

N. 27

GIUGNO
2005

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



S o m m a r i o

- Editoriale
- T.U. riordino professioni sanitarie
- Conto consuntivo 2004 bilancio preventivo 2005
- Professione e responsabilità
- È evidente che
- Commissione formazione
- Rinnovo cariche triennio 2006/2008
- Lettera aperta dal consulente del lavoro
- Nascere in un paese straniero
- News from the web
- Bacheca

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

L'INFEDELE: *tra pregiudizi e luoghi comuni*

I.I.D. Stefano Citterio

*In occasione del 1° maggio - festa dei lavoratori - la trasmissione televisiva **L'Infedele** in onda il sabato sera su LA7, condotta dal noto giornalista Gad Lerner, ha dedicato agli infermieri uno speciale.*

Finalmente, potremmo dire, anche la televisione si accorge degli infermieri. Ecco un'occasione per rendere visibile al pubblico catodico l'impegno, la dedizione, la professionalità e la competenza che ogni giorno gli infermieri mettono al servizio della popolazione.

Inizia la trasmissione, lo studio è molto affollato, c'è gente seduta un po' dappertutto, i microfoni, con relativa sovraimpressione televisiva, sono stranamente pochi rispetto alla consuetudine. Regna una discreta confusione e sostanzialmente parla chi viene investito dal conduttore di questa facoltà o chi per primo si appropria del microfono. La professione, dobbiamo dirlo è comunque ben rappresentata: un membro del comitato centrale della federazione, qualche presidente di collegio, qualche professore universitario e infermieri rappresentativi di diverse realtà istituzionali (regione, ospedali, territorio, associazioni, ...).

I punti di discussione sono rappresentati dai servizi realizzati per evidenziare alcune caratteristiche peculiari della situazione degli infermieri e scandiscono le parti della trasmissione. Nonostante alcuni di questi servizi fossero ben

realizzati in realtà, sono stati dati per scontato diversi dati di conoscenza sulla situazione attuale degli infermieri e si è discusso su pregiudizi storici e luoghi comuni.

La discussione si articola subito focalizzandosi sul primo luogo comune: la dipendenza storica dell'infermiere dal medico e in particolare sul fatto che gli infermieri sarebbero frustrati per essere dei mini medici (battuta di Gad: le infermiere non possono diventare medici ma li possono sposare - nessuno in studio ride). Almeno viene sottolineato il numero insufficiente di infermieri e l'anomalo rapporto numerico tra infermieri, medici e pazienti da assistere in Italia rispetto agli altri paesi europei.

Emerge anche in modo sufficientemente chiaro che vi è una fetta di attività improprie svolte dall'infermiere (circa il 30%). Anche se questo attaccamento al ruolo, alla legge, ai termini - dato che qualcuno indispettisce il conduttore correggendo il termine infermiere professionale in infermiere - è visto con sospetto e qualche perplessità. Quando c'è da curare non si può parlare di suddivisione di ruoli, compiti o attività, occorre buona volontà e condivisione dello scopo da parte di tutti, parole sante, peccato che vadano spesso in una sola direzione.

Ma se gli infermieri sono pochi, perché "loro" non vogliono gli extracomunitari? Altro passaggio delicato della trasmissione che indaga perché vi siano talune resistenze (reali o pre-

sunte che siano non importa), non saranno gli infermieri italiani razzisti? Qualsiasi spiegazione che faccia capire lo sforzo che tutti i colleghi fanno per l'integrazione e le ragioni di questa oggettiva difficoltà (a partire dai Collegi che fanno corsi di lingua italiana e sulle "regole professionali" del nostro paese) sono vani per il conduttore, che liquida diversi interventi chiedendo invece le ragioni di questo "razzismo strisciante".

Altro luogo comune: l'infermiere deve essere (parola di Gad) al capezzale del malato, che vigila, sostenuto solo da un impeto missionario ma senza competenze proprie nè capacità professionali. L'eccessiva sottolineatura sulle cattive maniere di alcuni infermieri nel trattare gli anziani o i pazienti in genere, il confronto con l'entusiasmo e dedizione che Lerner ha riscontrato nelle badanti (ospiti del 1 maggio dell'anno scorso), fanno emergere un'attività lavorativa (e non una professione) subita e mal sopportata dagli infermieri stessi.

Dopo l'equiparazione alle badanti (con tutto il rispetto per loro) ipotizzo che la trasmissione non possa scendere più in basso ma... parte un servizio nel quale vengono raccolti in pochi minuti i principali titoli di film pattumiera sull'intramontato tema (sich!., purtroppo!) dell'Infermiera di notte, con la riesumazione di attrici erotiche.

Al rientro in studio l'imbarazzo è palpabile anche da casa, nessuno ha il coraggio di prendere la parola nonostante le sollecitazioni di Lerner, fino a che qualcuno risponde che ad una provocazione del genere l'unica possibilità è il silenzio. Brava!!

Le conclusioni di Lerner sulla trasmissione sono paradigmatiche circa l'andamento di tutto il discutere. Il conduttore ha capito che: gli infermieri sono pochi (fin qui tutto bene), sono arrabbiati e frustrati, e aggiunge che sicuramente dopo questa trasmissione nessuno sarà stato attirato dal loro lavoro.

È chiaro che dopo questa trasmissione occorre fare anche una certa autocritica. Non tutto è dovuto all'indisponenza del giornalista o ad una serata storta.

Esiste, ed è emerso con chiarezza, una difficoltà a comunicarsi, a dire agli altri chi siamo e cosa facciamo in modo comprensibile, immediato, tale da "bucare lo schermo".

All'interno del gruppo professionale vi è ormai una certa condivisione di linguaggi e contenuti: c'è un certo consenso sul concetto di assistenza infermieristica e su cosa siano i bisogni di assistenza infermieristica. È più difficile dirlo a chi non è infermiere. Su questo dobbiamo lavorare e riflettere, dobbiamo chiederci da dove origina tutto ciò.

L'altra difficoltà che, a mio avviso, è risultata evidente è stata quella fatica a far emergere la bellezza del nostro lavoro, la passione e la professionalità con cui ogni giorno migliaia di infermieri affrontano le loro ingenti responsabilità. Certo, in molti casi le condizioni organizzative e contrattuali non aiutano, su questo ci deve essere (e c'è già per la maggioranza) l'impegno di tutti per contribuire al loro miglioramento.

È altrettanto vero che i luoghi comuni e i pregiudizi da superare sono molti, alcuni dei quali molto ben radicati.

L'unica strada è far comprendere innanzitutto alle persone assistite il valore del nostro contributo alla loro salute, cosa che già accade in molte realtà. Occorre saper dare le ragioni del perchè vale la pena fare una professione come quella dell'infermiere oggi.

Per questo motivo ciascuno di noi è chiamato ad una responsabilità personale che inevitabilmente ha un riverbero sugli altri colleghi e su come siamo letti dai mass-media, e non solo.

Grazie per l'attenzione e...BUONE VACANZE.

Novità dal senato...

XII Commissione (Igiene e sanità)

4 maggio 2005

IN SEDE REFERENTE

(3236) **Disposizioni in materia di professioni sanitarie non mediche e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini professionali** (1645) **TOMASSINI - Istituzione della funzione di coordinamento per le professioni infermieristiche ed individuazione di alcuni profili tecnico professionali operanti nella sanità veterinaria**

(Rinviato in Commissione dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 9 febbraio 2005)

(1928) **TOMASSINI - Istituzione degli ordini professionali per le professioni della sanità**

(Rinviato in Commissione dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 9 febbraio 2005)

(2159) **BETTONI BRANDANI ed altri - Modifiche alla legge 10 agosto 2000, n. 251, in materia di professioni sanitarie e di istituzione dei relativi ordini e albi professionali**

(Rinviato in Commissione dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 9 febbraio 2005) (Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Riprende l'esame congiunto sospeso nella seduta del 12 aprile scorso.

Il presidente TOMASSINI annuncia la presentazione, da parte dei relatori, di un nuovo testo unificato sulle professioni non mediche della sanità - pubblicato in allegato al presente resoconto -. Dà quindi la parola ai relatori affinché procedano all'illustrazione.

La relatrice BOLDI (LP), dopo avere ricapitolato le precedenti fasi dell'iter legislativo dei disegni di legge nn. 1928, 1645 e 2159, si sofferma sulla nuova versione del testo unificato in esame, ponendo in evidenza il fatto che esso contiene una disciplina organica su aspetti di grande rilevanza, quali i requisiti per l'esercizio

delle professioni sanitarie e l'istituzione degli ordini professionali. Ricorda inoltre la previsione di una delega al Governo ai fini dell'istituzione di ordini e di albi professionali, nonché di criteri per l'individuazione di nuove figure professionali.

Il relatore DI GIROLAMO (DS-U) pone in evidenza la nuova, migliore formulazione del comma 1 dell'articolo 6, che riproduce il contenuto dell'articolo 1 del testo sull'istituzione della funzione di coordinamento per le professioni infermieristiche già licenziato dalla Commissione. Rileva infine l'importanza delle previsioni relative alla figura dell'operatore tecnico di sanità veterinaria, di cui all'articolo successivo.

Il seguito dell'esame congiunto è quindi rinviato.

NUOVO TESTO UNIFICATO PREDISPOSTO DAI RELATORI PER I DISegni DI LEGGE NN. 3236, 1645, 1928 E 2159

Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini professionali.

Art. 1. (Definizione)

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251 e del decreto ministeriale 29 marzo 2001 che svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o di riabilitazione.
2. Resta ferma la competenza delle Regioni nell'individuazione e for-

mazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1 articolo 1.

3. Sono in ogni caso fatte salve le competenze spettanti alle province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dello statuto speciale e delle relative norme di attuazione.

Art. 2. (Requisiti)

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al conseguimento del titolo universitario definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), valido sull'intero territorio nazionale e rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario della Guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.
2. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria, anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata all'esito dell'esame di Stato abilitante all'esercizio della professione, salvaguardando comunque il valore

abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. L'aggiornamento professionale segue modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

4. All'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, al comma 3, lettera b), alla fine del periodo dopo la parola «dell'avviso» sono aggiunte le seguenti: «ovvero l'espletamento del mandato parlamentare di Senatore o Deputato della Repubblica nonché di Consigliere regionale».

5. All'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2, è aggiunto il seguente: «2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai precedenti commi, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di Senatore o Deputato della Repubblica nonché di Consigliere regionale».

Art. 3.

(Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie)

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato con le leggi di riforma della sanità, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché dalle riforme degli ordinamenti didattici effettuati progressivamente dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, fino ad adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario al pari dei paesi dell'Unione europea, la presente legge regola tutte le professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto ministeriale 29 marzo 2001, nel rispetto dei diversi iter formativi, che

devono esser organizzate in ordini ed albi, ai quali devono accedere sia le professioni sanitarie esistenti, sia quelle di nuova configurazione.

Art. 4.

(Delega al Governo all'istituzione degli Ordini ed Albi professionali)

1. Il Governo è delegato a adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge n. 251 del 2000 e del decreto ministeriale 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione sanitaria ostetrica; area delle professioni sanitarie della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;
- b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001, includendovi, in particolare, le seguenti professioni: fisico medico, tecnico delle scienze motorie;
- c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui alla lettera precedente;

d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al comma 1, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;

e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);

f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui alla lett. a), nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;

g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;

h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti.

2. Gli schemi di decreti legislativi redatti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione degli schemi di decreti. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

Art. 5.
(Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario)

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3, 4 della legge n. 251, il cui riconoscimento ed esercizio debbono essere riconosciuti su tutto il territorio nazionale, avviene o in sede di recepimento di direttive comunitarie o per iniziativa dello Stato e delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.
2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri.
3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica.
4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.
5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni

avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

6. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui all'articolo 2 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione.

Art. 6.
(Istituzione della funzione di coordinamento)

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, è articolato come segue:
 - a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
 - b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;
 - c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e

della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;

- d) professionisti-dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.
2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 è istituita la funzione di coordinamento.
3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.
4. L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:
 - a) master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8 del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509;
 - b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.
5. Gli abilitati alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica in base alla pregressa normativa sono da considerarsi a tutti gli effetti professionisti coordinatori.

6. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

Art. 7.

(Istituzione di alcuni profili di operatore tecnico di sanità veterinaria)

1. È istituita la figura professionale dell'operatore tecnico ausiliario di sanità veterinaria, il quale svolge l'attività di cattura degli animali, il loro contenimento, nel rispetto del benessere animale, la pulizia degli ambienti compresi quelli in cui sono custoditi gli animali, il ritiro dalle strade e dagli altri luoghi pubblici degli animali morti, il trasporto del materiale, la manutenzione degli utensili e delle apparecchiature in dotazione.
2. È istituita la figura professionale dell'operatore tecnico specializzato ausiliario di sanità veterinaria, il quale svolge l'attività di cattura, assistenza, alimentazione e cura della mano agli animali stabulati, curandone l'igiene individuale e quella degli ambienti in cui sono ricoverati, garantendo l'applicazio-

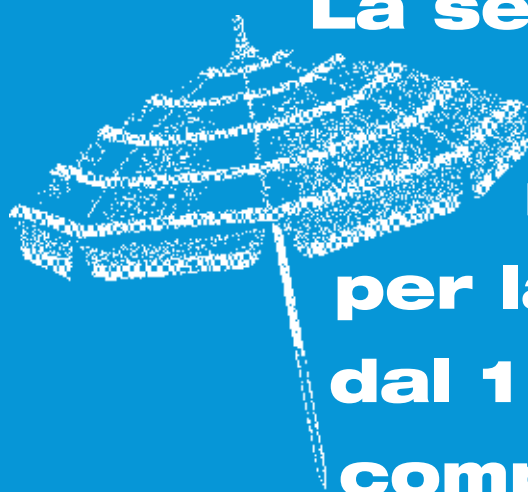
ne delle norme sul benessere animale; svolge altresì il trasporto del materiale, ivi compresi gli animali morti, la guida degli automezzi speciali (autocanili e ambulanze veterinarie), la loro pulizia e la manutenzione degli utensili e delle apparecchiature in dotazione.

3. È istituita la figura professionale dell'operatore socio-sanitario addetto all'assistenza zootecnica, il quale svolge la sua attività sia nel settore veterinario che in servizi di tipo socio-sanitario anche in ambiente ambulatoriale od ospedaliero veterinario e al domicilio dell'utente. Egli svolge la sua attività su indicazione degli operatori professionali sanitari o del personale medico veterinario, ed in collaborazione con gli altri operatori, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.
4. L'attività dell'operatore di cui al comma 1 consiste nell'assistenza diretta alle attività terapeutiche veterinarie, nell'assistenza alle attività chirurgiche veterinarie, e nell'assistenza alle attività e terapie assistite con animali.

Art. 8.

(Disposizioni finali)

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.
2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 4 della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



**La segreteria
del Collegio
resterà chiusa
per la pausa estiva
dal 1 al 28 agosto
compreso**

Conto consuntivo 2004 - bilancio preventivo 2005

Il conto consuntivo 2004 ed il bilancio di previsione per l'anno 2005 è stato redatto adeguandosi progressivamente ai nuovi criteri contenuti nel nuovo regolamento di contabilità emanato dalla Federazione Nazionale dei Collegi che prevede sia un sistema di registrazione sia un sistema di rendicontazione più dettagliati e più articolati rispetto ai precedenti.

Per motivi di spazio, pubblichiamo

una sintesi del conto consuntivo per l'anno 2004 e del bilancio di previsione per l'anno 2005.

Il bilancio nella sua forma analitica e la relazione del tesoriere sono disponibili presso la sede del Collegio.

CONTO CONSUNTIVO 2004

Si compone di:

- rendiconto finanziario gestionale
- conto economico

- situazione patrimoniale
- situazione amministrativa

RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE

Comprende la rendicontazione delle entrate accertate e incassate, delle uscite impegnate e pagate, la gestione dei residui attivi/passivi, la gestione di cassa entrate e uscite.

ENTRATE:

competenza 2004	Accertate	Incassate
Entrate correnti	245.715,65	234.585,65
Entrate per partite di giro	24.069,92	24.069,92
Entrate totali	269.785,57	258.655,57

Gestione dei residui

Residui attivi iniziali al 01.01.2004	Incassati	Da incassare	stralciati	Residui attivi finali
27.022,81	17.422,21	5.800,00	3.800,60	16.930,00

Gestione di cassa

Entrate di competenza 2004	Residui attivi anni precedenti	Totale incassato
258.655,57	17.422,21	276.077,78

USCITE:

Competenza 2004	Impegnate	Pagate
Uscite correnti	245.175,93	211.754,05
Uscite in conto capitale	6.556,13	5.703,00
Uscite per partite di giro	24.069,92	24.065,32
Totali	275.801,98	241.522,37

Gestione dei residui

Residui passivi iniziali al 01.01.2004	Pagati	Da pagare	Residui passivi finali
56.326,54	53.316,70	3.009,84	37.289,45

Gestione di cassa

Uscite di competenza 2004	In conto residui	Totale uscite
241.522,37	53.316,70	294.839,07

CONTO ECONOMICO 2004

Produzione

Valore della produzione	244.191,92		
Costi della produzione		243.510,73	
Differenza			681,19

Proventi ed oneri

Proventi	1.523,73		
Oneri		4.063,40	-2.539,67
Differenza			

Proventi ed oneri straordinari

Sopravvenienze attive	1.740,00		
Crediti stralciati		3.800,60	
differenza			2.060,60
Disavanzo economico			-3.919,08

SITUAZIONE AMMINISTRATIVA

Consistenza di cassa al 01.01.2004		93.886,94
Riscossioni 2004	276.077,78	
Pagamenti 2004	294.839,07	
Consistenza di cassa al 31.12.2004		75.125,65
Residui attivi		16.930,00
Residui passivi	37.289,45	
Avanzo d'amministrazione 2004		54.766,20

SITUAZIONE PATRIMONIALE

Attività	Anno 2004	Anno 2003
Immobilizzazioni	18.138,56	14.866,84
Attivo circolante	92.158,13	121.233,05
Totali	110.296,69	136.099,89
Passività		
Trattamento fine rapporto	5.237,71	9.429,82
Residui passivi	32.051,74	49.743,75
Totali	37.289,45	59.173,57
Patrimonio netto	73.007,24	76.926,32
Variazione	-3.919,08	

ENTRATE:

	Competenza	Cassa
<i>Entrate correnti</i>		
Quote iscritti	219.320,00	226.530,00
Iniziative culturali e aggiornamenti professionali	27.000,00	27.000,00
Vendita di beni/prestazioni di servizio	4.000,00	4.000,00
Interessi attivi	1.200,00	1.200,00
<i>Entrate per partite di giro</i>		
Partite di giro	24.000,00	24.000,00
Totali	275.520,00	282.730,00

USCITE:

	Competenza	Cassa
<i>Uscite correnti</i>		
Organi dell'Ente	42.500,00	38.895,67
Spese per personale in servizio	49.000,00	49.301,87
Acquisizione di beni e servizi	11.000,00	10.414,59
Funzionamento uffici	33.100,00	33.463,12
Prestazioni istituzionali	128.838,28	143.568,76
Fondo spese impreviste	1.730,78	1.500,00
Trattamento fine rapporto	2.000,00	
Fondo rischi ed oneri	1.000,00	1.000,00
<i>Uscite in conto capitale</i>		
Immobilizzazioni tecniche	4.000,00	4.000,00
Accantonamenti spese future	25.000,00	25.853,13
<i>Uscite per partite di giro</i>		
Partite di giro	24.000,00	24.000,00
Totali	322.169,06	331.997,14

QUADRO RIASSUNTIVO

	Competenza	Cassa
Entrate complessive	275.520,00	282.730,00
Utilizzo dell'avanzo d'amministrazione/cassa	46.649,06	49.267,14
Totale	322.169,06	331.997,14
Uscite complessive	322.169,06	331.997,14
Totale a pareggio	322.169,06	331.997,14

PREVENTIVO ANNO 2005

Redatto nella forma mista si compone del preventivo di entrata, del preventivo di uscita e del prospetto riassuntivo finale.

Le previsioni di entrate e di uscita si suddividono in preventivo di competenza e preventivo di cassa. Nelle previsioni di cassa sono compresi i residui sia attivi sia passivi che si presume di incassare /pagare, distribuiti per voci di competenza.

Il conto consuntivo 2004 e il bilancio di previsione 2005 sono stati approvati da:

- Consiglio direttivo in data 05.04.05 delibera n. 30/05
- Collegio dei Revisori dei Conti in data 26.04.05
- Assemblea degli iscritti in data 07.05.05



Professione e responsabilità

Assistenza infermieristica come “risorsa” e investimento: costo, specificità e potenzialità di cambiamento/incidenza sull’organizzazione e sulla qualità di vita delle persone e della società

Barbara Mangiacavalli

“L’infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l’equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale” (art. 6.1, Codice deontologico dell’infermiere, 1999). “L’infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l’uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale” (art. 2.7, Codice deontologico dell’infermiere, 1999).

Un’analisi etico-giuridica di questi due articoli mette in risalto il concetto di giustizia, che è sotteso alle diverse scelte operative, ed i criteri di equità presenti a livello macro-allocativo e micro-allocativo. Pur non entrando nel merito di quale concetto di giustizia debba essere tenuto presente, vedremo più avanti perché, coerentemente con i principi etici della professione e i diritti fondamentali dell’uomo, l’infermiere non potrebbe accettare di prestare la propria opera se questa fosse orientata dal solo criterio economicista costo/beneficio: la logica economica dovrebbe costituire una funzione integrativa rispetto all’assistenza sanitaria. Le scelte economiche devono perseguire gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, in vista del bene ultimo della persona, con l’infermiere come garante; l’impegno morale dell’infermiere è quello di intervenire, ai diversi livelli in cui opera per orientare le scelte allocative.

Dal punto di vista giuridico questi articoli richiamano al principio del neminem nocere di cui si trova ampia corrispondenza nella Costituzione (...la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo...).

La partecipazione critica alle finalità delle istituzioni sanitarie e la gestione partecipata dei problemi connessi alla realizzazione dei servizi rappresentano le basi dell’impegno degli infermieri per orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario perdendo la connotazione tradizionale di responsabilità “gerarchico-amministrativa”, per acquisire quella più aziendalistica e privatistica di “responsabilità da inadempimento”.

Attualmente si sta svolgendo in Italia un importante dibattito, generato dall’aziendalizzazione della sanità e dalla scelta del federalismo.

In tale contesto vi sono principalmente due ordini di problemi: la scelta del livello istituzionale cui attribuire la responsabilità delle scelte pubbliche in relazione al reperimento, alla distribuzione e all’allocazione delle risorse; la scelta dei modelli allocativi diversi che possono essere più o meno adeguati ad un dato contesto istituzionale.

Ciò che unisce i due temi è che per entrambi la soluzione considerata ottimale dall’uno o dall’altro osservatore dipende in modo cruciale dagli obiettivi che si pongono alla base dell’intervento pubblico ed in articolare dal peso attribuito alle finalità allocative o perequative. In tale dibattito, un quadro sintetico può essere ricondotto a quattro grandi campi di interesse che coinvolgono le tematiche più rilevanti: bisogno e domanda di salute; produzione ed offerta di prestazioni sanitarie; problemi di valutazione economica; assetti alternativi di organizzazione dei sistemi sanitari.

Quest’ultimo aspetto ci richiama alla trattazione di temi quali la relazione fra efficienza ed equità e gli interventi redistributivi dell’intervento pubblico. È evidente, però, che i modelli adottati dai sistemi sanitari di distribuzione delle risorse che determinano il gene-

re, la quantità e la qualità di assistenza sanitaria a cui potrà accedere ogni persona influenzano lo stato di salute degli individui.

L’infermiere deve conoscere e saper valutare le implicazioni morali di queste scelte e deve poterle orientare a livello politico istituzionale e nell’esercizio del proprio ruolo ai diversi livelli di responsabilità.

Le due direttrici su cui si sviluppa la tematica, modelli d’allocazione delle risorse e comportamento etico del singolo possono generare un conflitto tra le scelte dell’amministrazione e le garanzie deontologiche che l’infermiere si impegna a garantire alla persona. Rispetto ai diversi modelli d’allocazione delle risorse, occorre sottolineare che si differenziano per due diverse concezioni: possono essere scoperti, sono creati dalla libera scelta di uomini e donne.

L’allocazione delle risorse assume importanza per le conseguenze operative che produce e per l’influenza che esercita sulla salute delle persone: le scelte allocative possono essere pesanti quando nascono dal conflitto di valori morali nel momento in cui ci si trova impossibilitati a soddisfare la distribuzione di beni considerati essenziali per le persone.

Assumendo che non è universalmente riconoscibile un diritto fondamentale a ricevere assistenza sanitaria in una certa misura, perché impossibile definire il livello d’assistenza sanitaria che ogni persona vorrebbe ricevere quando si ammala, è necessario, a livello di sistemi sanitari, identificare i criteri per definire un livello minimo di assistenza sanitaria da erogare.

La scelta del modello è influenzata dalla finalità che un sistema definisce per dare ai suoi componenti assistenza sanitaria, dai principi morali che le sostengono e dalla differenza con cui

ognuno definisce il proprio bisogno. Le finalità, proprio perché sostenute da principi morali diversi, sono completamente diverse ed in contrasto fra loro ma si identificano quattro grandi categorie:

- miglior assistenza possibile a tutti
- assistenza uguale per tutti
- far scegliere ad ogni persona quale assistenza vuole ricevere e parallelamente consentire ai sistemi sanitari di scegliere quale assistenza intendono erogare
- contenere i costi

A ciò si aggiunge la complessità, come si è detto, delle differenze individuali rispetto alla percezione dei propri bisogni. Ogni sistema deve definire qual è il modello di giustizia distributiva che intende adottare nell'allocazione delle risorse in generale e di quelle sanitarie in particolare; l'attuale contesto di riferimento è connotato da invecchiamento della popolazione, aumento di domanda sanitaria per le patologie cronico-invalidanti, aumento della tecnologia utilizzata. Dal punto di vista dei paradigmi di riferimento siamo passati dal principio della 833/78 di spesa come variabile dipendente e bisogni come variabile indipendente, al principio delle norme sull'aziendalizzazione di bisogni come variabile dipendente e spesa come variabile indipendente.

Tale cambiamento ha imposto al sistema di orientarsi su modelli di controllo e contenimento dei costi e, parallelamente, limitare l'erogazione di servizi pubblici. Gli infermieri, quali componenti del sistema devono conoscere i principi morali che il sistema ha adottato e le condizioni operative che ne conseguono; ai diversi livelli di responsabilità partecipano ed esprimono il loro parere raccomandando l'adozione di politiche sanitarie e meccanismi decisionali che favoriscano una ripartizione equa delle risorse disponibili.

Quanto detto finora ci introduce al secondo ordine di problema evidenziato all'inizio e cioè il comportamento etico dell'infermiere in relazione ai diversi livelli di responsabilità nella allocazione delle risorse.

Principalmente tre sono i livelli:

- nazionale, di natura prevalentemente politica, le scelte vengono adottate sulla base dei principi morali degli organi che hanno la responsabilità della collocazione e distribuzione delle risorse nei diversi ambiti
- regionale, anch'esso di natura prevalentemente politica, assume rilevanza rispetto ai principi del federalismo

- aziendale, di tipo tecnico, dove si incontrano due tensioni: quella del manager, tesa al raggiungimento di obiettivi di efficienza e organizzativi e quella del professionista finalizzata al soddisfacimento delle esigenze della persona.

Queste due funzioni sono diverse intimamente e possono entrare in conflitto: il manager persegue l'obiettivo, dentro un vincolo di pareggio di bilancio, di garantire efficienze ed economicità delle prestazioni sanitarie complessive garantite dall'azienda; il professionista persegue l'obiettivo di miglior efficacia e qualità dell'assistenza infermieristica. Proprio per i diversi principi morali che sottendono le due posizioni, il conflitto parrebbe ineliminabile: deve essere mantenuto su un livello di dialettica positiva e soprattutto, non devono essere confusi e scambiati i ruoli: l'infermiere "... riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla..." (art. 2.2, Codice Deontologico degli Infermieri, 1999). Il dovere morale del professionista non può essere confuso con l'obiettivo dell'organizzazione di dare assistenza a tutti i pazienti. Il risultato è una continua pressione dei professionisti sull'amministrazione aziendale relativamente alla allocazione e definizione delle risorse. L'infermiere, orientato dal principio etico di garantire la migliore assistenza possibile, si assume la responsabilità di rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica: si assume la responsabilità di utilizzare e allocare le risorse indipendentemente dai vincoli; in questo modo convoglia le risorse verso particolari situazioni di bisogno e orienta le scelte aziendali verso una modifica delle decisioni di allocazione delle risorse. Si capisce quindi come il conflitto fra le due funzioni deve esistere e deve essere governato altrimenti ne deriverebbe una sorta di abbandono del paziente e verrebbe meno il mandato etico della professione: il rapporto di fiducia che lega l'infermiere alla persona. Non è richiesto al professionista di tacere sulla scarsità di risorse: il coinvolgimento attivo della persona assistita è importante per perseguire l'impegno etico della persona di scegliere dopo che è stato informato. Un ultimo aspetto è quello di partecipare all'elaborazione, alla messa in pratica e alla revisione regolare di politiche e di procedure allo scopo di utilizzare al meglio le risorse esistenti. Nei diversi ruoli che gli infermieri ricoprono nelle strutture sanitarie può

essere compresa la capacità di ripartizione dei beni e servizi da essi forniti; ci si dovrà sforzare di prendere delle decisioni eque.

Da questo punto di vista, la funzione dell'infermiere dirigente è forse quella che più facilmente entra in conflitto con il management aziendale: i vincoli deontologici dell'infermiere dirigente sono gli stessi del gruppo professionale di appartenenza con il quale è indispensabile sviluppare un'alleanza per esercitare pressioni al fine di riorientare l'allocazione delle risorse.

Infine, le regole deontologiche ci richiamano alla collaborazione con altri professionisti (art. 5.1): l'assistenza infermieristica da sola non può assicurare la salute delle persone ma contribuisce con altre professioni, al raggiungimento di questo obiettivo.

Il futuro sarà tanto meno oscuro quanto più ci sarà la collaborazione nella determinazione delle priorità sanitarie collegandole alle risorse disponibili evitando distorsioni.

Gli interventi di riduzione dei finanziamenti risulteranno moralmente e socialmente accettabili se si cercherà di indicare alle persone assistite i limiti delle possibilità tecniche delle scienze sanitarie, l'inevitabilità delle malattie e della morte, l'insostenibilità nel lungo periodo di costi sempre più elevati per l'assistenza sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

- Fiorentini G., *Il federalismo sanitario tra questioni allocative e distributive*, in *Panorama della Sanità*, Anno XVI, n. 29, 28 luglio 2003, pp. 19-30
- Vasara F., *Economia dei sistemi sanitari e della salute: da dove, verso dove*, in *Panorama della Sanità*, Anno XVI, n. 31, 25 agosto 2003, pp. 26-29
- Lusignani M., *Drg's e assistenza infermieristica: quali influenze sulla qualità delle prestazioni. Implicazioni etico-deontologiche*, in *Professioni Infermieristiche* 1997, 50, 4, pp. 3-6
- Lusignani M., Mangiacavalli B., Casati M., *Infermieristica generale e organizzazione della professione*, Masson, Milano, 2003
- Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI (a cura di), *Linee d'orientamento alla lettura del Codice Deontologico degli Infermieri*
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *Codice Deontologico degli Infermieri*, 1999



È evidente che...

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

... in ambito ospedaliero l'articolazione giornaliera delle attività assistenziali rivolte ai pazienti è spesso strutturata sulla base di convinzioni, credenze, tradizioni ed esigenze organizzative: mediche, infermieristiche, amministrative; l'impostazione fatta su questi criteri risulta però essere costosa ed induce inoltre false sicurezze poiché non fondata su valide prove d'efficacia.

Un esempio di ciò è dato dalla preparazione igienica dei pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico ed in particolare ci si riferisce alle procedure della tricotomia e della doccia preoperatoria, due pratiche che sono prevalentemente effettuate il pomeriggio che precede il giorno dell'intervento chirurgico.

Probabilmente, in molte Unità Operative di chirurgia dove ormai vigono le attività di Day Surgery o prericovero, la tricotomia e la doccia sono effettuate direttamente dalle persone al proprio domicilio. Non è però possibile sapere se il personale infermieristico fornisce sempre loro indicazioni precise e se queste ultime corrispondono - relativamente a tempi e modi di esecuzione - a quelle adottate di consueto in ospedale. Anche qualora l'intervento educativo si realizzi efficacemente, l'effetto potrebbe essere quello della reiterazione, al domicilio, delle "tradizioni ospedaliere", quindi dell'adozione di tempi e modalità non sempre basate su prove di efficacia.

Da una recente indagine conoscitiva effettuata dalla Regione Piemonte¹, con risultati che presumibilmente possono rispecchiare anche il contesto Lombardo, si evincono i seguenti dati:

- in tutte le Aziende Sanitarie piemontesi risulta che la tricotomia viene effettuata nell'88% dei

pazienti che deve subire un intervento chirurgico, per il 60% dei quali l'esecuzione avviene il giorno precedente l'intervento. In merito al tipo di strumento utilizzato, quello di gran lunga preferito è il rasoio tradizionale (76% dei pazienti);

- la doccia preoperatoria è stata effettuata dal 78% dei pazienti, di questi il 62% l'ha eseguita il giorno precedente l'intervento, a casa o in ospedale e solo il 20% ha utilizzato una soluzione antisettica.

L'indagine si conclude dichiarando che la tricotomia e la doccia preoperatoria (insieme ad altre procedure diagnostiche, terapeutiche, di sanificazione ambientale, di comportamento degli operatori sanitari) meritano di... "essere discusse, concordate, diffuse ed applicate perché la loro corretta attuazione si è dimostrata essere misura efficace di prevenzione".

Studi recenti indicano infatti che le SSI (Surgical Site Infections)² aumentano la degenza ospedaliera di oltre una settimana, i relativi costi aggiuntivi oltre che il rischio di morbidità e mortalità dei pazienti.

È evidente che queste infezioni non sono da attribuirsi esclusivamente alle responsabilità infermieristiche legate alle pratiche igieniche in discussione ma, se sappiamo che le infezioni possono essere ridotte e non facciamo niente, noi stessi siamo corresponsabili della diffusione delle SSI.

La revisione della letteratura che proponiamo analizza le procedure della tricotomia e della doccia preoperatoria, sia in relazione al tempo nelle quali sono eseguite, sia alle risorse strumentali utilizzate, poiché tempo e risorse strumentali possono essere organizzati e definiti dal personale infermieri-

stico e, in conseguenza di come sono impostati, possono rappresentare una sicurezza o un rischio di SSI.

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. ricerca 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 un solo documento prodotto nel 1999 dai CDC (Centres for Diseases Control and Prevention - Atlanta).
2. ricerca di revisioni sistematiche pubblicate sulla Cochrane Library. Tale ricerca ha consentito di reperire l'abstract di un documento pertinente prodotto nel 2002 dal Norwegian Centre for Health Technology Assessment di Oslo. Ulteriori tre revisioni sistematiche relative all'oggetto d'indagine sono in corso ma non ancora completate.
3. ricerca sul sito del Joanna Briggs Institute (JBI), istituzione accademica infermieristica australiana, che produce revisioni sistematiche dalle quali deriva i cosiddetti "Best Sheets". Tale ricerca ha prodotto un documento del 2003.
4. consultazione del sito dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che non ha però prodotto alcun documento utile all'indagine.

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.

* 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 Regione Piemonte (2003)

² Terza causa di infezioni nosocomiali tra i pazienti ospedalizzati

Fonti consultate	Strategie di ricerca	numero documenti reperiti	numero documenti pertinenti	numero documenti disponibili	Fonti
NGC www.guideline.gov	Browse by diseases/condition Browse by treatment/intervention	0	0	0	
	Detailed Search "surgical site infection" "hair removal" clipp* "preoperative skin preparation" "preoperative patient preparation" Pre-operative bathing Pre-operative showering	17	0	0	
CDC www.cdc.gov	Indice linee-guida	1	1	1	"Guideline for Prevention of Surgical Site Infection" - 1999
Cochrane Library: Cochrane Reviews DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects)	Browse by topic "Infectious diseases" "Wounds"	2	0	0	
	Advanced Search "surgical site infection" TI "hair removal" TI clipp* - TI "pre-operative skin preparation" TI "pre-operative patient preparation" TI Pre-operative bathing - TI Pre-operative showering - TI	5	4	1 (abstract)	Kjonnixsen I., Andersen B.M., Sonde-naa V.G., Segadal L. "Preoperative hair removal: a systematic literature re-view" - 2003
ANAES www.anaes.fr SIGN www.sign.ac.uk PNLG www.pnlg.it NICE www.nice.org.uk RCN www.rcn.org.uk RNAO www.rnao.org NZGG www.nzgg.org.nz AHQR www.ahcpr.gov CTFPHC www.ctfphc.org ISS www.iss.it	Indice linee-guida/pubblicazioni	0	0	0	
Joanna Briggs Institute (JBI) www.joannabriggs.edu.au	Indice "Best Sheets"	1	1	1	"The impact of preoperative hair re-moval on surgical site infection" 2003

Tabella 1 - Revisione della letteratura

Discussione

Si riportano di seguito le raccomandazioni dei CDC relative all'argomento oggetto d'indagine, opportunamente integrate da quanto riportato nel documento del JBI ed ulteriori contributi professionali che possono servire a chiarir meglio e ad approfondire alcuni aspetti. La forza delle raccomandazioni fornite dai CDC è stata espressa sulla base del seguente sistema di classificazione:

Categoria IA: misure la cui adozione è fortemente raccomandata, in quanto supportata da studi sperimentali, clinici o epidemiologici ben disegnati

Categoria IB: misure la cui adozione è fortemente raccomandata in quanto supportata da alcuni studi sperimentali, clinici o epidemiologici e sottesa da un forte razionale teorico

Categoria II: misure la cui adozione è suggerita e supportata da studi clinici o studi epidemiologici o da un razionale teorico

Assenza di raccomandazioni, questione irrisolta: pratiche per le quali non c'è sufficiente evidenza scientifica o manca il consenso sull'efficacia

Non effettuare la tricotomia pre-operatoria a meno che la presenza di peli in corrispondenza o attorno al sito

d'incisione interferisca con l'intervento chirurgico - Categoria IA

È ampiamente dimostrato che la rasatura dei peli comporta un tasso di SSI nettamente superiore rispetto alla depilazione o alla non rimozione dei peli (5,6% versus 0,6%)³.

Anche la revisione sistematica della letteratura condotta nel 2002 dal Norwegian Centre for Health Technology Assessment di Oslo, il cui abstract è stato recuperato nella Cochrane Library, conferma che la rimozione dei peli determina un maggior tasso di SSI rispetto alla non rimozione.

Sembrerebbe che l'aumento del rischio

sia attribuibile ai tagli microscopici determinati dalla tricotomia i quali, successivamente, si comportano come foci per la moltiplicazione microbica.

Le linee-guida dell'Associazione statunitense degli infermieri di sala operatoria (AORN) del 2002 oltre a suggerire di evitare, se possibile, la rimozione dei peli, consigliano comunque di valutare la necessità o meno della tricotomia sulla base della sede d'incisione, la quantità di peli presenti ed il tipo di intervento chirurgico.

Se si effettua la tricotomia, praticarla immediatamente prima dell'intervento e utilizzando preferibilmente rasoio tipo "clipper" - Categoria IA

In relazione al tempo di esecuzione della tricotomia, già nel 1971⁴ si dimostrava che l'esecuzione della stessa in prossimità dell'intervento chirurgico consente di ridurre il tasso di SSI. Rasare immediatamente prima dell'intervento in confronto con il farlo 24 ore prima è associato ad una

riduzione dei tassi di infezione (3,1% versus 7,1%); se la rasatura viene effettuata più di 24 ore prima dell'intervento il tasso di SSI supera il 20%.

In merito al tipo di strumenti da utilizzare per la rimozione preoperatoria dei peli, diversi studi hanno cercato di indagare quale sia il metodo più efficace.

Si riportano in sintesi le conclusioni alle quali è giunta la maggior parte degli autori consultati.

CLIPPER Rasoio elettrico a batteria ricaricabile, con lame monouso. Alcuni modelli sono dotati di testina rotante. 	Costituisce la prima scelta nella tricotomia preoperatoria in quanto consente una riduzione del tasso di SSI rispetto alla rasatura tradizionale VANTAGGI⁵: • Consente la rasatura dei peli vicino alla cute (2-3 mm), senza causare graffi o tagli • Consente una tricotomia indolore, sufficientemente pratica e veloce e che non necessita di materiale aggiuntivo (sapone, garze, ecc.) • È maneggevole nell'impiego • In letteratura non sono riportati problemi al persona assistita SVANTAGGI⁶: • È possibile la presenza di peli residui dopo la tricotomia, specie nelle aree umide (ascelle, pube) • Il costo "puro" dello strumento e delle lame è più elevato rispetto ai rasoi monouso⁷
CREMA DEPILATORIA	Al pari dell'uso del clipper è dimostrato che l'utilizzo di creme depilatorie comporta un minor tasso di SSI rispetto alla rasatura tradizionale, sia a secco che a umido. VANTAGGI: • Può essere autogestita dalla persona assistita • Non determina microlesioni cutanee SVANTAGGI: • Può causare irritazioni cutanee e fenomeni di ipersensibilità che rendono l'uso della crema di seconda scelta rispetto al clipper • Ha un costo mediamente più elevato rispetto al rasoio tradizionale
RASATURA TRADIZIONALE	Costituisce l'ultima scelta per l'esecuzione della tricotomia preoperatoria in quanto è dimostrato, senza ombra di dubbio, che incide pesantemente sul tasso di SSI. VANTAGGI: • È una pratica usuale, ampiamente diffusa • Ha un costo "puro" nettamente inferiore rispetto alle altre metodiche SVANTAGGI: • Causa abrasioni, tagli, microtraumi della cute • Sono necessari più rasoi per singola area depilata • Richiede l'uso di materiale aggiuntivo • Comporta tempi più lunghi di esecuzione rispetto alle altre metodiche

3 Seropian R. Reynolds MB. (1971)

4 Seropian R. Reynolds MB. (1971)

5 Gobbi P. (2002)

6 ibidem

7 Tale valutazione economica non tiene conto del fatto che l'uso del clipper non richiede materiale aggiuntivo e che i costi iniziali vengono ammortati nel medio-lungo periodo da una riduzione del tasso di SSI con conseguente riduzione dei giorni di degenza.

Chiedere ai pazienti di effettuare una doccia o un bagno utilizzando un agente antisettico, almeno la sera antecedente il giorno dell'intervento chirurgico - Categoria IB

Diversi studi hanno dimostrato che l'effettuazione di doccia o bagno preoperatorio con soluzione antisettica consente di ridurre la conta delle colonie microbiche cutanee.

Nonostante non sia ancora stato verificato un rapporto diretto fra l'esecuzione della doccia/bagno con antisettico e la riduzione del tasso di SSI si può presumere che, dato che la maggior parte delle SSI sono dovute alla flora cutanea, una buona antisepsi della cute non può che ridurre i rischi infettivi post-operatori.

In particolare, uno studio del 1988⁸ che ha coinvolto più di 700 pazienti sottoposti a due docce preoperatorie antisettiche ha evidenziato che la clorexidina gluconato ha consentito di ridurre la conta delle colonie microbiche cutanee di 9 volte, mentre l'uso dello iodopovidone o del sapone medicato con triclorcarban ha ridotto la conta rispettivamente di 1,3 e di 1,9 volte.

Al fine di ridurre il più possibile la carica microbica cutanea e dato che l'uso della clorexidina gluconato richiede diverse applicazioni per ottenere il massimo effetto antimicrobico, sarebbe opportuno consigliare l'effettuazione di almeno due docce antisettiche⁹.

Il tipo di prodotto da utilizzare per l'esecuzione della doccia/bagno nel preoperatorio è, ad oggi, oggetto di discussione.

In un articolo del 2004 pubblicato su un'autorevole rivista americana¹⁰ si sosteneva l'importanza di utilizzare per la doccia preoperatoria e per la preparazione cutanea in camera operatoria prodotti con simile composizione chimica al fine di potenziare

l'effetto antimicrobico; in quella pubblicazione si sosteneva altresì che la combinazione di due prodotti a base di alcool consentirebbe di ottenere un maggior effetto antimicrobico rispetto alla combinazione di due prodotti a base di iodio.

Indipendentemente dal tipo di antisettico utilizzato, riveste particolare importanza l'intervento educativo che l'infermiere deve porre in atto nei confronti della persona assistita al fine di indurla ad effettuare nelle ore immediatamente precedenti all'intervento la doccia preoperatoria.

Tale momento educativo è fondamentale soprattutto per quei pazienti che entrano in unità operativa la mattina stessa dell'intervento chirurgico e che devono quindi provvedere alla preparazione della cute presso il proprio domicilio.

Resta da chiarire un ultimo aspetto relativo alla preparazione della cute nel preoperatorio, il cosiddetto impacco con soluzione antisettica che, ad oggi, rappresenta ancora una pratica usuale in alcuni settori chirurgici.

In tutta la letteratura consultata non si è ritrovata alcuna raccomandazione sulla pratica in questione. Si ritiene pertanto di dover considerare l'impacco con antisettico una pratica obsoleta fondata più sulla consuetudine che su valide prove di efficacia ed in quanto tale una pratica da abbandonare poiché, pur non essendo di comprovata efficacia, impiega risorse materiali e tempo lavoro che potrebbero essere dedicati ad altro.

Considerazioni conclusive

Tutta la documentazione consultata dimostra e conferma che alcune semplici procedure possono ridurre il rischio di SSI: è evidente che basterebbe applicarle per ottenere dei risultati migliori a vantaggio delle persone che si assistono, nonché per

evitare agli operatori dispendio di risorse temporali ed agli enti sanitari spreco di quelle - scarse - economiche.

Non è però semplice modificare i ritmi delle attività assistenziali ormai standardizzati poiché i fattori da mettere in gioco sono molti e diversi:

- è infatti coinvolta tutta l'equipe medica ed infermieristica, sia di reparto sia di sala operatoria, che deve concordare le procedure così da stabilire, ad esempio, la necessità o meno di eseguire la tricotomia. Per l'eventuale esigenza di praticarla subito prima dell'intervento, in alcune realtà è stato predisposto un apposito locale in sala operatoria;
- la scelta di utilizzare il clipper implica la necessità invece di interfacciarsi con gli amministratori e di scontrarsi con i problemi economici, spesso ritenuti prioritari. I costi iniziali del clipper vengono ampiamente ammortati con il contenimento dei costi degli antibiotici in presenza di SSI, che si riducono con l'uso di questo strumento;
- la doccia preoperatoria è, tutto sommato, una procedura banale, ma comporta l'esigenza, da parte degli infermieri, di fornire modo omogeneo le indicazioni alle persone sulle precise modalità, sui prodotti e sui tempi di esecuzione. Il gruppo infermieristico deve dimostrare, anche per queste semplici attività, la capacità di coinvolgere e motivare le persone assistite, mettendo in gioco creatività e fantasia nel trovare soluzioni adatte alle diverse categorie - bambini, anziani ed in particolare coloro che debbono provvedere alla preparazione igienica al proprio domicilio - dimostrando professionalità anche in queste occasioni.

*Senza evidenza non vi è scienza
(Edmund Husserl)*

8 Garibaldi RA. (1988)

9 Una la sera precedente l'intervento, l'altra la mattina stessa dell'intervento.

10 Seal LA, Paul-Cheadle D (2004)

BIBLIOGRAFIA

- AORN - Association of Perioperative Registered Nurses (2002). *Recommended practices for skin preparation of patients*. AORN Journal 75; 1: 184-187
- Assistenza Infermieristica e Ricerca - a cura della redazione (2000). *L'assistenza al paziente nel pre e postoperatorio. Parte I. L'assistenza al paziente nel preoperatorio*. Assistenza Infermieristica e Ricerca 19; 4: 249-261
- CDC - Centres for Diseases Control and Prevention - (1999) *Guideline for Prevention of Surgical Site Infection*, Atlanta
- Cericola S.A. (2001) *The surgical skin preparation*. Plastic Surgical Nursing. 13;4: 196-199
- Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I. (1999) *Codice Deontologico*
- Garibaldi RA (1988) *Prevention of intraoperative wound contamination with chlorhexidine shower and scrub* J Hosp Infec 11 (suppl. B): 5-9
- Gobbi P. (2002) *La tricotomia preoperatoria con rasoio elettrico (clipper): l'esperienza dell'ospedale di Garbagnate Milanese*. O-rientamenti Anipio Numero 3: 16-25
- JBI (2003) *The impact of preoperative hair removal on surgical site infection*, Best Practice, Vol 7, Iss 2, Blackwell Publishing Asia, Australia
- Kjonniksen I., Andersen B.M., Sondenaa V.G., Segadal L., (2003) *Preoperative hair removal: a systematic literature reviews*, Database of Abstracts of Reviews of Effects 2005 Issue 2, University of York, published by John Wiley & Sons
- Regione Piemonte (2003) *Risultati dell'indagine regionale 2003 "Le procedure e i comportamenti per la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica"* disponibile su: <http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/progetti/infezioni.htm>, consultato il 23 maggio 2005
- Seal LA, Paul-Cheadle D. (2004) *A systems approach to preoperative surgical patient skin preparation*. AM J Infect Control 32:57-62
- Seropian R, Reynolds BM, (1971) *Wound infections after preoperative depilatory versus razor preparation* AM J Surg 121; 251-4

Corso d'informatica di base per il trattamento dei testi

In collaborazione con **ENAIP**

EDIZIONE	SEDE	DATE	ORARI	COSTI
1	Como, Enaip via Dante,127	4,7,11,14,18,21,25,28 ottobre 2005	15.30/18.30	€ 100,00 per iscritti al Collegio di Como € 210,00 per iscritti ad altri Collegi

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Saniatri

Posti a disposizione per ogni edizione:

13 IPASVI COMO

2 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni: 7 settembre 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Crediti: 26 crediti ECM

Corso d'inglese intermedio

In collaborazione con **ENAIP**

EDIZIONE	SEDE	DATE	ORARI	COSTI
1	Como, Enaip via Dante,127	26,29 settembre 6,13,20,24,27 ottobre 3,10,17,24 novembre 1 dicembre 2005	16.00/19.00	€ 100,00 per iscritti al Collegio di Como € 210,00 per iscritti ad altri Collegi

Requisiti: avere frequentato un corso di inglese base

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Saniatri

Posti a disposizione per ogni edizione:

18 IPASVI COMO

2 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni: 20 luglio 2005 e fino ad esaurimento posti (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Crediti: in corso di accreditamento

Corso per operatori sanitari “promozione e pratica dell’allattamento al seno”

Corso multidisciplinare per Infermieri Pediatrici Infermieri Professionali, Puericultrici, ostetriche, medici

I edizione 21/22/23 settembre 2005

II edizione 26/27/28 ottobre 2005

Sede Aula didattica
Ospedale “Sacra Famiglia” FBF
Via Fatebenefratelli, 20 - Erba

Prima giornata

8.30 Registrazione e pre test

8.45/9.45 La protezione della produzione dell’allattamento materno

9.45/11.15 Anatomia e fisiologia dell’allattamento - Epidemiologia

Pausa

11.30/12.30 Attacco e posizione

12.30/13.30 Esercitazioni con diapositive e filmato

Pausa pranzo

14.30/15.30 Problemi al seno

15.30/16.30 Esercitazione con diapositive e filmato

16.30/17.30 Composizione del latte materno e vantaggi per il neonato

Seconda giornata

8.30/9.00 Controindicazioni e farmaci in allattamento

9.00/11.00 Comunicare con le mamme

Pausa

11.15/12.15 Bassa introduzione di latte

12.45/13.15 Informazione alle donne in gravidanza e vantaggi dell’allattamento per la donna

Pausa pranzo

14.15/14.45 Anamnesi di allattamento

14.45/15.45 Pratica clinica “Raccolta di un’anamnesi”

Pausa

15.45/16.45 Discussione della pratica clinica

16.45/17.15 Le raccomandazioni riguardo all’allattamento materno

17.15/18.00 I bambini con bisogni speciali

18.00/18.15 Conclusione

Terza giornata

8.30/9.00 Spremitura e conservazione del latte materno

9.30/10.30 Rifiuto del seno e pianto del bambino

Pausa

10.45/11.45 10 passi OMS e il Codice

11.45/12.45 Lavoro di gruppo sulle realtà locali

12.45/13.00 Post test e chiusura del Corso

Il corso è organizzato “Centro Studi e Formazione “Fra Pierluigi Marchesi” - Cernusco Sul Naviglio
Sono stati riservati 10 posti che possono essere occupati da infermieri
e infermieri pediatrici iscritti al Collegio IPASVI di Como.

Per iscrizioni collegarsi direttamente al sito internet:

www.fatebenefratelli.it/csf - iscrizione corsi

Per maggiori informazioni: Tel. 02-92761 - Fax. 02-9243918

Oppure: Collegio IPASVI Como tel. 031/300218

Costo € 30.00

Crediti in attesa di accreditamento

“Sviluppo della creatività e problem solving”

Corsi in collaborazione con “Centro Studi e Formazione Fra Pierluigi Marchesi” Fatebenefratelli

18-19 OTTOBRE 2005

Dalle ore 9 alle ore 18

Centro studi Castello di Monguzzo CO

OBIETTIVI DEL CORSO

Il miglioramento come attività chiave della gestione delle U.O.

L'approccio creativo e l'approccio razionale alla risoluzione dei problemi

Il problem solving creativo e i suoi strumenti

DESTINATARI: Infermieri, Inf.Pediatrici e Assistenti Sanitarie

Posti a disposizione per gli iscritti al Collegio di Como: 15

Data apertura iscrizione: 8 settembre 2005 (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: € 60,00

Il costo comprende la colazione di lavoro e il materiale didattico

CREDITI ECM: N. 12

La componente emotiva come fattore di vitalità per individui e organizzazioni

Corsi in collaborazione con “Centro Studi e Formazione Fra Pierluigi Marchesi” Fatebenefratelli

25 -26 OTTOBRE 2005

Dalle ore 9 alle ore 18

Centro studi Castello di Monguzzo CO

OBIETTIVI DEL CORSO

Generare la consapevolezza del ruolo della componente Emotiva per lo sviluppo di persone e organizzazioni.

Confrontare il peso degli aspetti emotivi in diverse esperienze individuali e in differenti funzioni e realtà organizzative.

Proporre metodologie di misurazione della Competenza Emotiva per gli individui, i gruppi e le organizzazioni, definendo possibili percorsi di intervento.

DESTINATARI: Infermieri, Inf.Pediatrici e Assistenti Sanitarie

Posti a disposizione per gli iscritti al Collegio di Como: 20

Data apertura iscrizione: 8 settembre 2005 (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: € 60,00

Il costo comprende la colazione di lavoro e il materiale didattico

CREDITI ECM: in attesa di accreditamento

Decreto legislativo 626 I dispositivi di protezione individuale

Corsi in collaborazione con "Centro Studi e Formazione Fra Pierluigi Marchesi" Fatebenefratelli

13 OTTOBRE 2005

Dalle ore 9 alle ore 18

Centro studi Castello di Monguzzo CO

OBIETTIVI DEL CORSO

Il corso si propone di far conoscere i rischi specifici delle mansioni e i casi d'obbligo d'uso dei DPI quali misure di prevenzione e protezione idonei a ridurre i rischi

DESTINATARI: Infermieri, Inf.Pediatrici e Assistenti Sanitarie

Posti a disposizione per gli iscritti al Collegio di Como: 20

Data apertura iscrizione: 8 settembre 2005 (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Costo: € 30,00

Il costo comprende la colazione di lavoro e il materiale didattico

CREDITI ECM: N. 7

Modalità di iscrizione eventi formativi

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

COLLEGIO IPASVI COMO SCHEDA DI ISCRIZIONE PER EVENTI FORMATIVI

TITOLO EVENTO

DATA

COGNOME NOME

INDIRIZZO

RECAPITO TELEFONICO

CODICE FISCALE

QUALIFICA

COLLEGIO DI APPARTENENZA

SEDE DI LAVORO

N. TESSERA

DATA DI ISCRIZIONE

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

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

Lettera aperta del Consulente del Collegio

«Mi chiamo Sergio Bazzanella e sono il Consulente del Lavoro che assiste il Collegio IPASVI di Como (Ordine Consulenti del Lavoro - Albo di Como e Provincia - Iscrizione n° 349), per tutto quanto attiene il diritto del lavoro, sindacale e la libera professione

Con estrema soddisfazione, devo ammettere - e, per inciso, anche con una punta di orgoglio - che il livello qualitativo dei quesiti che mi vengono posti, si è decisamente elevato da 15 anni a questa parte, vuoi per il logico evolversi delle tematiche possibili vuoi per il livello culturale che, nel Vs/ settore, ha raggiunto dei livelli notevoli.

Sono veramente contento dei "miei" Infermieri e, a maggior ragione, posso vantarmi di avere degli amici considerato che - scusatemi ma un po' di merito, ritengo sia anche mio, oltre che del Vs/ Consiglio Direttivo (veramente persone in gamba che vivono sia per la Professione che per l'aggregazione degli iscritti) che delle 2 signore dell'Ufficio (ottime lavoratrici, sotto tutti gli aspetti) - tutti gli sforzi fatti in questi anni hanno contribuito a rendere sempre più risaltante la Professione che svolgete.

Ho però una piccola nota di rammarico da far valere: ritengo indisponente, irrispettoso e estremamente maleducato, prenotare degli appuntamenti con il sottoscritto (rammento che sono presso il Collegio il 3° mercoledì di ogni mese - agosto escluso) e, non presentarsi o, telefonare pochi minuti prima dell'appuntamento stesso, disdicendolo.

Il mio tempo, ha comunque un costo sia esso "prezzo politico o meno" e, tali atteggiamenti li considero irriguardosi, non solo nei miei confronti ma anche in quelli del Consiglio Provinciale, delle Segretarie del Collegio e dei Colleghi stessi, che avrebbero potuto ottenere un appuntamento al posto di qualcun altro.

Comunque sia, dopo tutti questi anni di collaborazione, sono veramente soddisfatto del livello raggiunto da Voi tutti, che traspare dai quesiti posti, e, nell'ottica di un miglioramento professionale (al meglio non esiste limite), porgo a tutti gli iscritti un affettuoso saluto».

Sergio Bazzanella

Algorà

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

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

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

Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo. Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del comitato di redazione. Se lo riterrà opportuno, il comitato di redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i.

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

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

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

Nascere piccolo in un paese straniero: implicazioni deontologiche per chi assiste

Inf. G. Colombo, C. Ceccarello, D. Colombo

U.O. di Terapia Intensiva Neonatale Az. Ospedaliera S. Anna -Corno

“La nascita pre-termine rappresenta un evento che può essere destabilizzante per la vita della coppia e della famiglia perché può originare problematiche relazionali e organizzative all'interno del nucleo familiare.

Se a questo si aggiunge che la nascita avviene in un paese diverso rispetto a quello in cui si è nati e si risiede abitualmente quindi con diversità di cultura, religione, usi e costumi, può rappresentare un momento di una criticità ancora più accentuata.

L'infermiere della Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.) che eroga prestazioni infermieristiche ad ogni piccolo e ai suoi genitori non può esimersi dal considerare questo aspetto o meglio è tenuto a prenderlo in considerazione nel rispetto dei riferimenti nonnativi ma soprattutto etici e deontologici che delimitano l'agire quotidiano e ne definiscono la professionalità.

Il Codice Deontologico degli infermieri costituisce il riferimento più significativo che deve supportare una progettualità infermieristica tangibile e concreta. In particolare i principali articoli di riferimento relativi a questa problematica sono:

PREMESSA: ART. 1,1-1,2-1,3-1,4

Questi articoli delineano l'assunzione di responsabilità di ogni singolo infermiere avvalendosi dei riferimenti normativi (legge 26/2/1990 n° 42 e D.M. n° 739) in vigore, specificano gli interventi infermieristici, sottolineano i valori universali che devono essere rispettati nel curare e prendersi cura della persona assistita. La complessità dell'assistenza infermieristica è ribadita attraverso interventi di natura tecnica, relazionale, educativa.

In termini di attuazione in una t.i.n. significa:

- Riservare momenti di ascolto per i genitori

- Individuare momenti e/o agenti dovuti allo stress dettati anche dalla diversità culturale
- Conoscere e interpretare i messaggi di comunicazione non verbale diversi secondo le culture di appartenenza
- Non avere pregiudizi nei confronti dei genitori
- Non dare giudizi rispetto al comportamento dei genitori
- Conoscere la loro considerazione nei confronti della figura dell'infermiere per interpretare i loro comportamenti e individuare le loro aspettative
- Saper stare al fianco dei genitori con disponibilità e partecipazione nei momenti di difficoltà e di gioia
- Avere come obiettivo quello di portare i genitori, attraverso azioni di guida e indirizzo, all'autonomia nella gestione del loro neonato

PRINCIPI ETICI DELLA PROFESSIONE: ART. 2,1- 2,4 2,6

Il termine impegnarsi è spesso ricorrente e sottolinea l'impegno al rispetto del principio di giustizia e al principio di autonomia. Rispettare il principio di autonomia "non significa lasciare la persona sola nelle sue decisioni ma invitare la persona assistita a dire qual è la sua prospettiva etica e quindi quali scelte intende effettuare".¹

In termini di attuazione in una t.i.n. significa:

- conoscenza delle culture di appartenenza, in particolare di
 1. momento d'inizio della vita
 2. concetto di maternità
 3. ruolo del papà e della mamma
 4. gestione del neonato
 5. sesso del nascituro
 6. riti legati alla nascita e alla morte
- rispetto del ruolo genitoriale diverso secondo la cultura di appartenenza
- incoraggiare i genitori a far emerge-

re il proprio ruolo

- non imporre ai genitori il proprio pensiero rispetto al ruolo genitoriale

NORME GENERALI: ART. 3.4

Individua l'impegno alla discussione dei dilemmi etici e prevede la possibilità di ricorrere ad una consulenza professionale.

In termini di attuazione in una t.i.n. significa disporre di una consulenza

- specifica infermieristica, (consulenza di infermieri esperti di etica e di infermieristica interculturale)
- istituzionale (comitati di etica).

RAPPORTI CON LA PERSONA

ASSISTITA: ART. 4,2-4,3- 4,4-4,5

Questi articoli sottolineano la presa in carico della persona da parte dell'infermiere che deve riservargli momenti di ascolto per valutare i bisogni di assistenza infermieristica, coinvolge le persone di riferimento, ribadisce l'importanza di conoscere il piano di cura per garantirgli le informazioni relative al piano di assistenza infermieristica. L'attuazione di questi momenti richiede un notevole impegno personale e professionale prima ancora che in termini di tempo, di accettazione della persona nella sua diversità culturale.

In termini di attuazione in una t.i.n. significa:

- ascolto dei genitori come capacità di interpretare i messaggi di comunicazione verbale e non verbale e di interpretarli
- affrontare le difficoltà legate alla comprensione della lingua e delle culture di appartenenza attraverso l'aiuto e il coinvolgimento di un interprete e mediatore culturale per il colloquio con i genitori
- garantire la presenza di persone di riferimento importanti
- disporre di momenti in comune con medici e altri professionisti operanti in t.i.n. per conoscere il piano di cura del neonato.

RAPPORTI CON LA PERSONA

ASSISTITA: ART 4,7

La gestione della documentazione infermieristica non deve essere vista solo sotto l'aspetto della responsabilità giuridica che riveste, ma questo strumento rappresenta ai fini dell'attuazione dell'intero processo di assistenza infermieristica nelle sue fasi, soprattutto la raccolta-dati garantendo la continuità e l'efficacia del passaggio di informazioni.

In termini di attuazione in una t.i.n. significa documentare.

- Cultura e credo religioso di appartenenza
- Grado di comprensione della lingua italiana
- Necessità di interprete e di mediatore culturale
- Presenza della mamma in ospedale o a domicilio
- Informazioni date ai genitori
- Informazioni ricevute dai genitori relative agli aspetti della gestione del loro neonato
- Attuazione di pratiche assistenziali riferibili alla loro cultura

RAPPORTI CON LA PERSONA

ASSISTITA: ART. 4,15- 4,16

Esplcano l'attività infermieristica con particolare riferimento al momento della fine della vita dell'assistito l'importanza del conforto non solo fisico ma relazionale.

In termini di attuazione in una t.i.n. significa:

- Possibilità di permettere pratiche assistenziali rivolte al proprio neonato (nel rispetto dei principi etici della professione)
- Creare spazi riservati, (per l'attuazione di particolari riti religiosi nel rispetto della privacy).
- Permettere ai genitori di portare personalmente i loro neonati in obitorio

A conclusione ci sentiamo di affermare che: l'infermiere deve sapersi confrontare con l'identità culturale dell'assistito senza rinunciare alla propria affermando così il ruolo professionale che riveste. Come afferma E. Manzoni: "Solo nel riconoscimento e nella valorizzazione dell'alterità è possibile realizzare il proprio essere come individuo, come persona e come professionista".²

BIBLIOGRAFIA

- Luca Benci: *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*. Mc Graw-Hill Milano 2003
- Carlo Calamandrei Laura D'Addio: *Commentario al nuovo Codice Deontologico dell'infermiere*. Mc Graw-Hill Milano 1999
- Laura Aletto Lorenzo Di Leo: *Nursing nella società multiculturale*. Carocci Faber Roma 2003
- Edoardo Manzoni: *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Masson Milano 1996
- M Cantarelli: *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Masson Milano 1997
- Federazione Nazionale Collegi IP.A.S.V.I. *Codice Deontologico*. Maggi 1999

Il testo integrale dell'articolo è disponibile sul sito del Collegio www.ipa-svicomo.it

2 Edoardo Manzoni: *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Masson Milano 1996 pag. 282



News from the web

Pubblicazione di siti utili

European Medical Center - <http://www.europeanmedicalcenter.com/>

[Bologna] Presenta corsi di formazione ed aggiornamento di medicina manuale ed osteopatia, citotossici test per le intolleranze alimentari, medicina preventiva. Mette a disposizione un poliambulatorio per check-up.

Coloplast Italia - <http://www.coloplast.it>

Produce e distribuisce prodotti di consumo e servizi sia per gli operatori sanitari che per gli utilizzatori finali. Sezioni dedicate alla stomia, continenza, lesioni cutanee e mastectomia. Offre pubblicazioni gratuite e consulenza.

Research and Innovation - <http://www.researchinnovation.com/>

Società di ricerca medica avanzata nel campo dell'oncologia e della neurologia. Espone i propri obiettivi ed i servizi offerti.

Glutenout - <http://www.glutenout.it>

[Firenze] Presenta i cibi senza glutine per le esigenze del celiaco. Fornisce l'elenco dei negozi e supermercati italiani dove è possibile trovare i prodotti.

Alma - <http://www.centroalma.it/>

[Taranto] Presentazione del centro italiano per la cura della depressione, dell'ansia e dei disturbi della condotta alimentare. Email per contatti.

Synthesis - Medical and Scientific Consultants - <http://www.creativagroup.com/synthesis/>

Mette a disposizione gruppi cooperativi di studio, network di ricerca, registri epidemiologici, ricerche avanzate su banche dati. Eventi e materiali didattici, supporti medici e di comunicazione. Convegni, corsi e workshop.

Dr.Mercurio - <http://www.drmercurio.it/>

Si rivolge agli operatori ed alle aziende del mondo della sanità italiana, pubblica e privata, consentendo un'interazione virtuale di tutti questi soggetti.

Nel labirinto della Sanità - <http://www.derghen.com/>

A disposizione il consiglio di professionisti, incontri a tema con specialisti della menopausa, dei problemi dell'anziano e del bambino. Informazioni sulle terapie naturali ed i prodotti galenici.

Sanitaweb: Strutture sanitarie italiane - <http://www.sanitaweb.it/web/home/italia.asp>

Directory nazionale di strutture sanitarie, ricercabili per nome o per ubicazione (richiede registrazione gratuita).

ASSIOSS

L'infermiere e l'operatore sociosanitario, integrazione tra autonomia e continuità assistenziale - Pescara 24 settembre 2005

Info: info@assioss.it www.assioss.it tel. 339/2503633

GRUPPO DI RICERCA GERIATRICA

XVI Corso nazionale per infermieri: La relazione con il paziente anziano - Folgaria 29 settembre/2 ottobre 2005

Info: info@folgaria.net - tel. 0464/721733 - fax 0464/720071

AIOS

Fotografia dall'Europa : viaggio nel mondo della sterilizzazione - Pesaro 6/7/8 ottobre 2005

Info: info@csrcongressi.com tel. 051/765357 fax. 051/765195

AZ. SANITARIA OSPEDALIERA

ORDINE MAURIZIANO DI TORINO

Patologia tromboembolica : gestione integrata medico chirurgica - Torino 28 ottobre 2005

Info: Mariuccia.enria@congressifiere.com
tel. 011/2446924 - fax 011/2446900

S.I.M.PA

Hospice, cure palliative cure di fine vita - Varenna (LC) 18/24 novembre 2005

Info: simpain@hotmail.com
tel. 02/62611138 - fax 02/62611140

GIMBE

Corso Avanzato Evidence - Based Nursing - Bologna ottobre/dicembre 2005

Info: ecm@gimbe.org www.gimbe.org/ebn
tel. 051/18899576 - fax 051/3371343

ASSOCIAZIONE ITALIANA

OPERATORI SANITARI STOMATERAPIA

9° Meeting congiunto di colonproctologia e stomaterapia - Milano 1 / 2 dicembre 2005

Info: ip@ideapromotion.com www.ideapromotion.com
tel. 02/48009700 - fax 02/48009801

AggiornaMenti InFormazione

Management dell'emergenza/urgenza intra ospedaliera - Viterbo 7/8 ottobre; 2/3 dicembre;

Emergency care for children - Viterbo 26 febbraio; 11 giugno; 16 settembre 2005

Politratizzato: valutazione e trattamento iniziale - Viterbo 21/23 novembre 2005

Info: aefte@infermieredellatruscia.it
www.infermieredellatruscia.it
tel. 320/8331205 - fax 0761/820678

ANTIFORMA

Mobbing e burn - Milano Quarta edizione 17/18 ottobre 2005

La pianificazione assistenziale - Milano Terza edizione 24/25/31 ottobre 2005
Quarta edizione 14/15/16 novembre 2005

Info: antiforma@antiforma.it web www.antiforma.it
tel. 02/28970249 fax 02/26111976

GIMBE

Corso avanzato Evidence Based nursing - Bologna ottobre dicembre 2005

Info: info@gimbe.org www.gimbe.org
tel. 051/8899576 - fax 051/3371343

G.I.T.I.C.

22 settembre 2005 Milano

- BLSD

23 settembre 2005 Milano

- Riprogettare l'assistenza infermieristica. Strategie assistenziali e figure di supporto
- La cultura della sicurezza. Il risk management in ambito di cardiologia
- Elettrocardiografia: dalla tecnica alle principali anomalie
- Gestione infermieristica di farmaci cardiovascolari

24 settembre 2005 Milano

- Dall'EBN agli strumenti disciplinari
- La gestione della persona con cardiopatia ischemica: aspetti clinici e assistenza infermieristica

- Internet e ricerca infermieristica
- Gestione infermieristica di farmaci cardiovascolari

11 novembre 2005 Roma

- BLSD

- Riprogettare l'assistenza infermieristica. Strategie assistenziali e figure di supporto

12 novembre 2005 Roma

- Dall'EBN agli strumenti disciplinari
- La cultura della sicurezza. Il risk management in ambito di cardiologia

11 e 12 novembre 2005 Roma

20 e 21 gennaio 2006 Milano

Procedure interventistiche e assistenza infermieristica in elettrofisiologia

Info: info@expopoint.it www.gitic.it
tel. 031/748814 - fax 031/751525

RAAS

Sede degli eventi: Gallarate - Va

- Gestione del rischio nella professione infermieristica e negli errori di somministrazione - 3 settembre 2005
- Sistema di Qualità UNI EN ISO 9001:2000 - 6 settembre 2005
- Evidence based practice: l'assistenza al paziente nel pre e post operatorio - 9 settembre 2005
- La risposta infermieristica ai bisogni della persona con alzheimer e della rispettiva famiglia - 10 settembre 2005
- Il controllo delle infezioni ospedaliere in rianimazione - 17 settembre 2005
- Lesioni da pressione: dalla prevenzione alla cura. La medicazione avanzata - 17 settembre 2005
- La bioetica e l'attività infermieristica - 24 settembre 2005
- Legge sulla privacy: trattamento dei dati e cadute operative per gli infermieri - 1 ottobre 2005
- L'operatore socio - assistenziale e l'infermiere in RSA
- Sistemi di qualità UNI EN ISO 9001: 2000 - 4 ottobre 2005
- L'educazione terapeutica per il controllo efficace del dolore - 7 ottobre 2005
- Autonomia e responsabilità dell'infermiere nell'esercizio della professione infermieristica - 8 ottobre 2005
- Protocolli e linee guida nelle strutture extra-ospedaliere nella figura infermieristica - 15 ottobre 2005
- Gestione della relazione ed il bisogno di comunicare nel prendersi cura della persona - 15 ottobre 2005
- Internet ed evidence based nursing: dove ricercare informazioni per la pratica professionale infermieristica - 21 ottobre 2005
- Il monitoraggio telemetrico e la sua importanza nell'assistenza alla persona con patologia cardiaca - 22 ottobre 2005
- Gestione del rischio nella professione infermieristica e negli errori di somministrazione - 28 ottobre 2005
- La risposta infermieristica ai bisogni della persona con alzheimer e rispettiva famiglia - 29 ottobre 2005

Info: formazioneraas@libero.it
tel. 0331/701766 - fax 0331/798050

FORMAZIONE IN AGORA

- Essere professionisti. L'infermiere - Padova 21/22 settembre 2005
- Management infermieristico - corso base - Padova 22/23 settembre 2005
- Metodologia della ricerca infermieristica: corso base - Padova 27/28 settembre 2005
- Linee guida, procedure e protocolli per l'assistenza infermieristica - Padova 29/30 settembre 2005
- Infermiere e processo di assistenza - Padova 4/5 ottobre 2005
- Management infermieristico: modelli organizzativi del lavoro - Padova 11/12 ottobre 2005
- Metodologia della ricerca infermieristica infermieristica: ricerca bibliografica e lettura critica di articoli scientifici - Padova 24/25 ottobre 2005
- Infermiere e processo di assistenza: accertamento infermieristico - Padova 26/27 ottobre 2005

Info: formazioneinagora@virgilio.it
tel. 049/8703457 - cell 346/2152759

Nel mese di novembre 2005 si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti. Nel prossimo numero di settembre di Agorà, verranno pubblicate le date che coincideranno con delle iniziative formative accreditate ECM.

Di seguito troverete il modulo per proporre la Vostra candidatura. Partecipate numerosi, e tenetevi aggiornati anche sul nostro sito www.ipasvicomo.it

Scheda di candidatura per rinnovo cariche Triennio 2006/2008

COGNOME.....	NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA.....	
ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DALAL N.	
QUALIFICA	☐ IP ☐ AS ☐ VI ☐ AFD ☐ IID ☐ DAI
SEDE DI LAVORO	
RECAPITO TELEFONICO.....	
ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE SIGNIFICATIVE:	
.....	
.....	
.....	
SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL	
☐ CONSIGLIO DIRETTIVO	
☐ COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI	
Firma	
INVIARE LA SCHEDA A COLLEGIO IPASVI VIALE C.BATTISTI,8 COMO TEL. 031/30021/ FAX. 031/262538 E: MAIL info@ipasvicomo.it	
INFORMATIVA SULLA PRIVACY La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti. Il titolare del trattamento è Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti, 8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro tempore dell'Ente.	
AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali	
Data	FIRMA