizione totale 40		

INIZIATIVE ANNO 2005

Per l'anno che arriva abbiamo già programmato le seguenti iniziative:

☐ **La comunicazione... in pratica**

in collaborazione con Decima srl

☐ **Elementi di comunicazione e di relazione interpersonale** in collaborazione con CFP

☐ **Sicurezza delle apparecchiature biomediche per gli operatori sanitari** in collaborazione con Nextech

☐ **Corso base di informatica** in collaborazione con ENAIP

☐ **Corso elementare di inglese** in collaborazione con ENAIP

La commissione formazione, sviluppo e ricerca vi augura buon Natale e Felice Anno Nuovo. Un saluto a tutti e arrivederci nel 2005.

La comunicazione... in pratica

Comunicazione e relazione in ambiente sanitario

In collaborazione con DECIMA s.r.l.

Como 16/17 Ottobre 2005

Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8

PROGRAMMA

Prima giornata

- 9.00 /9.30 Apertura lavori, test di valutazione
 9.30/11.30 Teoria e principi della comunicazione: costruire un modello guida per consentire una comprensione schematica, che permetta d'introdurre alle basi della comunicazione e alla varietà cosciente e inconsapevole del comunicare.
 11.30/11.45 Pausa
 11.45/12.30 Sperimentare nella pratica simulazioni specifiche del settore sanitario
 12.30/13.30 Pausa pranzo
 13.30/15.30 Il primo principio, forse il più ovvio ma fondamentale è capire che è impossibile non avere un comportamento, quindi è impossibile non - comunicare. Ogni comportamento è comunicazione. "Non si può non comunicare"

- 15.30/17.30 Ogni comportamento è composto da due aspetti: Contenuto e Relazione. Linguaggio verbale, non - verbale e para- verbale.
 17.30/17.45 Pausa
 17.45/18.30 Lo stimolo - risposta in una sequenza di comportamenti. Comunicazione Digitale, Analogica. Posizioni diverse nella comunicazione: Simmetrica o Complementare.

Seconda giornata

- 9.00/10.00 Introduzione alla relazione tra individui, importanza del team. Gioco "chi mi ha spezzato i quadrati?"
 10.00/11.00 Meccanismi biologici del sistema nervoso e del cervello (memoria emotiva). L'importanza dell'ascolto attivo. Definire cos'è l'empatia, sensibilizzare alla relazione empatica con il paziente.

11.00/11.15	Pausa	17.45/18.30	Analisi di gruppo sul recepimento degli obiettivi del corso. Richiamo agli argomenti fondamentali delle due giornate.
11.15/12.15	Esercitazioni di gruppo "Eclissi alle ore 9.00"	18.30/19.00	Questionario di valutazione dell'apprendimento e di valutazione del corso
12.15/13.30	Pausa pranzo		
13.30/14.30	Simulazioni guidate di situazioni che si possono verificare all'interno della struttura sanitaria.		
14.30/15.30	Terminologia e comunicazione "positiva". Esercitazioni sulle differenti modalità di comunicazione della stessa informazione.	Destinatari:	Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari
15.30/16.30	Illustrazione ed analisi di situazioni significative ai fini della comunicazione che si possono verificare all'interno della realtà sanitaria.	Posti a disposizione:	22 IPASVI iscritti al Collegio IPASVI di Como 3 IPASVI iscritti ad altri Collegi
16.30/16.45	Pausa	Data apertura iscrizioni:	mercoledì 12 gennaio 2005 e fin oad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)
16.45/17.45	Fattori che inibiscono la comunicazione e barriere all'ascolto.	Costo:	IPASVI iscritti al Collegio IPASVI Como € 60,00 IPASVI iscritti ad altri Collegi € 100,00
		Crediti:	ECM n. 15

Elementi di comunicazione e di relazione interpersonale per operatori sanitari

In collaborazione con CFP Como

COMO - Centro di Formazione Professionale - via Bellinzona, 88

28/01/2005	8.30-14.30
04/02/2005	8.30-13.30
11/02/2005	8.30-13.30
18/02/2005	8.30-14.00

PROGRAMMA

La comunicazione

La Comunicazione efficace: assessment sugli stili di comunicazione personale

I fondamenti della comunicazione: individuazione e conoscenza dei fondamenti teorici della comunicazione

Gli aspetti salienti della comunicazione interpersonale

Gli aspetti comunicativi all'interno del lavoro di equipe: il gruppo, i casi difficili

Gli aspetti comunicativi del paziente affetto da grave malattia o morente

Aspetti comunicativi e di relazione con il paziente straniero

La relazione

L'importanza e la qualità delle relazioni dell'equipe sanitaria
La relazione con il paziente in cura e il suo rapporto con la malattia

La relazione con i familiari del degente

La relazione con l'equipe medesima

La relazione con l'Istituzione

Accoglienza, affettività, legami: quale coinvolgimento e distanza

La malattia

L'operatore sanitario e il suo rapporto con il distacco e la morte

Il rapporto con alcuni aspetti della malattia: diagnosi o accompagnamento? Guarire o curare?

La sindrome del burn-out negli operatori sanitari

Destinatari:

Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari

Posti a disposizione:

18 IPASVI Como

2 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni:

mercoledì 12 gennaio 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità iscrizione eventi formativi)

Costo: IPASVI Como € 80,00

IPASVI fuori Como € 100,00

Crediti: Evento in corso di accreditamento.

Sicurezza delle apparecchiature biomediche per gli operatori sanitari

in collaborazione con NEXTECH

COMO - Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8 - 11 febbraio 2005

- 3° edizione 9,00/13,30
- 4° edizione 14,30/19,00

- Discussione finale
- Test di apprendimento

PROGRAMMA

- Registrazione partecipanti
- Rischi e sicurezza nelle apparecchiature biomediche
- Il corretto approccio all'utilizzo delle apparecchiature biomediche, alcuni esempi: defibrillatori e pompe di infusione
- Quadro legislativo e normativo, quali sono le responsabilità?
- La gestione delle apparecchiature biomediche presso le strutture sanitarie

Destinatari:

Infermieri e Infermieri Pediatrici

Posti a disposizione per ogni edizione:

27 IPASVI COMO

3 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni:

12 gennaio 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: Iscritti Collegio IPASVI Como € 10,00

Iscritti altri Collegi IPASVI € 20,00

Crediti: Infermiere 3 crediti ECM

Infermiere Pediatrico 4 crediti ECM

Corso di inglese base

In collaborazione con ENAIP

Destinatari: Infermieri, assistenti sanitari, infermieri pediatrici

Requisiti: per confermare l'iscrizione a questo corso, il candidato deve compilare il test d'ingresso, reperibile presso la segreteria del Collegio. La valutazione sarà a cura del docente del corso.

Posti a disposizione:

18 IPASVI iscritti al Collegio di Como

2 IPASVI iscritti ad altri Collegi

Data apertura iscrizione:

mercoledì 19 gennaio 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Crediti: 33 crediti ECM

EDIZIONE	SEDE	DATE	ORARI	COSTI
1	COMO, Enaip via Dante, 127	24 febbraio 3,10,17,31 marzo 7,14,21,28 aprile 5,12,19 maggio 2005	16.00/19.00	€ 80,00 per iscritti al Collegio di Como € 210,00 per iscritti ad altri Collegi

Corso di informatica di base

In collaborazione con ENAIP

Destinatari: Infermieri, assistenti sanitari, infermieri pediatrici

Posti a disposizione:

13 IPASVI iscritti al Collegio di Como

2 IPASVI iscritti ad altri Collegi

Data apertura iscrizione:

mercoledì 19 gennaio 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Crediti: 26 crediti ECM

EDIZIONE	SEDE	DATE	ORARI	COSTI
1	Como, Enaip via Dante, 127	22,25 febbraio 1,4,8,11,15,18 marzo 2005	15.30/18.30	€ 70,00 per iscritti al Collegio di Como € 210,00 per iscritti ad altri Collegi

Decreto Ministeriale 1 ottobre 2004

Modifica del decreto ministeriale 9 luglio 2004, riguardante la definizione delle modalità e dei contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'a.a. 2004/05



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

VISTO il D.M. 9 luglio 2004 con il quale sono stati definiti le modalità ed i contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2004-2005;

VISTA la Mozione della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia approvata all'unanimità in data 14 luglio 2004;

VISTA in particolare la posizione degli Infermieri e delle ostetriche già in possesso del titolo rilasciato dalla Scuole Dirette a Fini Speciali per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica ai sensi del D.P.R. n.162/1982;

VISTA, altresì, l'impossibilità di autorizzare l'ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie a tutti coloro che risultino in possesso del titolo sopra citato la cui numerosità contrasterebbe con il fabbisogno delle professioni sanitarie e dei laureati specialistici;

VISTA la nota del Ministero del Salute in data 20 settembre 2004 della quale si condivide l'opportunità di riconoscere l'ammissione, in deroga al superamento della apposita prova, di coloro che siano in possesso del titolo di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica e siano titolari con atto formale e datato dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea in Infermieristica o di direttore dei servizi infermieristici;

CONSIDERATA peraltro l'opportunità, di prevedere l'ammissione diretta, anche di coloro che siano titolari, con atto formale e datato, dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea specialistica di interesse o di direttore dei servizi di riabilitazione, dell'area tecnica o della prevenzione;

CONSIDERATO peraltro, d'intesa con il Ministero della Salute, di prevedere che la titolarità degli incarichi sopra citati siano stati conferiti da almeno due anni alla data del presente decreto;

TENUTO conto che il fabbisogno nazionale delle singole figure professionali è superiore all'offerta formativa delle Università;

D E C R E T A:

Art.1

Al comma 2 dell'articolo 1 del D.M. 9 luglio 2004 citato in premesse è aggiunto il seguente periodo:

L'ammissione è consentita direttamente, in deroga al superamento della apposita prova, anche a coloro che risultino in possesso del titolo rilasciato dalle Scuole Dirette a Fini Speciali per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica ai sensi del D.P.R. n.162/1982 i quali siano titolari, con atto formale e datato da almeno due anni alla data del presente decreto, dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea in Infermieristica o di direttore dei servizi infermieristici, e a coloro che siano titolari, con atto formale e datato, da almeno due anni alla data del presente decreto, dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea specialistica d'interesse o di direttore dei servizi di riabilitazione, dell'area tecnica e della prevenzione.

Art.2

Le Università integreranno i bandi già emanati con le opportune disposizioni per l'ammissione degli eventuali interessati previsti dal presente decreto.

Il Ministro
Letizia Moratti

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

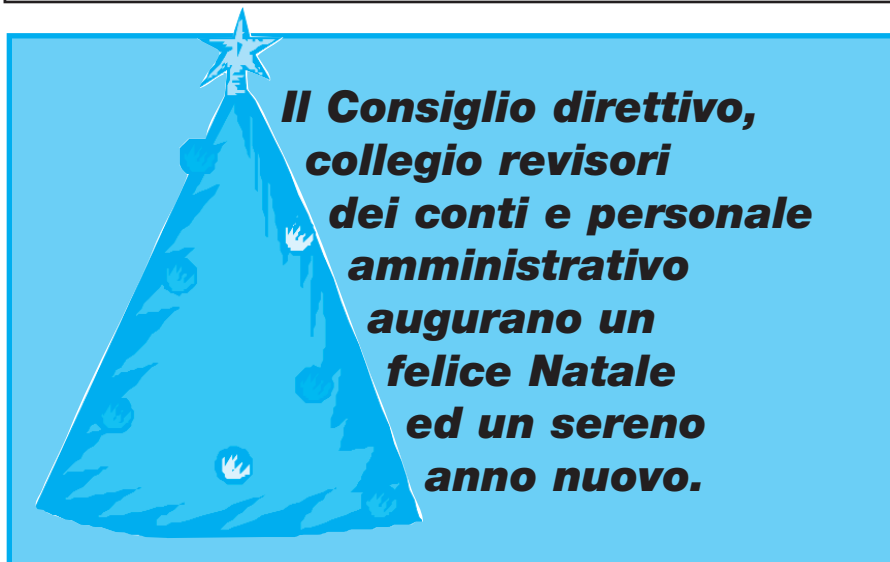
SEDE DI LAVORO

N. TESSERA

DATA DI ISCRIZIONE

L'iscrizione all'evento deve essere prenotata telefonicamente o personalmente presso la Segreteria.

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**.



AGORÀ

<i>Direttore Responsabile:</i> Barbara Mangiacavalli	<i>Proprietario:</i> Collegio IPASVI - Como
<i>Comitato di Redazione</i> <i>Responsabile:</i> Citterio Stefano	<i>Tipografia:</i> Sea - Via Adamo del Pero, 6 22100 Como
<i>Componenti:</i> Belluschi Valeria, Mafia Rosella, Pastori Silvana, Pozzi Paola, Rubino Vitale	Trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como Pubblicazione autorizzata dal Tribunale
<i>Segreteria di Redazione:</i> Sereni Daniela, Zanini Daniela	di Como con decreto 1/98 del 09/02/1998
Sede, Redazione, Amministrazione Collegio IPASVI Viale C. Battisti, 8 22100 Como	Per contattarci: tel. 031/300218 fax 031/262538 e-mail: info@ipasvicomito.it

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