

N. 26

MARZO
2005

Contiene I.P.

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



S o m m a r i o

- Editoriale
- Professione e Responsabilità
- E' evidente che...
- ECM Regionale: cosa cambia
- Notizie in pillole
- Esperienza in India
- La mia esperienza in una R.S.D.
- Eventi formativi
- Commissione esercizio professionale
- Convenzioni
- News from the web

La rivista è consultabile on line sul sito www.ipasvicomo.it

L'infermiere oggi tra realtà e prospettive:

criticità di una professione in crescita

I.I.D. Stefano Citterio

Gli infermieri sono sicuramente compresi tra le professioni che hanno avuto grandi cambiamenti negli ultimi 10/15 anni sia a livello formativo che a livello di esercizio professionale.

Si è passati dalla formazione "regionale" ad una formazione universitaria (laurea triennale, specialistica da quest'anno accademico, master) che vede protagonisti alcuni infermieri come "professori associati di infermieristica".

Il mansionario, della cui abolizione si parlava già dalla metà degli anni 80, non c'è più, lo status di professione sanitaria (non più ausiliaria) è stato raggiunto così come la possibilità di accedere al ruolo dirigenziale. Non mi dilungo per evitare di ripetere cose oramai note ai più, vorrei invece procedere ad affrontare due questioni che ritengo necessarie per valutare al meglio la bontà di questi cambiamenti evitando autocelebrazioni corporativistiche.

La prima è di natura più concettuale e riguarda l'influenza di questi fatti sulla natura dell'assistenza infermieristica. La seconda invece è di ordine più pratico e riguarda gli effetti di questi cambiamenti su due versanti: le persone assistite e gli infermieri stessi.

1) La prima questione può essere chiarita esponendola in una domanda: questi cambiamenti (nella formazione e nell'esercizio professionale) hanno determinato una trasformazione nella natura dell'assistenza infermieristica? Il cuore dell'assistenza infermieristica si è modificato? E' una questione, solo apparentemente teorica, poiché dalla risposta che diamo dipende sostanzialmente non solo l'attuale ruolo nella società degli infermieri ma anche quello futuro.

Per rispondere è necessario andare alla radice di che cosa è l'assistenza infermieristica, cioè dove e quando è nata l'assistenza infermieristica propriamente intesa. Scegliendo un approccio storico, occorre individuare quando la storia dell'assistenza

(genericamente intesa) si è "trasformata" in assistenza infermieristica. Generalmente si fa corrispondere la nascita della professione infermieristica modernamente intesa all'attività di Florence Nightingale, ma in realtà l'assistenza infermieristica nasce molto prima con i cosiddetti riformatori dell'assistenza infermieristica: San Camillo De Lellis, San Giovanni di Dio e San Vincenzo De Paoli (la stessa Nightingale "impara" l'assistenza infermieristica dalle suore fondate da San Vincenzo De Paoli) che intuiscono la necessità di una preparazione e dedizione particolare necessaria per assistere i malati. Le radici dell'assistenza infermieristica, dello stare vicini, del prendersi cura, per tutta la tradizione europea prende corpo dalla attività rivoluzionaria di questi tre grandi personaggi, che coniugavano competenza tecnica e dedizione per il proprio lavoro, basti pensare al campanello, alla comoda, alla suddivisione dei malati in base alle malattie che costituiscono esempi della loro genialità. Questa originalità dell'assistenza infermieristica va salvaguardata.

Potremmo quindi sostenere che in realtà questi cambiamenti costituiscono solo una modifica del contesto entro cui l'assistenza infermieristica può essere erogata, di conseguenza vanno letti non come FINI bensì come MEZZI per migliorare l'assistenza infermieristica, mantenendo invariata la sua originalità storica e concettuale.

2) La seconda questione, che si riallaccia a quanto appena affermato, è di natura più pratica e si può esplicitare meglio chiedendosi, in modo semplicistico ma a mio avviso efficace, due cose:

- *le persone assistite che vantaggi hanno tratto (o possono trarre) da questi cambiamenti avvenuti nella professione infermieristica?*
- *e gli infermieri, concretamente, sono più soddisfatti del loro lavoro? Riescono a svolgerlo con maggiore professionalità e dedizione? La professione attrae più giovani?*

E' evidente come questi due quesiti siano strettamente correlati fra di loro e per rispondervi occorrerebbe un lungo ed articolato dibattito sostenuto da notevoli riscontri.

Vorrei quindi effettuare solo alcune annotazioni per aiutare nella formulazione di un giudizio sull'attuale situazione infermieristica, evidenziando alcune criticità che a mio avviso la professione vive partendo da alcuni dati oggettivi di contesto.

GLI INFERMIERI OGGI: alcuni dati di contesto

Gli iscritti all'IPASVI sono circa 340 mila, in prevalenza donne (% variabile tra il 75 e il 79% in base alle fonti) e giovani (il 54,8% è sotto i 34 anni, mentre il 77% sotto i 40). La maturità è posseduta dal 61,3% degli infermieri e va annotato che secondo i dati ISTAT il dato nazionale è collocato intorno al 35%.

L'ospedale è la sede principale di lavoro (83,3%) mentre il 13,6% opera in strutture extraospedaliere e solo il 3,1% in residenze territoriali. I liberi professionisti sono poco meno del 3% del totale.

Se analizziamo l'impegno sindacale e politico: il 43% risultano iscritti ad un sindacato (attivi solo 8%) mentre il 9% dichiara di partecipare alla vita politica, così come poco meno del 10% è impegnato attivamente nei collegi IPASVI. Queste percentuali sono differenti tra uomini e donne (maggiori nei primi) e tra centro-sud e nord (maggiori al meridione).

Accanto a questi dati per poter effettuare alcune osservazioni non bisogna dimenticare altri fattori di contesto come:

- *la modifica dei bisogni di salute legata a modifiche nel quadro epidemiologico e nosologico nella popolazione (aumento degli anziani, delle disabilità, della cronicità ...);*
- *il sistema sanitario è instabile ed in continuo mutamento, basti pensare al numero di riforme sanitarie degli ultimi anni e all'attuale organizzazione ospedalocentrica;*
- *il problema economico (risorse limitate a fronte di aumento dei costi del personale, delle prestazioni - vedi ultimo editoriale Agorà di dicembre 04)*

Criticità di una professione in crescita

Cultura e consapevolezza professionale: per cultura professionale intendo sostanzialmente la modalità con cui un professionista vive il suo lavoro, come si pone nei confronti degli altri professionisti, verso la popolazione, come trasmette il suo essere professionista. Su questo versante vanno annotati sia aspetti positivi che negativi.

L'infermiere ancora oggi, troppo spesso si legge e vive il proprio ruolo come dipendente da altri, come esecutore. I modelli organizzativi attualmente più utilizzati (quelli per compiti) sono una rappresentazione di questo aspetto.

La diffusione delle riviste scientifiche infermieristiche e soprattutto la produzione di ricerche o pubblicazioni da parte di infermieri italiani è ancora troppo bassa anche se in notevole crescita.

Va annotato che sempre di più la consapevolezza del proprio ruolo emerge come desiderio di formazione e aggiornamento: due esempi, per l'accesso alla Laurea specialistica ogni posto disponibile aveva dieci candidati, il trend delle iscrizioni alla triennale è in crescita).

La nostra è una Professione di servizio, correlata a disagi lavorativi rilevanti (lavoro per turni e festivi, tipologia di attività) che nell'attuale società non costituisce certo un modello da imitare. Ciò è testimoniato dall'aumento delle richieste ai servizi di medicina del lavoro per la valutazione dell'idoneità lavorativa e anche dall'aumento delle richieste di part-time o orari agevolati. Infatti secondo indagine FN-IPASVI nel 2000: il 7% aveva un contratto PT (oggi in molte aziende si sta saturando il limite massimo previsto del 25%) mentre il 6% risultavano inidonei (cioè il doppio dei liberi professionisti !).

Assenza di una competitività interna alla professione e di un reale e visibile percorso di carriera: con questo vorrei evidenziare come non ci sono ancora le basi normative e professionali per costruire percorsi di carriera differenziati (esempio il percorso manageriale o quello clinico tipico del professional) basati su una adeguata considerazione dei percorsi formativi effettuati e su di una valutazione delle reali competenze dimostrate. Da ciò consegue un sostanziale appiattimento dell'intera professione e una bassa attrazione tra i giovani.

A voi ulteriori osservazioni o commenti. Grazie per l'attenzione.

Fonti bibliografiche

- Comitato centrale, a cura di "Infermiere e libera professione" - pubblicazione FN-IPASVI - maggio 2004
- Quaderni dell'infermiere n. 9 e 10 - maggio e ottobre 2004
- Sito www.ipasvi.it
- C. Cipolla -G. Artioli: "La professionalità del care infermieristico". Risultati della prima indagine nazionale - Franco Angeli - Milano 2003

Infermieri ed elezioni regionali:

cosa chiede la professione alla politica

Il prossimo aprile, si terranno le elezioni Regionali per il rinnovo delle più alte cariche Politiche Lombarde. Il coordinamento dei Collegi della Lombardia ha avviato una riflessione tesa a focalizzare i punti qualificanti sui quali impegnare coloro che reggeranno l'VIII legislatura della nostra Regione. La preoccupazione con la quale il Collegio di Como ha partecipato al gruppo regionale che ha elaborato il documento che segue, è stata quella di evitare di porsi come soggetto politico di parte, visto che rappresenta la totalità dei professionisti che evidentemente hanno posizioni politiche diversificate, bensì come fattore di proposta e di miglioramento partendo dal punto di vista dei professionisti infermieri, infermieri pediatri e Assistenti Sanitari che costituiscono il Collegio.

Il risultato di questa riflessione al livello regionale è il documento che segue che verrà utilizzato come base per **incontrare i candidati alla presidenza della Regione - Formigoni e Sarfatti - il giorno 18 marzo 2005 presso il circolo della stampa a Milano.**

L'augurio è questa sia la possibilità di continuare e sviluppare ulteriormente il dialogo con le istituzioni regionali come è avvenuto in questo passato recente, indipendentemente dalla appartenenza politica, consapevoli del ruolo fondamentale che ha la nostra professione nel panorama della sanità Lombarda.

ECCO IL DOCUMENTO ELABORATO DAI COLLEGI LOMBARDI: Decalogo per una nuova politica della salute

La vera sfida che la professione infermieristica sta affrontando riguarda soprattutto il passaggio da una prati-

ca fondata sulla tradizione a una pratica supportata e sostenuta dalle prove di efficacia. L'infermiere, professionista della salute, è chiamato ad assicurare, in ragione delle competenze acquisite e ormai unanimemente riconosciute, il controllo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie svolte nelle strutture, siano pubbliche o private, e nell'esercizio della libera professione, programmando e governando il miglioramento complessivo delle prestazioni con un impegno anche nella ricerca e nella messa a punto di linee-guida.

Gli infermieri devono essere riconosciuti quali risorsa strategica per il sistema sanitario e protagonisti di una "nuova sanità", che faccia proprio il concetto di integrazione fra ospedale e territorio e coniughi i principi dell'organizzazione con la responsabilità del processo assistenziale. Per far questo, e per favorire il raggiungimento di concrete azioni di programmazione e gestione, è necessario:

1. Sviluppare un modello di welfare lombardo in grado di migliorare la risposta ai bisogni di salute degli anziani, dei portatori di disagio psichico e dei diversamente abili a garanzia della continuità assistenziale;
2. Adeguare la programmazione del fabbisogno formativo infermieristico per garantire livelli appropriati nella pratica clinica assistenziale;
3. Adeguare le risorse infermieristiche agli standard internazionali attraverso specifici interventi strutturali anche rivolti agli indici di programmazione formativa e della gestione delle figure di supporto;
4. Istituire l'infermiere di famiglia, come previsto dal documento Salute XXI dell'OMS e dalla dichiarazione di Monaco condivisa da

tutti i Ministri della Sanità dei Paesi europei;

5. Incentivare e valorizzare la formazione post-base al fine di rendere la risposta assistenziale nelle aree specialistiche più adeguata ai bisogni di salute del cittadino;
6. Favorire la crescita della ricerca per sviluppare un'assistenza basata sull'evidenza (*Evidence Based Nursing*);
7. Istituire gli ambulatori infermieristici negli ospedali e sul territorio con convenzioni regionali, sul modello in atto per la medicina generale, al fine di migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi di assistenza infermieristica distrettuale previsti dai LEA;
8. Applicare concretamente in tutte le strutture la Legge 251/2000 con conferimento di incarico per una direzione infermieristica articolata su strutture semplici/complesse nelle Aziende Sanitarie;
9. Adeguare i trattamenti economici nel sistema sanitario pubblico agli standard dell'Ue, consentendo agli infermieri la possibilità di esercitare la libera professione intra ed extra moenia;
10. Intervenire a livello governativo e della Conferenza Stato-Regioni, di concerto con le O.O.S.S., nella trasformazione delle prestazioni aggiuntive in attività libero professionale;

*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*



Professione e responsabilità

I protocolli infermieristici quali strumenti di integrazione orizzontale per ridurre gli errori

a cura di Barbara Mangiacavalli

Il percorso viene proposto per condurre una riflessione sul valore e sull'efficacia dei protocolli in ambito sanitario ai fini dell'integrazione professionale e del miglioramento continuo della qualità assistenziale in ospedale.

L'esistenza di un'ampia letteratura ricca di definizioni concettuali, richiede una disamina dettagliata dei diversi contributi bibliografici dalla quale scaturisce la scelta di identificare il PROTOCOLLO come "Strumento informativo che definisce un modello formalizzato di comportamento professionale; esso descrive una successione di azioni fisiche, mentali, verbali con le quali gli infermieri/operatori raggiungono un determinato obiettivo. I protocolli sono strumenti di integrazione orizzontale, cioè tra professionisti; i medesimi utilizzatori devono essere coloro che li elaborano su basi scientifiche ed esperienziali, pertanto, sono utilizzabili solo nel contesto in cui vengono elaborati"¹.

Secondo Mintzberg² il coordinamento dei vari sottosistemi di cui è composta un'organizzazione avviene attraverso cinque meccanismi di coordinamento, tra cui risulta importante la standardizzazione (degli output, delle conoscenze/competenze e dei processi di lavoro) e cioè la predeterminazione e la formalizzazione dei comportamenti attraverso molteplicità di strumenti nel nostro caso i protocolli. L'importanza della standardizzazione in ambito sanitario scaturisce dalla capacità di tale processo di intervenire positivamente sulle esigenze di integrazione, essenzialmente attraverso una riduzione della discrezionalità di comportamento degli operatori sostenuta uniformando i processi di lavoro rispetto a prassi di riferimento considerate ottimali. La logica di fondo che sottende alla standardizzazione è, infatti, sintetizzabile con i termini "predefinire, formalizzare, uniformare" e l'effetto sulla limitazione della discrezionalità e variabilità di comportamento è proporzionale al grado di standardizzazione adottato.

Tutti gli aspetti concettuali che si accompagnano all'applicazione di standard e alla standardizzazione possono apparire in contrasto con il requisito fondamentale delle prestazioni erogate dagli infermieri: la personalizzazione dell'intervento assistenziale.

Il contrasto evidente tra i concetti di standardizzazione e personalizzazione dipende dal fatto che mentre il primo termine rimanda alla routinarietà ed alla uniformità dei comportamenti, il secondo afferma la specificità e la coerenza degli stessi rispetto alle esigenze dell'utente.

Le istanze di standardizzazione e personalizzazione nell'ambito dell'assistenza infermieristica non sono incompatibili. Personalizzazione e standardizzazione possono

coesistere se il professionista si dimostra in grado di erogare prestazioni assistenziali che garantiscano, al contempo, il livello qualitativo stabilito dallo standard di riferimento e l'originalità della risposta verso la singola persona assistita. Dal punto di vista professionale il protocollo rappresenta il riferimento su cui basare un'assistenza che sia espressione della personalizzazione di comportamenti scientificamente riconosciuti come ottimali. L'utilizzo di protocolli consente di diminuire la variabilità di alcune attività assistenziali e di proporre una pratica basata sulle evidenze scientifiche. Per attività e procedure nuove facilita l'adozione di comportamenti periti e diligenti.

A titolo esemplificativo si presenta lo schema di riferimento diffuso all'interno dell'Istituto Policlinico San Matteo per la costruzione di protocolli.

1. **SCOPO** (introduce l'argomento descritto, specifica il titolo)
2. **APPLICABILITÀ** (categorie di soggetti ai quali si applica il protocollo; vincoli e limiti del protocollo, viene specificato se ci sono condizioni restrittive o viene applicato totalmente. Si individuano in questo campo le ragioni che permettono di valutare il protocollo come uno strumento non totalmente rigido che può prevedere interventi discrezionali e interventi modificabili in virtù della personalizzazione dell'assistenza)
3. **DOCUMENTI DI RIFERIMENTO** (protocolli collegati, documenti generati)
4. **ABBREVIAZIONI E GLOSSARIO** (campo destinato a tutte le definizioni necessarie per spiegare i termini tecnici e le abbreviazioni del protocollo)
5. **OBIETTIVI DEL PROTOCOLLO** (indica cosa si vuole raggiungere in termini generali e specifici attraverso l'applicazione del protocollo; non viene prevista la definizione di livelli quali/quantitativi dei risultati attesi o standard di risultato).
6. **RESPONSABILITÀ** (descrive il livello di responsabilità dei diversi operatori rispetto al protocollo. È possibile prevedere diversi livelli: C (coinvolto), I (informato), R (responsabile).
7. **INDICAZIONI GENERALI** (in questo campo devono trovare spazio tutti quegli elementi fisici, psicologici e socio-culturali che permettono di individuare la presenza di un bisogno di assistenza infermieristica)
8. **RISORSE IMPIEGATE** (ci si riferisce alle risorse strumentali quali i materiali e umane quali il personale necessario).
9. **CONTENUTO DEL PROTOCOLLO** (descrive gli interventi assistenziali da realizzare; per lo sviluppo di tale

campo sono state predisposte tre griglie che favoriscono il ragionamento e il supporto per le decisioni relative ad eventuali esigenze di personalizzazione degli interventi: 1 Realizzazione di una tecnica infermieristica; 2 Assistenza durante l'esecuzione di una manovra diagnostico terapeutica eseguita dal medico; 3 erogazione di un processo di assistenza infermieristica)

10. **BIBLIOGRAFIA** (pubblicazioni dell'editoria nuova e tradizionale, i riferimenti non devono essere obsoleti). Qualora non venisse reperita bibliografia mirata sull'argomento, in tale campo deve essere citato il tipo di fonte informativa utilizzata: esperienza personale, partecipazioni a convegni/congressi/seminari, parere dell'esperto.

Logo aziendale	TITOLO (deve essere pertinente con i contenuti espressi, compare in ogni pagina)	Data	n. progr. SITRA
Unità operativa		Pag0/0	Cod.qualità

Stato delle modifiche				
Edizione	00	01	02	03
A cura di				
Verificato da				
Approvato da				
Data revisione				
Oggetto della modifica				

I limiti e i vantaggi che si riscontrano nella diffusione di protocolli a livello aziendale sono: resistenze al cambiamento per mantenere consuetudini, timore della valutazione del proprio operato, paura dell'aumento di lavoro, mancanza di incentivi soprattutto di natura economica, potenziamento dei momenti di scambio e confronto, aggiornamento professionale, aumento della motivazione.

Bibliografia

- Atti del Corso residenziale tenutosi a Varenna 16-18 maggio 2000 e Lainate, gennaio-maggio 2001, *Contributo Infermieristico all'elaborazione e implementazione di linee guida in neonatologia*, EDITEAM s.a.s., Ferrara, 2002
- Mintzberg *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1996
- P. Motta *Protocolli infermieristici un inquadramento concettuale e metodologico*, L'Infermiere Dirigente,
- M. Casati, G. Lazzari, *Evoluzione e rilevanza dell'evidence based nursing: aspetti concettuali e metodologici*, Scenario 2000; 17 (3): 4-13, 11.
- M. Casati *La documentazione infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 1999

¹ M. Casati, G. Lazzari, *Evoluzione e rilevanza dell'evidence based nursing: aspetti concettuali e metodologici*, Scenario 2000; 17 (3): 4-13, 11.

² Henry Mintzberg *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1996



NOTIZIE IN PILLOLE

Nella seduta del 16/02/05, il Consiglio Regionale ha approvato con deliberazione n. VII/20950, IL PROTOCOLLO D'INTESA tra la Regione e le Università ubicate in Lombardia per la stipula di convenzioni relative ai corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Con questo protocollo vi è una maggiore definizione delle responsabilità e dei contributi delle diverse istituzioni interessate: Regione - Università - Aziende Ospedaliere. Per la prima volta si avvia un sistema di controllo del possesso dei requisiti richiesti per effettuare la formazione (strutturali, di dotazioni strumentali, di personale,...) pena la decadenza della possibilità di essere sede formativa. Infine, viene valorizzato il ruolo del Coordinatore di sezione, il cui incarico può avvenire anche attraverso l'istituto delle dirigenza previsto dalla legge 251/2000.

Tutto questo è un ulteriore passo avanti per una migliore qualità della formazione, considerando anche la fattiva e propositiva collaborazione avvenuta tra Coordinamento Regionale dei Collegi e la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia che ha recepito le istanze della professione.

Nuovo codice attività infermieristiche

In seguito a segnalazioni di numerosi collegi e liberi professionisti, la Federazione Nazionale IPASVI, in data 26 gennaio 2005, ha inviato alla Agenzia delle Entrate Direzione Generale Sanità una richiesta di modifica del codice con il quale vengono identificate le attività infermieristiche necessario per l'apertura della partita IVA, per renderlo più consono alle attuali competenze e specificità della professione infermieristica. Infatti, a seguito di una modifica del sistema di codifica le "attività sanitarie svolte da infermieri" (precedente denominazione) è confluita nel codice 85.14.2 "attività professionali paramediche". E' una richiesta legittima e necessaria, e costituisce un tassello per una sempre maggiore tutela e riconoscimento della professione infermieristica.



È evidente che...

a cura di IID Adriana Capalbo*, IID Luigia Caldera **

Per ridurre al minimo l'incidenza di infezioni delle vie urinarie (IVU) associate a catetere vescicale (c.v.), la prevenzione migliore è quella di evitare l'applicazione di cateteri in pazienti che non ne hanno assoluta necessità e/o di rimuoverli appena possibile.

A fronte di tale lapalissiana affermazione, si ritiene però importante affrontare ancora una volta questa tematica, ormai erroneamente inflazionata, poiché i dati epidemiologici indicano che una percentuale variabile tra il 5 e il 12 % dei ricoverati è interessata da infezioni nosocomiali e di queste, le IVU sono quelle che hanno un'incidenza maggiore, con percentuali che variano dal 30 al 40% del totale; in particolare, la popolazione ospedalizzata acquisisce IVU in circa l'80% dei casi a seguito di cateterizzazione. Le IVU sono comunque generalmente benigne e talvolta sono considerate semplicemente una sorta di incidente temporaneo che spesso si autorisolve con la rimozione del catetere; tuttavia, possono indurre complicazioni locali più o meno gravi fin però a giungere anche a complicanze sistemiche gravi. In ogni caso, il Codice Deontologico precisa che: "Nell'agire quotidiano l'infermiere si impegna a non nuocere..."², bensì a "bene facere" e poiché la pratica del cateterismo vescicale è prevalentemente di competenza e responsabilità infermieristica (si ricorda che il mansionario stabiliva precise disposizioni in merito), viene spontanea la considerazione che, se ancora permane alta la percentuale di IVU associate a cateterismo, gli infermieri hanno verosimilmente delle responsabilità legate a tale pratica.

Gli infermieri, con i nuovi presidi a disposizione e la ricerca nel campo, hanno già modificato ed evoluto nel

tempo l'applicazione del catetere alle persone che assistono e la gestione conseguente: il riciclo dei cateteri, la pratica routinaria delle lavande vescicali, i sacchetti di raccolta non sterili... di sicuro sono solo dei ricordi. Eppure, alla luce dei dati sopra esposti, è probabilmente necessario verificare ancora l'attuale pratica in uso e confrontarla con i principi ed i concetti che oggi sono ritenuti di provata efficacia³.

Scopo di questa revisione della letteratura è quello di verificare e diffondere quali siano ad oggi le migliori prove di efficacia disponibili relativamente all'applicazione e gestione del catetere vescicale.

Materiali e metodi

La revisione della letteratura (tabella 1), rivolta solo a documenti in lingua inglese/francese/italiana, senza limiti di tempo, si è svolta nelle seguenti fasi:

1. reperimento di linee guida sulla più fornita banca dati delle stesse e sui siti delle principali istituzioni internazionali che producono e diffondono tali strumenti (vedi tabella). Tale ricerca ha consentito di reperire due linee-guida di cui la prima (Centres for Diseases Control and Prevention - CDC - 1981) un po' datata e la seconda (Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé - ANAES - 1999) che costituisce un adattamento ed integrazione di quella dei CDC.
2. reperimento di revisioni sistematiche prodotte dalla Cochrane Collaboration (CC). Tale ricerca ha consentito di reperire tre documenti che trattano aspetti specifici del cateterismo vescicale e che sono serviti per integrare le raccomandazioni di cui sopra.
3. ricerca sul sito del Joanna Briggs Institute (JBI), istituzione accade-

mica infermieristica australiana, che produce revisioni sistematiche dalle quali deriva i cosiddetti "Best Sheets". Tale ricerca ha prodotto un documento del 2000 e due revisioni sistematiche di cui la più recente (2004) non è stata inclusa nella nostra analisi in quanto non disponibile on line;

4. consultazione del sito dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con reperimento di un protocollo del 2003, anch'esso basato prevalentemente sulle linee guida del CDC del 1981.

Data la nota autorevolezza delle agenzie produttrici dei documenti reperiti, non si è ritenuto opportuno procedere a valutazione critica degli stessi ed al reperimento di studi primari.

Discussione

Si riporta di seguito la traduzione delle raccomandazioni dei CDC che pur risalendo al 1981, costituiscono ad oggi il principale punto di riferimento dei documenti elaborati successivamente. Si è ritenuto opportuno integrare quanto raccomandato dai CDC con quanto riportato dagli altri documenti reperiti, al fine di meglio dettagliare alcuni aspetti delle raccomandazioni.

Le indicazioni fornite dai CDC assumono una diversa forza a seconda del tipo di studi di ricerca che ne è alla base, come specificato nel seguente sistema di classificazione:

Categoria I: misure fortemente raccomandate, in quanto si basano su studi clinici strutturati e controllati o giudicati utili dalla maggior parte degli esperti.

Categoria II: misure moderatamente raccomandate, derivanti da studi clinici che sostengono fortemente la loro efficacia o il cui fondamento teorico è valido e pertinente.

Categoria III: misure debolmente

raccomandate, proposte da ricercatori, esperti o organismi diversi, la cui efficacia non è ancora stata dimostrata e il cui fondamento teorico non è solido. Sono relative a questioni che devono essere sottoposte ad ulteriori studi di ricerca.

Considerazioni conclusive

La revisione della letteratura presentata ha messo in evidenza come, ad oggi, il principale riferimento scientifico per la gestione dei c.v. resti il documento elaborato dai CDC nel 1981 e mai revisionato. Poiché anche le fonti più recenti consultate fanno comunque riferimento al suddetto documento, riteniamo che la ricerca scientifica, su questo tema, non ha probabilmente prodotto nulla di sostanzialmente nuovo negli ultimi 20 anni.

L'aver preso in considerazione solo i documenti disponibili on-line è sicuramente un limite della revisione svolta, in quanto non possiamo verificare se la revisione del JBI del 2004 ha apportato importanti modifiche rispetto al documento sopra citato. In ogni caso, le raccomandazioni dei CDC potrebbero essere ritenute dai più scontate e banali, ma l'elevata incidenza delle IVU, ancora ai giorni nostri, deve far riflettere sulla misura in cui tali raccomandazioni sono realmente conosciute ed applicate nel-

l'assistenza alle persone, in tutti gli ambiti.

Le indicazioni di cui sopra possono costituire il punto di riferimento per l'elaborazione di protocolli operativi nei quali si possono circostanziare alcuni aspetti che la trattazione, in questo articolo, non ha potuto necessariamente approfondire: tali protocolli potranno tradurre, nella pratica quotidiana, le migliori prove di efficacia.

Per noi che ci prendiamo cura dei malati, il nostro nursing è qualcosa che, se non facciamo progredire ogni anno, ogni mese, ogni settimana, credetemi sta andando indietro. (Florence Nightingale)

Bibliografia

- ANAES - Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé - a cura del Service Evaluation en Etablissements de Santé (1999) *Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires* Parigi.
- Brosnahan J., Jull A., Tracy C. (2004) Types of urethral catheters for management of short term voiding problems in hospitalised adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews.
- CDC - Centres for Diseases Control and Prevention - (1981) *Guideline for Prevention of Catheter-associated*

Urinary Tract Infections Atlanta.

- Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. (1999) *Codice Deontologico*.
- Dunn S., Pretty L., Reid H., Evans D. (2000) Management of short term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery.
- Fryklund B., Haeggmann S., Burman LG., (1997) Transmission of urinary bacterial strains between patients with indwelling catheters nursing in the same room and in separate rooms compared. *J Hosp Infect* 36: 147-153
- Griffiths R., Fernandez R., (2005) Policies for the removal of short term indwelling urethral catheters The Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Istituto Superiore di Sanità (2003) *Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali* Rapporti ISTISAN 03/40.
- Jain P., Parada PJ, David A., Smith LG. (1995) Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalised medical patients. *Arch Intern Med*, 155:1425-9.
- Niel-Weise BS, van den Broek PJ., (2005) Urinary catheter policies for long term bladder drainage The Cochrane Database of Systematic Reviews.

* A.O. Sant'Anna Como - Responsabile Qualità e Ricerca - SITRA

** A.O. Sant'Anna Como - Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria - Sede di Como

¹ Istituto Superiore di Sanità (2003) *Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali* Rapporti ISTISAN 03/40

² Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. (1999) *Codice Deontologico* - Art.2.6.a

³ "L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate ed aggiornate così da garantire alle persone le cure e l'assistenza più efficaci". Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. (1999) *Codice Deontologico* - Art. 3.1.

Tabella 1 - Revisione della letteratura

Fonti consultate	Strategie di ricerca	numero documenti reperiti	numero documenti pertinenti	Fonti
NGC www.guideline.gov	Browse by Disease/Condition "Urinary tract infection"	10	0	
	Browse by Treat-ment/Intervention "Catheters, Indwelling"	5	0	
	Free Search Urinary catheter*	62	0	
CDC www.cdc.gov	Indice linee-guida	1	1	"Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections" - 1981
ANAES www.anaes.fr	Indice linee-guida	1	1	"Qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires" - 1999
SIGN www.sign.ac.uk	Indice linee-guida	1	0	
PNLG www.pnlg.it				
NICE www.nice.org.uk				
RCN www.rcn.org.uk				
NZGG www.nzgg.org.nz				
AHQR www.ahcpr.gov	Indice linee-guida	1	0	
Cochrane Library	"urinary catheterization" (Free and Mesh Search com-bined)	10	3	1. "Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalised adults". - 2004 2. "Policies for the removal of short-term indwell-ing urethral catheters"- 2005 3. "Urinary catheter policies for long-term blad-der drainage" - 2005
Joanna Briggs Institute (JBI) www.joannabriggs.edu.au	Indice Revisioni sistematiche	2	2	"Management of Short-Term Indwelling Urethral Catheters to Prevent Urinary Tract Infections"- 2000 e 2004 (aggiornamento)
	Indice "Best Sheets"	1	1	"Management of Short Term Indwelling Urinary Catheters" - 2000
Istituto Superiore di Sanità www.iss.it	Indice Pubblicazioni "Rapporti ISTISAN"	1	1	"Protocollo per la prevenzione, la diagnosi e la tera-pia delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri vescicali" - 2003



Fondo sanitario: aumenti record per il 2005

Il fondo sanitario nazionale è aumentato per il 2005 complessivamente per circa 9 miliardi di euro, un aumento record mai registrato prima. Si raggiungerà così quota 90,2 miliardi di euro, con un aumento medio di circa il 9% rispetto all'anno precedente. Le novità riguardano non solo le cifre ma anche per i criteri di riparto del fondo tra le diverse regioni. Verrà ad esempio estrapolato il finanziamento per gli extracomunitari, e vi sarà un adeguamento in base ai dati di popolazione di ciascuna regione.

(fonte: il sole 24 ore sanità, 8-14 febbraio 2005)

Categoria I Fortemente raccomandate Personale	Categoria II Moderatamente raccomandate Personale	Categoria III Debolmente raccomandate	Osservazioni
<p>Il c.v. dovrebbe essere manipolato solo da coloro (personale ospedaliero, familiari, pazienti stessi) che conoscono la tecnica asettica adeguata per suo posizionamento e la sua gestione.</p>	<p>Il personale ospedaliero e tutti coloro che gestiscono un c.v. dovrebbero seguire periodicamente corsi di formazione pratica che mettono l'accento sulla correttezza della tecnica e sulle potenziali complicanze del cateterismo vescicale.</p>		
<p>Indicazioni per il cateterismo vescicale Il c.v. dovrebbe essere posizionato solo se strettamente necessario e lasciato in sede per il minor tempo possibile. Il cateterismo vescicale non dovrebbe essere praticato nel solo interesse del personale curante.</p>		<p>Indicazioni per il cateterismo vescicale In casi selezionati, altri metodi di drenaggio urinario come l'uso del condom, il cateterismo sovrapubico ed il cateterismo vescicale a intermittenza, possono essere valide alternative all'introduzione di un catetere a permanenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In uno studio, che ha coinvolto pazienti ospedalizzati, il c.v. si è rivelato ingiustificato nel 21% dei casi di primo posizionamento e nel 47% dei casi di sostituzione. (Jain et al, 1995) • La sola motivazione dell'incontinenza non è un'indicazione per il posizionamento di un c.v. a permanenza (ANAES) • Secondo l'ISS è il medico che deve valutare i possibili metodi alternativi al c.v. A nostro avviso sarebbe auspicabile, in questa circostanza, l'integrazione delle competenze professionali.
<p>Lavaggio della mani Deve essere sempre effettuato immediatamente prima e dopo la manipolazione del c.v. e del sistema di drenaggio.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • ISS specifica che tale lavaggio deve essere effettuato con soluzione antisettica alcolica. Sottolinea inoltre l'importanza del lavaggio delle mani anche prima e dopo le attività di cura del paziente cateterizzato.
<p>Inserimento del c.v. Il c.v. dovrebbe essere inserito utilizzando una tecnica asettica e materiale sterile. I c.v. a permanenza dovrebbero essere adeguatamente fissati al fine di evitare la rimozione accidentale e trazioni sull'uretra.</p>	<p>Inserimento del c.v. Il materiale necessario è rappresentato da guanti, campo sterile ed un antisettico appropriato per la disinfezione peri-uretrale oltre che da un tubetto monodose di soluzione lubrificante. Al fine di minimizzare il rischio di trauma uretrale, il calibro del c.v. dovrebbe essere il più piccolo possibile ma tale da garantire un buon drenaggio.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Secondo la revisione della CC (n.1) gli unici c.v. che consentono una riduzione della batteriuria in pazienti cateterizzati per un max di 14 gg., sono quelli impregnati di gel idrofilo contenente argento. Per quelli impregnati di antibiotici non è ancora stata dimostrata l'efficacia. Sembrerebbe invece che i c.v. in silicone producano meno effetti collaterali negli uomini sottoposti a cateterizzazione rispetto a quelli in lattice. • Negli uomini il lubrificante anestetico sembra essere più efficace se instillato in uretra. L'effetto massimo si ottiene dopo 10 minuti. (ISS) • Per le dimensioni del c.v. l'ANAES consiglia un calibro da 12 a 16 CH, l'ISS un calibro da 10 a 14 CH per gli uomini e da 14 a 16 CH per le donne. • Qualora la cateterizzazione avvenga in ambito domestico l'ISS ritiene sufficiente una "tecnica pulita".
<p>Sistema di drenaggio Il sistema di drenaggio dovrebbe essere permanentemente tenuto chiuso e sterile. Il c.v. ed il tubo di drenaggio non dovrebbero mai essere disconnessi a meno che, in casi eccezionali, non sia necessario effettuare delle irrigazioni (vedi oltre).</p>		<p>Sistema di drenaggio In caso di disconnessione accidentale o perdi-te, il sistema di drenaggio dovrebbe essere sostituito con tecnica asettica, dopo disinfezione della giuntura c.v./tubo di drenaggio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In assenza di sistema chiuso, entro 4 giorni si manifesta batteriuria nel 100% dei pazienti con c.v. (ISS, ANAES) • I principi fondamentali del sistema chiuso, secondo l'ANAES, sono così riassumibili: <ul style="list-style-type: none"> - c.v. e sacca di raccolta devono essere posizionati e rimossi contemporaneamente. - lo svuotamento della sacca deve essere effettuato in maniera asettica attraverso il rubinetto. - il rubinetto non dovrebbe mai toccare terra o superfici potenzialmente contaminate. • Non è verificato che aggiungere sostanze antimicrobiche nella sacca consenta di ridurre il rischio di IVU (ISS e JBI)

Categoria I Fortemente raccomandate Irrigazione	Categoria II Moderatamente raccomandate Irrigazione	Categoria III Debolmente raccomandate	Osservazioni
<p>Qualora sia indispensabile effettuare l'irrigazione dovrebbero essere utilizzati uno schizzettone e del liquido di irrigazione sterili monouso. La persona che effettua l'irrigazione deve seguire una tecnica asettica.</p>	<p>L'irrigazione dovrebbe essere evitata qualora l'ostruzione del c.v. sia prevedibile (ad es. dopo chi-rurgia della prostata o della vescica); in questi casi è utile munirsi di un sistema chiuso di irrigazione continua.</p> <p>Per rimuovere un'ostruzione dovuta a coaguli, pre-senza di muco ed altre cause è possibile ricorrere ad irrigazione intermittente. La giunzione c.v./tubo di drenaggio dovrebbe essere disinfettata prima della disconnessione.</p> <p>L'irrigazione continua della vescica con agenti antimicrobici non si è dimostrata essere una pratica utile e non dovrebbe quindi essere effettuata routinariamente come misura di prevenzione delle infezioni.</p> <p>Se il c.v. si ostruisce, necessitando di frequenti irrigazioni per il mantenimento della pervietà, la sonda deve essere sostituita perché è molto probabile che essa stessa contribuisca all'ostruzione (es. formazione di incrostazioni)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • ISS: preferire cateteri a tre vie quando è prevedibile l'irrigazione
<p>Prelievo di urine</p> <p>Qualora sia necessario prelevare per esami un piccolo campione di urine fresche si può disinfettare l'estremità distale del c.v. o, preferibilmente, la valvola di prelievo, se disponibile, e aspirare la quantità di urina necessaria con ago e siringa sterili.</p> <p>Volumi più ampi di urina dovranno essere ottenuti, con tecnica sterile, dal sacchetto di raccolta</p>			<ul style="list-style-type: none"> • L'ISS e l'ANAES confermano la necessità di tecnica sterile nel prelievo di urine • Qualora le urine raccolte non possa-no essere immediatamente sottoposte ad urinocoltura, il campione va conservato a 4°C per 12-24 ore, al fine di mantenere inalterata la conta batterica (ISS)
<p>Drenaggio delle urine</p> <p>Il drenaggio delle urine non dovrebbe essere mai interrotto tranne che per la raccolta di urine o altre ragioni mediche e comunque solo temporaneamente ed occasionalmente.</p> <p>Per garantire un miglior drenaggio delle urine:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il c.v. ed il tubo di drenaggio non dovrebbero presentare torsioni; 2. il sacchetto di raccolta dovrebbe essere svuotato regolarmente utilizzando un contenitore diverso per ogni paziente (il rubinetto di svuotamento ed il contenitore non sterile non dovrebbero mai entrare in contatto); 3. un c.v. mal funzionante od ostruito dovrebbe essere irrigato (vedi sopra) o se necessario sostituito; 4. il sacchetto di raccolta delle urine dovrebbe essere sempre posto ad un livello inferiore rispetto alla vescica. 			
	<p>Cura del meato</p> <p>Due studi hanno dimostrato che sia l'antisepsi due volte al giorno con soluzione a base di iodio sia l'igiene quotidiana con acqua e sapone del meato uretrale, non sembrano ridurre le infezioni associate al cateterismo vescicale.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le fonti consultate sembrano concordare che la cura del meato con soluzioni antisettiche non riduce l'incidenza di IVU rispetto alla igiene personale standard.

Categoria I Fortemente raccomandate	Categoria II Moderatamente raccomandate	Categoria III Debolmente raccomandate	Osservazioni
	Frequenza di sostituzione del c.v. Il c.v. non dovrebbe essere sostituito ad intervalli di tempo decisi arbitrariamente.		<ul style="list-style-type: none"> • Si consideri che il rischio di contrarre un IVU in pazienti portatori di c.v. aumenta dal 3 al 6% per ogni giorno di cateterizzazione. (Revisione CC n.1) • Il c.v. va rimosso quando non più necessario (ISS)
		Separazione dei pazienti portatori di c.v. Al fine di minimizzare il rischio di infezioni crociate i pazienti portatori di c.v. a permanenza e che presentano un IVU non dovrebbe condividere la stanza con pazienti non infetti portatori di c.v.	• Uno studio (Fryklund ed altri, 1997) ha dimostrato che, fra i pazienti cateterizzati, il rischio di infezione crociata è maggiore fra coloro che condividono la stessa camera, piuttosto che fra coloro che occupano camere diverse.
		Monitoraggio batteriologico Non è ancora stata dimostrata l'efficacia di un regolare monitoraggio batteriologico dei pazienti cateterizzati come misura di prevenzione delle IVU e quindi non è raccomandato	

ECM regionale: cosa cambia?

A cura di IID Paola Zappa

L'introduzione del sistema di Educazione Continua in Medicina in Italia, a partire dal 2002, rappresenta per legge un obbligo deontologico per tutti coloro che esercitano una professione sanitaria.

L'aggiornamento professionale e la formazione permanente, che contribuivano ancora prima della nascita dell'ECM a costruire un'immagine matura dell'infermiere, negli ultimi anni hanno avuto un forte impulso, anche a causa del "moltiplicarsi delle criticità" del contesto sanitario attuale e del conseguente rapido invecchiamento del patrimonio conoscitivo acquisito e dei sempre più brevi cicli di rinnovamento del proprio bagaglio professionale.

Oggi, quindi, la naturale esigenza degli infermieri di un'elevata cultura e capacità per assumere responsabilità e decisioni in tutte le aree dell'assistenza infermieristica, si coniuga alla necessità di acquisire ogni anno un determinato numero di crediti formativi (vedi schema 1).

L'aumento progressivo del numero di crediti utili a sanare il proprio

debito formativo, se da un lato ha dato un forte impulso allo sviluppo dei professionisti della salute, dall'altro ha creato un meccanismo distorto, con una "corsa ai crediti", che non sempre è garanzia di un incremento della competenza e si traduce in un miglioramento delle risposte ai bisogni di salute e ai bisogni di assistenza infermieristica del cittadino e della collettività.

A tutto questo si aggiunge l'ulteriore criticità rappresentata dalla reale capacità, sia in termini di tempo che di risorse, di organizzare e offrire le sufficienti opportunità formative a **tutti** gli operatori della sanità..

È in questo complesso panorama che si è andato ad inserire il Sistema di Educazione Continua in Medicina della Regione Lombardia che, con le sue novità, rappresenta un ambito di interesse per gli infermieri.

Con la DELIBERAZIONE N° VII/18576 del 5 agosto 2004, la Regione ha approvato le "Linee di indirizzo per l'attivazione del Sistema ECM in Lombardia", coerentemente con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella

seduta del 20 maggio 2004, che al punto 10 recita "... *gli operatori sanitari ... sono tenuti a soddisfare il proprio debito annuale attraverso attività che abbiano come obiettivi formativi quelli di specifico interesse per la Regione nella quale operano, in misura determinata dalla stessa e non superiore al 50%. Tali crediti hanno lo stesso valore di quelli acquisiti con attività finalizzate ad obiettivi formativi nazionali*".

Il Sistema Regionale vuole valorizzare i suoi professionisti e intende procedere all'accreditamento, non dei singoli eventi/progetti formativi, bensì dei **provider** (chi organizza la formazione), individuandoli tra i soggetti pubblici e privati, che dimostrino di possedere i requisiti previsti.

I principi generali del modello lombardo possono essere così sintetizzati:

1. La formazione ECM deve rientrare in un processo di sviluppo professionale continuo (Continuous Professional Development - CPD), in quanto necessità del professionista, che diviene attore

Schema 1

CREDITI NEL QUINQUENNIO

- 2002: 10 (minimo 5 massimo 20)
- 2003: 20 (minimo 10 massimo 40)
- 2004: 30 (minimo 15 massimo 60)
- 2005: 40 (minimo 20 massimo 80)
- 2006: 50 (minimo 25 massimo 100)

Ad esempio, per l'anno 2004, chi ha conseguito 15 crediti (minimo previsto), potrà recuperare gli ulteriori 15 nel corso dell'anno 2005; mentre chi ne ha ottenuti fino a 60 (massimo previsto), potrà utilizzare i 30 crediti in esubero per l'anno 2005.

Modificato da fonte:

www.ministerosalute.it/ecm
Sezione Operatori della Salute
Domande e Risposte

Schema 2

FORMAZIONE INDIVIDUALE

- partecipazione a congressi
- partecipazione a corsi residenziali
- attività scientifica
- attività didattica
- autoformazione

FORMAZIONE INTERNA ALL'AZIENDA

- partecipazione a congressi
- partecipazione a corsi residenziali
- attività di formazione "sul campo"

FORMAZIONE ESTERNA

- partecipazione a congressi
- partecipazione a corsi residenziali
- partecipazione a commissioni e gruppi di lavoro
- partecipazione ad attività di progetto
- partecipazione a corsi lunghi di formazione residenziale
- attività di formazione manageriale certificata

Schema 3

REQUISITI E CRITERI GUIDA

- titolo della proposta formativa
- tipologia della proposta formativa
- contesto organizzativo
- nome, qualificazione e curriculum del responsabile del processo formativo e degli eventuali tutor
- numero e professionalità dei partecipanti
- ruolo dei partecipanti
- impegno richiesto ai partecipanti
- tecniche didattiche utilizzate
- periodo di tempo di sviluppo dell'attività
- modalità e criteri per documentare la partecipazione e l'impegno
- modalità e criteri per la valutazione dell'apprendimento
- modalità per la valutazione del processo (ricadute)

nella realizzazione degli obiettivi del Servizio Socio Sanitario Regionale. Il Sistema quindi valorizza e non sanziona i suoi operatori: da obbligo a **necessità volontaria premiata**.

2. Valorizzazione dell'esperienza lavorativa e professionale dei singoli e dei gruppi, mediante la **formazione sul campo**.
3. Introduzione dei primi strumenti di **valutazione della ricaduta** della formazione sulle performance professionali, in termini di miglioramento nelle prestazioni erogate ai cittadini.

Nelle linee di indirizzo vengono illustrate tre specifiche categorie di formazione:

- la **formazione individuale**, caratterizzata dalla libera o autonoma scelta del singolo di partecipare ad attività di formazione rivolte alla propria crescita professionale
- la **formazione interna all'azienda**, con l'obbligo per la persona di partecipare ad attività organizzate dalle aziende e che, principalmente, coniugano obiettivi di crescita professionale del singolo con obiettivi di interesse aziendale
- la **formazione esterna**, con attività di formazione con obiettivi di interesse istituzionale con le tipologie di attività formative ad esse riconducibili (schema 2):

TITOLO DELLA PROPOSTA FORMATIVA

Accoglimento, inserimento e valutazione del personale infermieristico neo assunto/neo assegnato

Tipologia:

attività di addestramento

Contesto organizzativo. Attività svolta a livello:

aziendale

Numero e professionalità degli operatori coinvolti:

N° 80 infermieri (guida) e N° 45 infermieri (neo assunti/neo assegnati)

Periodo di tempo di sviluppo dell'attività:

semestrale per ogni coppia di operatori - complessivamente annuale

Impegno in ore richiesto a ciascun partecipante:

2 h/w per 20 settimane = 40 ore (come massimo; 50% come media)

Obiettivi formativi: (legati all'addestramento e all'inserimento lavorativo)

- Favorire l'integrazione del neo assunto/neo assegnato nella nuova équipe
- Acquisire competenze e abilità per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona
- Valutare il neo assunto/neo assegnato con strumenti e criteri omogenei

Tecniche didattiche:

dimostrazione/tutoraggio

Ore 40 (guida)

attività al letto del malato

Ore 40 (neo ass)

Materiale utilizzato:

griglie di osservazione, schede di valutazione specifiche di UO

Modalità e criteri per documentare la partecipazione e l'impegno:

Fogli firma di infermiere guida e infermiere neo assunto; produzione di schede e loro compilazione

Modalità e criteri per la valutazione dell'apprendimento:

elaborazione di relazioni intermedie e/o documenti conclusivi

Modalità per la valutazione del processo (criteri/strumenti):

cambiamento nei comportamenti: compilazione delle griglie di osservazione e delle schede di valutazione (con indicazione del raggiungimento degli obiettivi di assistenza infermieristica)

Senza entrare nel merito di tutte le tipologie richiamate, si focalizza l'attenzione in particolare alla **Formazione sul campo**, poiché può rappresentare una valida e interessante alternativa ai classici eventi formativi, che richiedono che la persona si sposti dal luogo di lavoro (reparto, servizio, ecc), con tutte le difficoltà e le ben note conseguenze per gli operatori e per le organizzazioni.

Con questa tipologia, la Regione si propone, innanzitutto, di riconoscere un "valore aggiunto" a ciò che quotidianamente i professionisti fanno, relativamente a tutte quelle attività che richiedono uno sforzo ed un intervento di formazione/autof ormazione, purché soddisfino gli specifici criteri del CPD individuati nel citato provvedimento.

In termini generali la formazione sul campo è da intendersi come un'attività che comporta, sia per chi organizza, gestisce o espone delle relazioni, sia per chi funge da uditor e/o partecipante alla realizzazione del percorso formativo, un approfondimento di conoscenze, capacità e abilità, realizzabile grazie ad uno studio individuale o di gruppo.

Della formazione sul campo fanno

parte: a) la partecipazione a commissioni e/o comitati; b) l'audit clinico; c) la partecipazione a gruppi di miglioramento; d) l'attività di addestramento; e) l'attività di ricerca, nella cui progettazione occorre rispettare requisiti e criteri guida presentati nello schema 3.

A titolo esemplificativo si riporta un'ipotesi di formazione sul campo, che mette in evidenza e riconosce, in termini di impegno quotidiano concreto, quanto gli infermieri fanno all'interno delle unità operative, per contribuire all'inserimento lavorativo dei loro colleghi neo assunti o neo assegnati, nonché l'impegno di questi ultimi per sviluppare tutte le competenze necessarie ad erogare l'assistenza infermieristica in quel determinato contesto.

Se si considera che sino al 50% dei crediti può essere legato ad obiettivi di carattere regionale, e ponendo l'ipotesi che vengano attribuiti i 2 crediti per settimana di attività (come da indicazione della Regione Lombardia), ciascun partecipante potenzialmente acquisisce 40 crediti, di cui 20 utili per l'anno in corso. Questo esempio ha l'ambizione di

dimostrare come una funzione, che sino a ieri offriva una gratificazione personale e professionale a coloro che si assumevano questo compito oneroso, oggi può trovare un ulteriore riconoscimento in termini di "necessità volontaria premiata" con crediti, rendendo visibile il valore formativo di ciò che ogni giorno viene fatto, senza peraltro comportare lo spostamento materiale dal proprio luogo di lavoro.

Poiché si ritiene che gli infermieri siano in grado di derivare dall'analisi dell'assistenza infermieristica erogata spunti e strumenti utili per attivare la formazione sul campo, l'aspettativa è di veder crescere questa tipologia di eventi che, spesso, consentono di ottenere molti più risultati in termini di cambiamento nei comportamenti professionali, nonché di qualità delle prestazioni infermieristiche rivolte al cittadino e alla collettività.

Per completezza si segnala che, al gennaio 2005, l'ECM regionale non è ancora in funzione; si è in attesa di indicazioni sulla data di effettiva entrata in vigore del Sistema.



NOTIZIE IN PILLOLE

Lauree: boom delle lauree triennali delle specialistiche delle professioni sanitarie.

In quasi 64 mila hanno fatto domanda di ammissione ai 23 mila posti dei corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie. Rispetto allo scorso anno accademico vi è un aumento di circa 5 mila domande con un aumento del rapporto domande posto che passa da 2,6 a 2,8. I più richiesti sono i fisioterapisti con rapporto D/P di 10, seguono il logopedista a 7,2, dietista a 4,1, il tecnico di radiologia a 3,7 e quindi l'infermiere pediatrico che ha un rapporto domande posti a disposizione pari a 3,5. L'infermiere ha invece un rapporto D/P pari a 1,6 con sostanziali differenze tra nord e sud come attesta la tabella riportata. Sulle lauree specialistiche (avviate da quest'anno) vi sono state 11 mila domande sui 1.112 posti messi a bando evidenziando il grande interesse per l'esordio di questa formazione magistrale.

La situazione degli infermieri

NUMERI	DOMANDE	POSTI	DOMANDE PER POSTO
Totale Nord	5.773	5.910	0,97
Posti non coperti*		468	
Totale Centro	5.884	4.094	1,43
Posti non coperti*		118	
Totale Sud	7.960	2.552	3,11
Posti non coperti*		0	
Totale Italia		0	
Posti non coperti*		586	

* Il numero si riferisce al totale dei posti non coperti nei singoli atenei e non alla differenza domande/posti che in alcune università è di segno positivo

Fonte (il sole 24 ore sanità 11-17 gennaio 2005)



Esperienza in India

A cura di IP Michelina Valle

Il giorno 19 ottobre 2004 partenza da Milano per la sognata Calcutta, scalo a Londra.

Arrivati a Londra ci aspettano tre operatori che ci accompagnano, di corsa, all'aereo per Calcutta, che ci stava aspettando. Finalmente l'aereo parte e noi cinque ci rilassiamo fino all'arrivo a Calcutta alle 7:00 a.m. Usciti dall'aeroporto, aria umida, cielo grigio, prendiamo un taxi che ci porta a destinazione, una pensione "St. Monica's House", molto modesta e immersa nel verde.

Lasciati i bagagli ci rechiamo subito alla Casa Madre, che non è molto distante dal nostro alloggio, dove si presentano tutti i volontari appena arrivati per iscriversi ed essere poi mandati nei centri dove si opererà per il resto del soggiorno.

Nella Casa Madre ci offrono la colazione e iniziamo a conoscere gli altri volontari che vengono da tutte le parti del mondo, anche se poi il mio gruppo sarà quello con cui sono partita: Francesco, infermiere come me, Alessandro, il medico, Daniela una ragazza impiegata e il più giovane Alessandro, studente diciottenne. Per me era la prima esperienza. Ero molto entusiasta dell'esperienza che stavo per vivere e non vedevo l'ora...

Inizia il giro per scegliere il centro.

Prima tappa: KALIGHAT, la casa dei morenti. È la prima casa fondata da Madre Teresa, donata dal Comune nel 1953, dove i moribondi raccolti dai marciapiedi della stazione di Calcutta vengono portati per avere una morte dignitosa. In origine questo centro era adibito come tempio in onore della Dea Kali dove si recavano i pellegrini indù.

In questo centro mi sono fermata tutta la giornata. Mi sono sentita spaesata e impotente davanti alla sofferenza di tutta quella gente (per la precisione 80 uomini e 55 donne), non sapevo come muovermi fino a quando non mi si avvicina una volontaria coreana, Olga, infermiera professionale, che mi porge un catino pieno d'acqua e mi fa cenno di seguirla. Mi conduce vicino ad una signora anziana, piena di piaghe, ma con un volto sereno e due occhi che emanavano luce e calore.

Dopo averla lavata, medicata, vestita e alimentata, la signora per ringraziarmi mi ha baciato le mani; di fronte a questo gesto sono scappata via dalla grande emozione, emozione che adesso non sarei in grado di descrivere.

Olga, guardandomi con comprensione, mi invita ad andare avanti a lavorare.

Mi è sembrata una persona molto bella, mi ha poi raccontato, bevendo insieme un tè, che lei è ormai molti anni che viene in questo centro e, quindi, riesce a capire lo stato d'animo dei volontari che fanno la loro prima esperienza a Calcutta.

La mia prima giornata, che sembrava non finire mai, termina qui. Stanca e provata dall'esperienza vissuta, torno alla pensione, l'unico luogo silenzioso e, dopo una doccia e la cena vado a dormire.

Il mattino seguente, sveglia alle 5:30, torniamo alla Casa Madre per la Messa dove si incontrano gli altri volontari.

Alle 7:00 a.m. io e Francesco prendiamo l'autobus per recarci a PREMDAN, il secondo Ospedale di Madre Teresa, che sorge in una delle zone più povere, lungo la ferrovia circondata da minuscole case dove gli indiani vivono. Si vedono bambini che giocando cercano fra i tanti mucchi di spazzatura qualche cosa da mangiare o vecchi vestiti da poter riutilizzare.

Di fronte a tutto questo mi sono posta una domanda: Cosa faccio io qui? Domanda alla quale si può dare risposta soltanto guardandosi dentro. Arrivati ci troviamo ad osservare il più grande centro di malati psichiatrici-

ci e tubercolotici. Entrando vengo presa da un senso di tristezza vedendo quelle persone stese su delle brandine e coperte solo da un lenzuolo con i volti che esprimono grande sofferenza.

Decidiamo di spostarci dove hanno più bisogno di noi.

Camminiamo fino al centro di SHI-SHU BHAVAN, dove vi sono bambini abbandonati che aspettano una famiglia che li adotti, anche se questi bambini sono da ritenersi fortunati di fronte ad una realtà nella quale già nei primi anni di vita si trovano a non avere più nessuno che si prenda cura di loro. Vivono per strada, dormono per strada e giocano con i rifiuti.

Da qui ci spostiamo perché in questo centro operano solo volontari del posto, non permettono a tutti di entrare

Calcutta è straordinaria, senza tempo e fuori dal tempo, unica nel suo genere, lascia un segno indelebile nel cuore e nell'animo di chi va per scoprirla. Il suo cielo eternamente grigio per lo smog, il traffico e lo strombazzare ininterrotto dei clacson; gli odori così intensi e i colori così vivaci, il brulichio delle persone ovunque e bambini che vivono, inconsapevoli della loro condizione, con le madri sui marciapiedi.

La vita è una desolazione, anche gli animali e le piante sono in agonia. la

morte fa parte della vita quotidiana; il loro modo di vivere è un mistero, c'è una grande energia che coinvolge senza che ci si accorga. Oserei dire una grande spiritualità che, a volte, mette a disagio.

Il mio lavoro quotidiano si svolge a DAYA-DAN, centro sorto dopo la morte di Madre Teresa.

E' un centro dove ci sono trenta bambini con handicap sia fisici che mentali, trovati per strada. Qui inizio a lavorare al mattino presto.

La mia giornata comincia con il sorriso dei bambini mentre li lavo, li vesto e do loro da mangiare.

Al nostro arrivo i bambini ci corrono in contro nudi per essere lavati e quelli che non possono camminare stavano sdraiati per terra.

Bambini a cui non si può dare età, bambini il cui unico passatempo e divertimento è il canto, grazie a Padre Pasquale che suona la chitarra e con così poco riesce a renderli felici.

Bambini con i quali la comunicazione si esprime in sguardi, carezze e abbracci.

Bambini che passano le loro giornate sdraiati su delle stuoie o seduti su una carrozzina, a causa della povertà non hanno ne sedie ne panche. A guardarli mi stringe il cuore. Il sabato è il loro giorno di uscita (per andare ai giardini), impresa che può sembrare semplice, ma che per loro significa

momento di libertà e quindi li rende incontenibili.

Il loro principale bisogno è ricevere affetto, ed è ciò che cerchiamo di dare...

Lavoro con Francesco, una volontaria coreana e uno spagnolo.

Il nostro rapporto è di estrema sintonia. La nostra figura ha tante mansioni che non si limitano solo all'ambito infermieristico, ma anche lavare per terra, stendere i panni e sistemare le stanze.

In questo centro ho passato i venti giorni della mia esperienza, che mi ha segnato profondamente.

Ci sarebbero tante altre cose da dire, chiudo la mia esperienza con queste parole di Madre Teresa:

“La lebbra peggiore è la solitudine, e la solitudine sta a Rome e a New York, dovunque puoi trovare Calcutta in tutto il mondo se hai occhi per vedere.

Dovunque ci sono i non amati, i non voluti, i non curati, i respinti e i dimenticati.

Questa è la povertà più grande...

... Se ci fossero i poveri sulla luna noi dovremmo andarci”

Il testo integrale dell'articolo lo potete trovare sul sito del Collegio www.ipasvicomo.it



NOTIZIE IN PILLOLE

Firmata il 5 gennaio 2005 la pre-intesa della nuova convenzione dei MMG con il SSN

Gli interessati a questo rinnovo sono 63.737 tra medici di famiglia, guardia medica. Medicina dei servizi ed emergenza sanitaria. Le risorse a disposizione sono complessivamente di 691 milioni di euro con aumenti che vanno a coprire niente di più che l'inflazione programmata". E' interessante osservare che la novità riguarda la quota VARIABILE della busta paga che, potrà contenere fino al 30% degli attuali compensi, correlandoli a obiettivi regionali a prestazioni aggiuntive o a particolari servizi offerti. Oltre la metà delle materie della nuova convenzione si sposterà dal livello nazionale a quello locale (regione) una volta approvati gli accordi decentrati. Interessante per gli **infermieri** la rilevanza data alle c.d forme associative che mirano ad una migliore integrazione delle cure, (UTAP o quant'altro) che devono prevedere, secondo il coordinamento dei collegi IPASVI Lombardi, una presenza infermieristica forte e con pari dignità a quella medica.

(fonte: Il sole 24 ore sanità, 11-17 gennaio 2005)

La mia esperienza in una R.S.D.

A cura di IP Giuseppe Faga

Grazie all'opportunità datami dalla nostra rivista "Agorà", voglio far conoscere la mia esperienza in una R.S.D. (Residenza Sanitaria Disabili), della struttura Sim-Patia di Valmorea.

La mia esperienza non verterà essenzialmente sui contenuti tecnico operativi infermieristici ma sul rapporto umano con gli Ospiti del Centro e sulla multidisciplinarietà delle varie figure professionali e non che ne ruotano attorno.

Ogni giorno trovandomi ad interagire con gli Ospiti (compresi anche quelli in coma) la cosa che viene espressa è il rapporto umano che si instaura con tutto un insieme di emozioni che ne ruotano attorno.

Ti senti molto coinvolto nell'espletamento dell'assistenza in un crescendo di crescita umana e relazionale che ti arricchisce ogni giorno, valorizzando non

solo la tua professione ma ancora prima se stessi.

Lo scambio di emozioni, sentimenti, ragionamenti è bipolare, tutti ogni giorno cresciamo assieme, impariamo a vivere la vita e vederla in un altro senso, sentirla diversa, assaporare ogni momento/istante, in un modo completamente tuo e sereno.

Queste persone "diversamente abili", sono persone speciali, la multidisciplinarietà di tutte le figure verte non solo all'espletamento di programmi personalizzati, che spaziano da approcci fisioterapici, educativi, infermieristici, di volontari, medici.. molto sul rapporto umano e del coinvolgimento che immancabilmente si instaura.

Abbiamo anche momenti di incontro (équipe) con la Direzione, in cui lavoriamo assieme per rispondere concretamente ai bisogni della persona, agendo

su varie problematiche espresse dagli stessi (vedi l'uso di Piano Assistenziali Integrati e Piani Educativi Integrati) e con la presenza dell'Ospite.

Tutto ciò viene fatto in un'ottica basata sul dare risposte a problemi pratici/reali sempre in un clima familiare e di "compliance".

Tengo a precisare una cosa a cui tengo profondamente, il fatto che quando è stata aperta la struttura tanto cammino è stato fatto, tante cose sono cambiate, ma una cosa è rimasta immutata nel tempo e a mio parere insostituibile, il rapporto bellissimo, costruttivo di arricchimento con gli ospiti, una cosa che personalmente non se ne può far a meno se si vuole crescere sempre di più sul lato umano, fine a se stesso, ma allo stesso tempo e sicuramente di non meno importanza di grande utilità per il prossimo.

Power manager: la gestione efficace dei collaboratori

Corso avanzato

In collaborazione con "Centro Studi e Formazione Fra Pieluigi Marchesi"
Fatebenefratelli

Como 20/21 aprile 2005
Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8

OBIETTIVI DEL CORSO

Il ruolo di chi gestisce persone è spesso messo a dura prova; saper essere un capo significa essere in grado di gratificare quando è meritato e riprendere quando è necessario. Soprattutto quest'ultimo aspetto comporta non poche difficoltà a livello gestionale: passività, assertività o direttività? Il seminario metterà in evidenza le principali regole base per la gestione dei collaboratori al fine di costruire sulla loro performance, agire sulle loro attitudini al lavoro. Il processo permetterà al partecipante di acquisire le informazioni, i metodi e gli strumenti per gestire i collaboratori a tutto tondo e affrontare ogni tipologia di problema a loro legato. I partecipanti sperimentano "sulla propria pelle" ogni singolo caso, con esercitazioni standard e personalizzate.

Il feedback, strumento fondamentale di questo corso, li aiuterà ad individuare, comprendere e migliorare i loro "blind

spot", quelle aree apparentemente invisibili che caratterizzano il comportamento del singolo.

CONTENUTI

- I LIVELLI DI PROFESSIONALITÀ
- LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO
- LA MOTIVAZIONE

Destinatari: Infermieri coordinatori

Posti a disposizione per ogni edizione:

20 IPASVI COMO

2 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni: 30 marzo 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: Iscritti Collegio IPASVI Como € 40,00

Iscritti altri Collegi IPASVI € 80,00

Crediti: 16 crediti ECM

La gestione per indicatori guida per gli operatori in sanità

In collaborazione con "Centro Studi e Formazione Fra Pieluigi Marchesi"
Fatebenefratelli

Como 6 maggio 2005
Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8

OBIETTIVI E CONTENUTI

I fabbisogni di razionalizzare dei costi e di efficacia organizzativa rendono indispensabile la definizione di interventi di riprogettazione organizzativa nelle strutture. La conoscenza di come e perché le attività sono svolte nelle realtà aziendali diventa un elemento decisivo per il governo e la gestione delle organizzazioni stesse. Il percorso organizzativo, composto da molteplici attività erogate da differenti interlocutori, rinforza la visione orizzontale dell'azienda, con un'attenzione crescente all'integrazione e ai problemi di dialogo tra le diverse culture operanti sul cittadino. In questa logica, gestire per indicatori, significa avere come riferimento il cittadino/cliente e il suo percorso organizzativo e, in termini gestionali, spostare l'attenzione dal governo esclusivo delle singole attività al governo del processo complessivo.

Concetti base d'analisi del lavoro e chiarimenti concettuali: processo, procedura, posizione, mansione, ruolo, dalle funzioni ai processi.

Le Strutture come conseguenze dei processi:

i processi primari, i processi di supporto, esercitazione pratica di analisi della propria struttura di appartenenza
La gestione per indicatori: il fenomeno, la misura, la mappa, la conoscenza, le decisioni.

Esercitazione pratica di analisi dei sistemi di indicatori presenti presso le proprie strutture organizzative, esercitazione pratica di progettazione di sistemi di misura

Il significato di " controllo": il controllo sulle norme, il controllo sulle attività

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari

Posti a disposizione per ogni edizione:

32 IPASVI COMO

3 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni: 6 aprile 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: Iscritti Collegio IPASVI Como € 20,00

Iscritti altri Collegi IPASVI € 50,00

Crediti: in corso di accreditamento

Il sistema della responsabilità nelle professioni sanitarie

Como 7 maggio 2005
Centro Cardina Ferrari

OBIETTIVI: Obiettivo del corso è quello di fornire ai partecipanti gli elementi conoscitivi per potersi orientare nell'attuale contesto che regola l'esercizio professionale e far acquisire la capacità di utilizzare gli elementi teorici per assumere comportamenti responsabili nell'agire quotidiano.

PROGRAMMA

Mattino

10.00/12.30

- introduzione lavori
- test di ingresso
- La professionalità infermieristica oggi: l'infermiere ieri e oggi; cambiamenti normativi che regolamentano l'esercizio e la formazione infermieristica; la competenza esclusiva dell'infermiere.
- La responsabilità infermieristica oggi: responsabilità / civile / professionale
- discussione e dibattito

Pomeriggio

13.30/18.00

- lavoro di gruppo su un problema di responsabilità professionale
- esposizione lavori di gruppo
- discussione e dibattito
- test di uscita con verifica risposte;
- test di gradimento.

Destinatari:

Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari

Posti a disposizione:

IPASVI COMO:

IP 100

VI 9

AS 4

IPASVI ISCRITTI AD ALTRI COLLEGI:

IP 10

VI 1

AS 1

Data apertura iscrizioni:

30 marzo 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 professionale 4 ECM - assistente sanitario 4 ECM - infermiere pediatrico in attesa di accreditamento

Corso di excel avanzato

In collaborazione con **ENAIP**

EDIZIONE	SEDE	DATE	ORARI	COSTI
1	Como, Enaip via Dante,127	10,13,17,20,24,27 maggio 2005	15.30/18.30	€ 100,00 per iscritti al Collegio di Como € 210,00 per iscritti ad altri Collegi

Requisiti: avere frequentato un corso di excel di base

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari

Posti a disposizione per ogni edizione:

13 IPASVI COMO

2 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni:

6 aprile 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Crediti: 19 crediti ECM

La comunicazione... in pratica

Comunicazione e relazione in ambiente sanitario

In collaborazione con HSDM s.r.l.

Como 18/19 maggio 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

11.15/12.15 esercitazioni di gruppo "Eclissi alle ore 9.00"

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.

15.30/16.30 Illustrazione ed analisi di situazioni significative ai fini della comunicazione che si possono verificare all'interno della realtà sanitaria.

16.30/16.45 Pausa

16.45/17.45 Fattori che inibiscono la comunicazione e barriere all'ascolto.

17.45/18.30 Analisi di gruppo sul recepimento degli obiettivi del corso. Richiamo agli argomenti fondamentali delle due giornate.

18.30/19.00 Questionario di valutazione dell'apprendimento e di valutazione del corso

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari

Posti a disposizione:

22 IPASVI iscritti al Collegio IPASVI di Como

3 IPASVI iscritti ad altri Collegi

Data apertura iscrizioni: 13 aprile 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: IPASVI iscritti al Collegio IPASVI Como € 60,00
IPASVI iscritti ad altri Collegi € 100,00

Crediti: ECM n. 15

Applicazione della Normativa sulla Privacy

In collaborazione con HSDM s.r.l.

Como 27 maggio 2005 Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8

PROGRAMMA 9.00/12.30 - 13.30/17.30

Accoglienza partecipanti e test d'ingresso.

Approfondimento del contesto normativo. Comparazione tra la Legge 675/96, il DPR 318 del 28/7/1999 e il D.lgs. n.196/2003 e il relativo Allegato Tecnico.

- Lo scopo del codice
- Le definizioni di legge
- Il Garante
- L'oggetto della legge

Gli obblighi da rispettare

- L'informativa
- Il rispetto dei consensi degli interessati
- I diritti dell'interessato
- I nuovi riferimenti normativi

Pausa

Le Aree applicative (trattamento, comunicazione e diffusione del dato).

- Tipologia del dato personale: comune, sensibile e giudiziario
- Le figure del titolare, responsabile, incaricato

Le misure minime di sicurezza per il trattamento informatico e manuale dei dati personali.

Le scadenze e le sanzioni.

Somministrazione questionario di valutazione apprendimento.

Destinatari:

Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari

Posti a disposizione:

27 IPASVI iscritti al Collegio IPASVI di Como

3 IPASVI iscritti ad altri Collegi

Data apertura iscrizioni:

13 aprile 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: IPASVI iscritti al Collegio IPASVI Como € 25,00

IPASVI iscritti ad altri Collegi € 60,00

Crediti: in corso di accreditamento

Gli strumenti per la qualità in sanità Tecniche di base per il miglioramento

In collaborazione con "Centro Studi e Formazione Fra Pieluigi Marchesi" Fatebenefratelli

Como 7 giugno 2005 Centro Cardinal Ferrari viale C. Battisti, 8

OBIETTIVI DEL CORSO

Sviluppare la capacità di razionalizzare l'approccio ai problemi in modo semplice e applicabile quotidianamente, ma anche individuare qual è la molla che permette ad un individuo di essere logico e creativo. Come inquadrare i problemi prima di affrontarli, quali sono i passi logici e quali tecniche

esistono per tradurre i problemi in dati, interpretarli, ricercare le priorità e risalire alle cause di fondo.

Un approccio sistematico per migliorare e rendere permanenti i progressi fatti. Sviluppare la capacità di gestire i problemi in gruppo e utilizzando i contributi di tutti gli attori coinvolti

CONTENUTI

Il miglioramento come attività chiave della gestione del reparto e delle unità organizzative.

Il progetto: elemento fondamentale per il miglioramento

Diagramma delle affinità

Raccolta dati e stratificazione

La ricerca delle priorità

Le relazioni causa-effetto

Destinatari:

Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari

Posti a disposizione per ogni edizione:

32 IPASVI COMO

3 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni:

4 maggio 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: Iscritti Collegio IPASVI Como € 20,00

Iscritti altri Collegi IPASVI € 50,00

Crediti: 6 ECM

Commissione Libera Professione

A cura di Oreste Ronchetti

Siamo ormai giunti nell'ultimo terzo del mandato conferito a questo consiglio. E' il momento solitamente dedicato a consolidare quanto fatto in precedenza e a porre le basi, perché nulla del passato vada perduto, attraverso l'impegno che nuove forze potranno proficere nel nuovo triennio. E' su questo ultimo aspetto che vorrei centrare l'attenzione: forze nuove per il prossimo triennio. Credo sia doveroso da parte di tutti sentirsi sollecitati da questo aspetto.

Nell'attuale consiglio ci sono colleghi che prestano le loro energie a favore della professione da tre mandati, da due, o che sono al loro primo mandato. E' possibile che tutti ritengano opportuno ricandidarsi per il prossimo mandato, come, più presumibilmente, che qualcuno decida di aver dato quanto aveva da dare e voglia lasciare il posto ad altri. Bene è qui che si innesta la mia riflessione.

Credo che ognuno di noi debba domandarsi che diritto ha di chiedere a chi ha già dato per la crescita della professione, attraverso l'impegno nel consiglio direttivo del collegio, organo di controllo e stimolo per la professione tutta, di continuare a dare ed al tempo stesso chi ritiene di aver già dato credo si debba domandare che diritto ha di non continuare a dare. Questo nella massima serenità possibile, senza nessuna logica polemica, ma con grande serietà e disponibilità. La considerazione, l'autorevolezza, l'importanza che potrà acquistare e vivere la nostra professione dipende anche da quello che ogni collega decide di dare alla professione. Vedere la professione di infermiere come una professione che ti consente di mettere a frutto le tue capacità, di guadagnare, di essere utile agli altri e non vederla come una professione che ha una forte incidenza

sociale, che può e deve incidere sulle politiche della sanità e della salute, che ogni giorno vengono proposte alla popolazione, che incide sulla vita di ogni persona che necessita di assistenza, ogni volta che prende, attraverso i suoi organismi di controllo e rappresentanza, quali sono i collegi, una decisione, significa negare un contributo alla crescita della professione. Significa rispondere, per tornare alle domande iniziali: "non mi riguarda", quasi che l'essere infermiere, l'esercitare questa professione, avvenga in una dimensione diversa dalla società reale, una dimensione simile ad una sorta di limbo sociopolitico-professionale, dove il professionista è in relazione solo con se stesso.

E qui vorrei aprire una seconda riflessione che riguarda in modo più specifico l'esercizio della professione in regime di autonomia, ovvero ciò di cui si occupa la commissione che coordino.

In generale posso dire che stiamo cercando di consolidare alcuni passaggi che riteniamo fondamentali per la libera professione, in particolare: la possibilità di intervenire annualmente presso il corso di laurea in scienze infermieristiche per un momento didattico che chiarisca questo aspetto agli allievi del terzo anno; l'idea che la commissione diventi un momento catalizzatore non solo per quelli che sono i problemi che giornalmente i colleghi liberi professionisti si trovano ad affrontare, ma soprattutto che riesca a catalizzare le esigenze che ogni professionista scopre durante la sua esperienza professionale e trasformarle in iniziative che permettano una maggiore sicurezza e dignità professionale, come per esempio l'assicurazione R.C. e sull'infortunio; ed infine tenere sempre vivo il rapporto con gli altri collegi lombardi, nella convinzio-

ne che uniti si possa incidere sulle scelte riguardanti la salute dei cittadini e la dignità della professione, che ormai sempre più vengono affidate ai consigli regionali.

Anche qui però, credo occorra, da parte di tutti domandarsi quale sia il contributo che si intende dare: se ritengo che il mio esercitare in regime libero professionale sia solo una modalità di esercitare la professione in un modo più libero rispetto al dipendente, perché per esempio decido io gli orari ed i giorni in cui esercitare; o se ritengo che questa modalità di esercizio della professione sia una modalità che, se esercitata correttamente ed in sinergia con gli altri colleghi, possa migliorare l'immagine del professionista e di conseguenza la dignità riconosciuta alla professione infermieristica. Certo questo significa chiedersi se conosco le modalità attraverso cui è consentito esercitare la professione in regime autonomo, quali siano le responsabilità che devo prendermi e le competenze che devo avere o cercare, significa, in altre parole dovermi documentare ed attrezzare perché essere libero professionista, in quest'ottica, non significa semplicemente cambiare un regime contributivo, ma cambiare culturalmente il modo in cui vivo la mia professione.

Concludo invitando tutti i colleghi a cui sta a cuore la professione alla riflessione e magari alla condivisione di quanto riflettuto. In particolare chiedo ai liberi professionisti di aprire un dibattito su questi aspetti e di far pervenire alla commissione le loro riflessioni; in collegio esistono dei referenti per la libera professione con i quali è possibile affrontare questi ed altri argomenti e che vorrebbero tanto capire chi sono e cosa vogliono i liberi professionisti di Como e quanto sono disposti a mettersi in gioco.

Elenco esercizi commerciali convenzionati con il Collegio IPASVI di Como

ESERCIZIO COMMERCIALE	TIPO DI CONVENZIONE	MODALITA' DI ADESIONE
CENTRO BENESSERE PAOLA POGGI Via Dante, 2 - Cantù 031/7073559 lun/ven dalle 10,00 alle 20,00	Sconto del 20% su servizi relativi al rimodellamento della figura femminile nonché del benessere fisico.	Consulto gratuito su prenotazione. Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
CENTRO ESTETICO LARIANO Via Napoleona, 24 - Como 031/590335	Sconto del 10% sui servizi offerti.	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
CENTRO ESTETICO PROFESSIONALE EDEN Via Fratelli Recchi, 7 - Como 031/570367- 570571	Sconto dal 10% al 40% a seconda dei programmi e trattamenti	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LA CITTA' DEL BENESSERE Via dei Mille, 5 - Como 031/278483	Sconto del 10% su: tutti i trattamenti estetici tutti i prodotti per la cura della persona tutta la regalistica e la bigiotteria	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
LIBRERIA GIUNTI DEMETRA SRL C.C: Cantù 2000 C.so Europa,23 - Cantù Tel. 031/714606	Sconto del 10% su tutti i libri esclusi i prodotti con IVA	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
OTTICA MONTORFANO S.A.S. Via F.lli Rosselli,13 Como 031/572518	Sconto del 20% su: montature da vista e sole lenti oftalmiche lenti a contatto annuali	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
PALESTRA LARIO Via Bellinzona, 35/a Como Tel. 031/570640	Sconto del 20% su ogni tipo di abbonamento, corso o lezioni private (anche per familiari o conviventi)	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
RANCH MA.LU Via Olcellara, 24 - Cavallasca Tel. 031/539988	Sconto del 10% su cene, consumazioni bar, passeggiate a cavallo ecc (anche per familiari) Iscriz. Annuale € 10,00	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
TUTELA FISCALE DEL CONTRIBUENTE Via Dei Mille, 5 - Como Tel. 031/275049	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
VOLTIANA LIBRERIA Viale Cattaneo, 1 - Como Tel. 031/268244	Sconto immediato del 10% su testi scolastici per acquisti superiori a € 50,00 Sconto posticipato dal 10% al 12% utilizzando la tessera a disposizione in libreria	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
ISTITUTO DEL MASSAGGIO Via Bellinzona, 27 - Como Tel. 031/573818	Sconto del 10% su trattamenti curativi ed estetici. Sconto del 15% su abbonamento	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como
STUDIO COMMERCIALISTI ASSOCIATI SALERNO E BRUNETTI Via dei Mille, 5 Tel. 031/270321	Sconto del 10% su prestazioni professionali di carattere fiscale, contabile, denunce, paghe e contributi	Presentazione della tessera di iscrizione al Collegio IPASVI di Como



News from the web

Pubblicazione di siti utili

A cura di IPAFD Paola Pozzi

<http://www.aislec.it/>

AISLeC

L'associazione infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee: da decubito, vascolari agli arti inferiori ed ustionati. Presenta le iniziative, le pubblicazioni, i corsi e i convegni, l'archivio delle esperienze cliniche.

<http://www.aioss.it/>

AIOSS

L'associazione italiana operatori di stomatoterapia, fondata da infermieri professionali occupati nell'assistenza dei pazienti portatori di una deviazione intestinale o urinaria. Fornisce informazioni utili sull'incontinenza fecale del paziente anziano, sulla riabilitazione della persona atomizzata e sulle scuole per stomatoterapisti.

<http://www.adiweb.org/>

ADI

Associazione di infermieri per l'assistenza domiciliare integrale. Ha come intento fornire assistenza, anche gratuita, alle persone con particolari condizioni sociali e di salute.

<http://www.aiia.it/>

AIIA

L'associazione italiana di infermieri di anestesia ha lo scopo di diffondere e di promuovere le moderne tecniche di anestesia e rianimazione intraoperatoria e di supportare i bisogni del cittadino nell'ambito dell'assistenza infermieristica in sala operatoria.

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

ANIE

Sito dell'associazione nazionale infermieri in endocrinologia. Si propone come punto di riferimento per corsi di aggiornamento e materiale informativo al fine di promuovere lo sviluppo professionale degli infermieri che lavorano in ambito endocrinologico.

<http://web.quipo.it/chicco/>

Ferite e drenaggi chirurgici

Propone uno studio eseguito sui vari tipi di drenaggio e sull'assistenza infermieristica fornita in proposito ai pazienti.

<http://digilander.libero.it/dante.clerici>

Pronto soccorso

Dedicato al personale infermieristico che si occupa di primo soccorso con informazioni e immagini.



NOTIZIE IN PILLOLE

Indagine nazionale sul contenzioso sanitario

Sono stati resi noti i risultati di un'indagine nazionale sul contenzioso sanitario in Italia, che ha riguardato tutte le pratiche dal 1997 al 2001 in sette ospedali italiani (tra i quali San Gerardo di Monza e il Gaetano Pini di Milano). I reclami sono aumentati del 25,6% in due anni e va detto che nei tre quarti dei casi l'evento si risolve con un accordo extragiudiziale. I medici sono i protagonisti nel 51,9% dei reclami, seguiti dalla struttura (37,6%) e dal **personale infermieristico che risulta coinvolto nel 6,2% dei casi analizzati**. I reparti più critici sono oncologia (25%), pronto soccorso 22,5%) e chirurgia generale (14%) seguiti da ostetricia e ginecologia (5,5%) e nefrologia/urologia (4,5%). Colpisce che i risarcimenti sono nel 93,8% nella fascia al di sotto dei 5.200 euro. Questa indagine sembra sfatare il mito di un contenzioso dalle dimensioni titaniche. Si registrano aumenti, segno di una accresciuta sensibilità sociale, ma di molto inferiori alla percezione che si diffonde nell'opinione pubblica.

(fonte Il sole 24 ore sanità - 11-17 gennaio 2005)

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 SCHEMA 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

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

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

Pubblicazione 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**

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'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

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